

ORGANIZACIÓN INTERNACIONAL DEL TRABAJO

Proyecto para discusión

**Reunión tripartita de expertos
sobre las estrategias de ampliación
de la cobertura de la seguridad social**

**Extensión de la seguridad social a todos
Una revisión de los desafíos, de la práctica
actual y de las opciones estratégicas**

Ginebra, 2-4 de septiembre de 2009



ORGANIZACIÓN INTERNACIONAL DEL TRABAJO

Proyecto para discusión

**Reunión tripartita de expertos
sobre las estrategias de ampliación
de la cobertura de la seguridad social**

**Extensión de la seguridad social a todos
Una revisión de los desafíos, de la práctica
actual y de las opciones estratégicas**

Ginebra, 2-4 de septiembre de 2009

Las publicaciones de la Oficina Internacional del Trabajo gozan de la protección de los derechos de propiedad intelectual en virtud del protocolo 2 anexo a la Convención Universal sobre Derecho de Autor. No obstante, ciertos extractos breves de estas publicaciones pueden reproducirse sin autorización, con la condición de que se mencione la fuente. Para obtener los derechos de reproducción o de traducción, deben formularse las correspondientes solicitudes a Publicaciones de la OIT (Derechos de autor y licencias), Oficina Internacional del Trabajo, CH-1211 Ginebra 22, Suiza, o por correo electrónico a pubdroit@ilo.org, solicitudes que serán bien acogidas.

Las bibliotecas, instituciones y otros usuarios registrados ante una organización de derechos de reproducción pueden hacer copias de acuerdo con las licencias que se les hayan expedido con ese fin. En www.ifro.org puede encontrar la organización de derechos de reproducción de su país.

Extensión de la seguridad social a todos: Una revisión de los desafíos, de la práctica actual y de las opciones estratégicas. Proyecto para discusión. Reunión tripartita de expertos sobre las estrategias de ampliación de la cobertura de la seguridad social/Oficina Internacional del Trabajo, Departamento de la Seguridad Social. – Ginebra: OIT, 2009
iii, 148 páginas

ISBN: 978-92-2-322649-7; 978-92-2-322650-3 (web pdf)

Organización Internacional del Trabajo, Reunión tripartita de expertos sobre las estrategias de ampliación de la cobertura de la seguridad social (2009; Ginebra, Suiza)

seguridad social/cobertura de la seguridad social/política de la seguridad social/papel de la OIT

02.03.1

Datos de catalogación de la OIT

Las denominaciones empleadas, en concordancia con la práctica seguida en las Naciones Unidas, y la forma en que aparecen presentados los datos en las publicaciones de la OIT no implican juicio alguno por parte de la Oficina Internacional del Trabajo sobre la condición jurídica de ninguno de los países, zonas o territorios citados o de sus autoridades, ni respecto de la delimitación de sus fronteras.

La responsabilidad de las opiniones expresadas en los artículos, estudios y otras colaboraciones firmados incumbe exclusivamente a sus autores, y su publicación no significa que la OIT las sancione.

Las referencias a firmas o a procesos o productos comerciales no implican aprobación alguna por la Oficina Internacional del Trabajo, y el hecho de que no se mencionen firmas o procesos o productos comerciales no implica desaprobación alguna.

Las publicaciones y los productos electrónicos de la OIT pueden obtenerse en las principales librerías o en oficinas locales de la OIT en muchos países o pidiéndolas a: Publicaciones de la OIT, Oficina Internacional del Trabajo, CH 1211 Ginebra 22, Suiza. También pueden solicitarse catálogos o listas de nuevas publicaciones a la dirección antes mencionada o por correo electrónico a: pubvente@ilo.org.

Vea nuestro sitio en la red: www.ilo.org/publns.

Índice

	<i>Página</i>
Introducción y objetivos.....	1
Parte A. El marco de las políticas.....	3
1. Dónde nos encontramos ahora: necesidades, derechos y una promesa incumplida	3
1.1. Necesidades.....	3
1.2. El derecho a la seguridad social	10
1.3. Estrechamiento de la brecha de la cobertura: iniciativas más recientes de las políticas globales.....	15
2. Dónde necesitamos ir – Un marco emergente de las políticas orientadas a una seguridad social adecuada para todos	18
2.1. Principios para la extensión de la seguridad social	18
2.2. El paradigma de la política de la «escalera de la seguridad social».....	22
2.3. Un conjunto mínimo de garantías de seguridad social como parte de un piso de protección social	25
2.4. La asequibilidad de la seguridad social.....	28
2.5. Desafíos estratégicos	37
3. Cómo llegar allí: opciones prácticas en materia de políticas y asuntos relativos al diseño de las políticas	43
3.1. Asuntos relativos al acceso a la asistencia médica.....	45
3.2. Asuntos relativos a los regímenes de seguridad del ingreso	49
4. Resumen, conclusiones y preguntas	58
4.1. Resumen y conclusiones	58
4.2. Cuestiones para la discusión	61
Anexo	63
Bibliografía.....	69
Parte B. Hechos y nuevos instrumentos legales posibles.....	79
Suplemento A. Un análisis estadístico de la brecha de la cobertura.....	79
A.1. Cobertura – regímenes obligatorios	80
A.2. Cobertura – pensiones de vejez.....	86
A.3. Cobertura – protección social de la salud.....	97

Suplemento B. Exploración de las opciones prácticas en materia de políticas experiencias de los países.....	110
B.1. Acceso a la asistencia esencial de la salud	110
B.2. Seguridad del ingreso — vejez.....	118
B.3. Seguridad del ingreso — prestaciones por hijos	122
B.4. Seguridad del ingreso — otras transferencias en metálico.....	126
B.5. Seguridad del ingreso — población de edad laboral	131
B.6. Seguridad del ingreso — empleado por cuenta propia.....	135
Suplemento C. Opciones para un nuevo mecanismo orientador de políticas	140

Introducción y objetivos

En los años recientes, el trabajo de la seguridad social de la OIT se ha realizado, en el marco de la Campaña sobre Seguridad Social y Cobertura para Todos, según el mandato de la Conferencia Internacional del Trabajo de 2001. La principal preocupación de la Campaña está dada por el hecho de que son muchos aún los países a escala mundial que tienen una baja cobertura de seguridad social, especialmente en aquellos de niveles de ingresos bajos y medios. La OIT considera que la mejor estrategia para lograr progresos sería establecer un conjunto de garantías básicas y modestas de seguridad social para todos, lo antes posible, al tiempo que proyecta ir hacia niveles de cobertura más elevados, a medida que la economía se va desarrollando, como prevé el Convenio sobre seguridad social (norma mínima), 1952 (núm. 102) y otras normas ¹.

En la reunión de noviembre de 2008 de la Comisión de Empleo y Política Social (ESP) del Consejo de Administración, sus discusiones incluyeron una revisión de los progresos y la comprensión de que se requería más tiempo para que prosiguieran las consultas tripartitas «sobre los elementos y la forma de un instrumento adicional que oriente la ampliación de la cobertura de la seguridad social en los Estados Miembros» (véase el documento GB.303/ESP/3). Siguiendo una solicitud de los miembros de la Comisión ESP, el Director General propuso una «Reunión tripartita de expertos sobre las estrategias de ampliación de la cobertura de la seguridad social», a celebrarse en Ginebra del 2 al 4 de septiembre de 2009. El Consejo de Administración de la OIT aprobó esta solicitud en su reunión de junio de 2009. El orden del día de la Reunión se fijó del modo siguiente:

- examinar las últimas tendencias y novedades acerca de diferentes políticas encaminadas a extender la cobertura de la seguridad social y a crear sistemas de seguridad social universales, amplios y fiscalmente sostenibles;
- analizar las opciones para la extensión de la cobertura de seguridad social para todos como se recoge en la Constitución de la OIT y en los convenios pertinentes sobre seguridad social para países en diferentes condiciones económicas y sociales, a fin de que sirvan de base para el diseño de políticas adecuadas en el marco de la Campaña Mundial, y
- definir estrategias destinadas a promover un conjunto de garantías en materia de seguridad social básica que servirán de base para seguir avanzando paulatinamente hasta alcanzar niveles de protección más elevados. Esto representaría una contribución importante para alcanzar los Objetivos de Desarrollo del Milenio, cumplir el compromiso de la Organización en cuanto a «la extensión de la seguridad social para todos», renovado en la Declaración sobre la justicia social para una globalización equitativa, y al fortalecimiento de la Campaña Mundial.

El siguiente informe sirve como documento de fondo para contribuir al debate durante la Reunión, compartiendo y persiguiendo los mismos objetivos.

¹ Éstas incluyen (pero no se limitan a) la Recomendación sobre la seguridad de los medios de vida, 1944 (núm. 67), la Recomendación sobre la asistencia médica, 1944 (núm. 69) y los convenios, incluidos el Convenio sobre las prestaciones en caso de accidentes del trabajo y enfermedades profesionales, 1964 [Cuadro I modificado en 1980] (núm. 121), el Convenio sobre las prestaciones de invalidez, vejez y sobrevivientes, 1967 (núm. 128), Convenio sobre asistencia médica y prestaciones monetarias de enfermedad, 1969 (núm. 130), el Convenio sobre el fomento del empleo y la protección contra el desempleo, 1988 (núm. 168), el Convenio sobre la protección de la maternidad, 2000 (núm. 183), que disponen niveles de seguridad social más elevados que el Convenio sobre la seguridad social (norma mínima), 1952 (núm. 102).

La presente crisis financiera global añadió un sentido de urgencia al orden del día de la reunión. La rápida extensión o la introducción de transferencias sociales, constituye una de las herramientas más poderosas para la limitación de las consecuencias sociales de la crisis y para la estabilización de la demanda agregada nacional. Se reconoce ampliamente que los efectos del mercado laboral — de ahí muchos de los problemas sociales activados —, probablemente exceda en duración, algunos años más, al actual declive económico. El sistema de las Naciones Unidas en su conjunto y muchos de sus organismos diseñan en la actualidad unos mecanismos para hacer frente a esas dificultades.

El Comité de Alto Nivel sobre Programas de las Naciones Unidas, desarrolla un concepto común unificado de piso de protección social. La OIT y la OMS, con el apoyo del ONU-DAES y de UNICEF, encauzan los esfuerzos mediante la construcción de una coalición de organismos y donantes internacionales, permitiendo que los países proyecten y apliquen regímenes de transferencias sociales sostenibles en base al concepto de piso de protección social.

Este concepto fue respaldado por el Pacto Mundial para el Empleo que la Conferencia Internacional del Trabajo había adoptado en junio de 2009. Solicita a los países que no contaran aún con una seguridad social extensa, *«instaurar una protección social adecuada para todos («piso social»), que incluya el acceso a la atención sanitaria, la seguridad del ingreso para los ancianos y las personas con discapacidad, las prestaciones por hijos a cargo y la seguridad del ingreso combinada con sistemas públicos de garantía del empleo para los desempleados y los trabajadores pobres»* y pide encarecidamente *«a la comunidad internacional que proporcione asistencia para el desarrollo, con inclusión de un apoyo presupuestario, para construir un régimen básico de protección social en cada país»*. Esta Reunión y sus resultados pueden contribuir a ese esfuerzo ayudando a definir el contenido de la seguridad social de piso de protección social y a diseñar las modalidades y los medios para su aplicación en el ámbito nacional. Tal concepto también aportaría las bases para que los organismos donantes ayudaran a los países al establecimiento del desarrollo de políticas nacionales y los procesos de aplicación. La Reunión tripartita de expertos representa, por tanto, entre otras cosas, un primer seguimiento del Pacto Mundial para el Empleo.

Este informe tiene dos partes principales.

La parte A desarrolla un paradigma para la extensión de la protección social en base a un análisis de las necesidades existentes, contándose con patrones antiguos y nuevos de cobertura y el derecho a la seguridad social internacionalmente reconocido. En el capítulo 1, comenzamos haciendo un balance de la situación global relativa a la protección social. Este capítulo examina la necesidad de protección social, tal y como se la percibe desde varias perspectivas y en diversos contextos sociales y demográficos, seguido de un resumen de una gama de instrumentos internacionales, concernidos directamente o referidos a aspectos de la seguridad social. El capítulo 2 desarrolla principios y un paradigma de políticas relativas a las estrategias nacionales de extensión de la cobertura. El capítulo 3 describe las nuevas estrategias vigentes y emergentes, y el capítulo 4 brinda un breve resumen de las preocupaciones en materia de temas vinculados con las políticas de actualidad, y destaca algunas cuestiones pertinentes esperadas para enmarcar las discusiones en la Reunión de expertos. Se anexa una breve nota para clarificar todo lo posible la terminología técnica utilizada en este documento.

La parte B aporta las pruebas y la base informativa para la consideración de las políticas que figuran en la parte A. Incluye un análisis estadístico de la brecha global de la cobertura vigente (suplemento A), describe una amplia gama de las recientes experiencias nacionales con métodos alternativos para cerrar la brecha global de la cobertura (suplemento B) y por último, explora algunas opciones de un nuevo mecanismo de guía de las políticas de la OIT (suplemento C).

Parte A. El marco de las políticas

1. Dónde nos encontramos ahora: necesidades, derechos y una promesa incumplida

1.1. Necesidades

Toda persona y toda familia necesitan una protección de los riesgos y de las inseguridades resultantes. Cuando no se satisface esta necesidad, en el caso de los individuos y de los hogares, son muchos y variados los efectos adversos. Un creciente conjunto de evidencias viene a indicar una reducción del bienestar, una exposición cada vez mayor a la pobreza, una mayor exclusión del acceso a la salud y a la educación, un bajo acceso a las actividades productivas, una mayor prevalencia del trabajo infantil y así sucesivamente. Estos asuntos son abordados por los autores, entre los que se encuentran: Baeza y Packard (2006); Beegle *et al.* (2006); Dercon (2002 y 2007); Fafchamps y Minten (2009). La necesidad de protección depende, en gran medida, de varios factores que reflejen, no sólo las tendencias «macro», o de nivel nacional, sino también los asuntos «micro» en los planos individual y de los hogares. El primero incluye factores tales como la estabilidad política, las tendencias económicas y las tendencias de los precios, al tiempo que los asuntos «micro» incluyen puntos como los ingresos, el género, la edad, el estado de salud, la ocupación, la situación en el empleo, el lugar de residencia y el lugar de trabajo.

A la hora de considerar estos diversos factores, es relativamente fácil la identificación de situaciones que aumentan la vulnerabilidad y la necesidad de protección. Por ejemplo, en el plano individual, éstas podrían incluir la enfermedad crónica o una ocupación peligrosa. En el nivel «macro», esto podría referirse a una crisis financiera o al aumento de los precios de la comida¹. Las personas pobres con bajos ingresos tienen una capacidad muy limitada de ahorrar y acumular activos, lo que limita directamente su capacidad para abordar una crisis. Es habitual que trabajen en la economía informal, a menudo en entornos no regulados en unas condiciones laborales inseguras. Pueden sufrir de unos niveles escasos de logros básicos en materia de educación o de alfabetización, y es frecuente que vivan, tal vez en zonas remotas, más allá del alcance de los programas educativos para la prevención o la salud. Si verdaderamente tienen algún derecho social, es típico que no lo sepan. Aquellos que viven en tales circunstancias tienden, además, a encontrarse haciendo frente a diversas situaciones cargadas de riesgos simultáneamente, con lo que se exacerba su nivel de inseguridad.

Para la gente pobre, el abordar con éxito los riesgos que han de afrontar es a menudo una cuestión de vida o muerte. Sin embargo, los riesgos no sólo afectan a los pobres existentes. Por el contrario, pueden también hundir a quienes no son pobres en la pobreza. De modo específico, la OMS considera que cada año 100 millones de personas caen en la pobreza, como consecuencia de la carga económica que conllevan los riesgos relacionados con la salud o de la necesidad de pagar los servicios de asistencia de la salud (Carrin *et al.*, 2005).

Las siguientes secciones ilustran la diversidad de necesidades de protección y analizan el papel de la seguridad del ingreso y del acceso a la asistencia médica como herramientas para subvenir a esas necesidades.

¹ La reciente crisis alimentaria supuso una amenaza para la estabilidad macroeconómica y el crecimiento general, lo que tuvo como consecuencia más privaciones para las 800 millones de personas que ya se habían visto afectadas por el hambre crónica (FAO, 2008) y cuyas filas es probable que se vean engrosadas por otros 100 millones de personas, según el Banco Mundial, como resultado de la crisis (2008).

Diversidad de circunstancias

Si bien todos tienen una necesidad de protección derivada de los riesgos y de la inseguridad que experimentan, es importante seguir siendo conscientes de su diversidad. La noción de «los más vulnerables» como aquellos que se encuentran en «un mayor riesgo», es de utilidad para avanzar en el argumento de que existe la necesidad de una mejor protección para aquellos que pertenecen a este grupo. Sin embargo, es importante reconocer que esos términos son un poco reduccionistas y esconden la heterogeneidad de los individuos y de los hogares que tratan de describir. Dentro de esos grupos sociales descritos como «los más vulnerables», existe una amplia variedad de diferentes características de la población. Esto se traduce en diversas necesidades de protección, que no pueden abordarse satisfactoriamente de manera uniforme. Es, por supuesto, imposible tratar aquí todas las necesidades de todos los grupos, pero la diversidad que existe puede ilustrarse con algunos ejemplos concretos. Se eligieron tres grupos para demostrar esto: i) los pobres crónicos (como un grupo de nivel de ingresos); ii) los trabajadores agrícolas (como un grupo ocupacional); y iii) los niños y las personas de edad avanzada (como dos grupos de edad). Muchas personas pertenecen simultáneamente a los tres grupos: pueden ser de edad avanzada, aún trabajar en la agricultura y ser sumamente pobres.

i) Los pobres crónicos

El nivel de ingresos ejerce una gran influencia en la exposición a los riesgos y en las estrategias disponibles para los individuos y los hogares, a la hora de abordar esos riesgos. Los riesgos a los que se exponen los ricos y los pobres tienden a diferir. La experiencia internacional viene a indicar, por ejemplo, que los ricos tienden a estar menos expuestos a las catástrofes naturales y más expuestos a catástrofes de origen humano. Las estrategias disponibles para los pobres para mitigar los riesgos son menores y menos eficaces que aquellas que los ricos pueden adoptar. Por ejemplo, los pobres tienen un escaso acceso a los seguros, ya sean públicos o privados. Las estrategias de supervivencia que utilizan los pobres, como vender activos productivos o enviar a los hijos a trabajar, tienen unos elevados costos de oportunidad. La asunción de esos costos y la falta de medios alternativos para hacer frente a los riesgos posteriores, determinan que los pobres se encuentren especialmente en una situación de aversión al riesgo y, de este modo, sean incapaces o estén mal dispuestos a embarcarse en actividades de riesgo más alto o de rendimiento más elevado. En consecuencia, los pobres tienen una menor capacidad de resistencia respecto de los ricos. Resumiendo, la probabilidad de que se recupere el nivel de ingresos del hogar hasta llegar al que prevalecía antes de que hubiese tenido lugar una particular contingencia, viene a demostrar una correlación positiva con los ingresos de los hogares.

La situación de los pobres respecto de los riesgos de la salud, constituye un problema de especial preocupación. Los grupos de bajos ingresos en general afrontan niveles más elevados de exposición a riesgos de la salud, sobre todo como consecuencia de una vivienda y un sistema sanitario de mala calidad, de una mala nutrición, de un acceso escaso al agua potable y de la realización de trabajos peligrosos. Por lo general, hacen frente a riesgos mucho más elevados de sufrimiento de problemas psicosociales de la salud, debido a que viven y trabajan sometidos a niveles elevados de tensiones medioambientales, derivados, por ejemplo, del hacinamiento y de la inseguridad económica. También tienen que enfrentarse con las presiones ocasionadas por unos niveles relativamente altos de enfermedad y de lesiones, y de fallecimiento de hijos en sus hogares. Pueden asumir menos los costos directos e indirectos derivados, incluidos los costos de oportunidad cuando deben pagar los tratamientos y los medicamentos. Por esta y otras razones², su acceso efectivo a la asistencia sanitaria se ve a

² Son más frecuentes en los pobres los factores negativos relacionados con el acceso a la asistencia de la salud, con el vivir en zonas rurales, con el tener un bajo nivel de educación y con el pertenecer a un grupo discriminado.

menudo limitada. Según la OMS, la diferencia en la brecha de la cobertura ³, medida en 58 países en desarrollo, entre los quintiles más pobres y los quintiles de los que se encuentran en mejor situación, es del 33,9 por ciento en el caso de la asistencia materna y neonatal (que incluye la atención prenatal y la presencia de una partera cualificada en el parto); en la India y en Filipinas, es más probable que los grupos más ricos tengan una probabilidad tres veces mayor de recibir una asistencia que los pobres (OMS, 2008).

Es típico que la ocupación de las categorías de ingresos más bajos, los *pobres crónicos* (véase más adelante) suponga una particular vulnerabilidad a los riesgos. Su número se estima que se encuentre en la franja de 320-443 millones de personas, según el Centro de Investigación de la Pobreza Crónica (CPRC, 2008, página 9). Algunos grupos tienden a estar desproporcionadamente representados entre los pobres crónicos: las poblaciones indígenas, los grupos nómadas y algunas castas, los trabajadores en servidumbre, los trabajadores eventuales, los trabajadores rurales, las mujeres, los niños, las personas de edad avanzada, las viudas y los hogares encabezados por personas mayores y personas con discapacidad.

La noción de «pobres crónicos» se refiere a aquellos que se encuentran en situación de pobreza a lo largo de un tiempo prolongado. No es éste el caso de la mayoría de los pobres, como se demuestra en el cuadro 1.1 más adelante, que se vale de varios estudios realizados en diversos países. Este cuadro muestra la naturaleza dinámica y fluctuante de la pobreza. Pone de manifiesto cómo muchas personas son «algunas veces pobres» en comparación con los que son «siempre pobres» en un determinado período de tiempo. Esto significa que las personas pueden ser pobres, escapar a la pobreza y pasar a ser no pobres; y, del mismo modo, un gran número puede ser no pobre y luego caer en la pobreza por muchas razones.

Cuadro 1.1. Porcentaje de hogares que son: siempre pobres, algunas veces pobres y nunca pobres ⁴

		Siempre pobres	Algunas veces pobres	Nunca pobres
China	1985-1990	6,2	47,8	46,0
Cote d'Ivoire	1987-1988	25,0	22,0	53,0
Etiopía	1994-1997	24,8	30,1	45,1
India	1976/76-83/84	21,9	65,9	12,4
Indonesia	1997-98	8,6	19,8	71,6
Pakistán	1986-1991	3,0	55,3	41,7
Rusia	1992-1993	12,6	30,2	57,2
Sudáfrica	1993-1998	22,7	31,5	45,8
Viet Nam	1992/93-97/98	28,7	32,1	39,2
Zimbabwe	1992/93-1995/96	10,6	59,6	29,8

Fuente: Citada por Kalanidhi Subbarao, *Risk and Vulnerability Assessments: Concepts and Methods; Workshop on Social Protection for the Poor*, ADB, octubre de 2002.

La condición de pobreza permanente o crónica tiende a relacionarse con un conjunto de características comunes que se encuentran en los pobres crónicos. Estos grupos experimentan una elevada *inseguridad* (es decir, unos entornos inseguros, sin activos ni derechos). Es frecuente que tengan una *ciudadanía limitada* cuando carecen de una voz

³ La OMS define «cobertura» como el porcentaje de personas que recibe una intervención específica en quienes la necesitan. La brecha de la cobertura representa un índice agregado de la diferencia entre la cobertura observada y la cobertura «ideal» o universal (en cuatro áreas de intervención: planificación familiar, asistencia materna y neonatal, inmunización y tratamiento de los hijos enfermos).

⁴ Si bien los datos para este estudio se recogieron hace algún tiempo, el punto esencial que transmite este cuadro permanece sin cambios: el hecho de que un gran porcentaje de personas entra y sale de la pobreza.

política o representación política significativa. Están sujetos a una situación de *desventaja espacial* en cuanto viven en zonas remotas en las que existe una exclusión política y una escasa integración económica o en zonas que carecen de importantes recursos, todo lo cual limita su movilidad social, y hacen frente a formas de *dominación social* – los pobres crónicos están sujetos a menudo a relaciones sociales de poder, de clientela y de competencia que pueden acorralarlos en relaciones de explotación o denegarles el acceso a los bienes y a los servicios públicos (adaptado de CPRC, 2008, página 1).

La disponibilidad de las oportunidades de empleo para los pobres crónicos se ve sumamente limitada, debido a los desajustes entre el patrón de oportunidades disponibles y el complejo conjunto de presiones que afrontan. Se acepta ampliamente en la actualidad que los enfoques de desarrollo que prevalecen, especialmente las microfinanzas, el desarrollo de las capacidades, la promoción de las cooperativas, los regímenes de microseguros o el acceso a servicios sociales básicos, pasan, en su mayor parte, por encima de los pobres crónicos. Las razones más inmediatas se encuentran en que son contratados en actividades diarias de supervivencia, requiriéndose de ellos que respondan a sus necesidades inmediatas, de modo que no tengan márgenes o se encuentren en una situación tal que emprendan actividades que no les produzcan un rendimiento inmediato o cuya rentabilidad se perciba como insegura. La garantía de un medio básico de ingresos para asegurar un nivel de vida digno, al menos por un lapso de tiempo mínimo, parece ser, en muchas circunstancias, una condición clave para que se les permita realizar la inversión requerida para desarrollar sus capacidades, acceder a oportunidades productivas y escapar de la pobreza de manera sostenible.

ii) Trabajadores agrícolas

Aquellos trabajadores y operarios ocupados en un contexto sectorial u ocupacional específico comparten naturalmente una serie de problemas y riesgos comunes específicos de ese sector. Es probable que esto se extienda específicamente, no sólo a los desafíos y a los riesgos que se afrontan, sino también a la gama de grupos de interés y a las oportunidades que podrían potencialmente desempeñar un papel en la mejora del acceso a mejores trabajos y a la protección social. Es natural, por tanto, centrarse en los grupos ocupacionales o sectoriales a la hora de evaluar y abordar la vulnerabilidad.

Con un total de más de mil millones de personas empleadas en la agricultura, este sector es la segunda fuente de empleo más grande a escala mundial después de los servicios y representa la parte más importante de la fuerza del trabajo rural. La agricultura es el sector de mayor relevancia del empleo femenino de muchos países, especialmente de África y Asia (OIT, 2008a). Muchos países, organismos y organizaciones internacionales (*ibid.*, página 6), incluida la OIT, consideran que sostener el sector agrícola es esencial para el alivio de la pobreza y el desarrollo (OIT, 2008b).

Granjas de todo el mundo presentan modelos muy diferentes cuando se considera, entre otras cosas, su participación en los mercados nacionales y globales, su utilización de formas de producción intensivas de capital, su control de factores productivos como el agua (irrigación) y la tenencia de la tierra. Estas características determinan la vulnerabilidad de las actividades de los agricultores a riesgos importantes. Por ejemplo, la agricultura de subsistencia está mucho menos expuesta a las fluctuaciones del ciclo económico, a la volatilidad del mercado bursátil, a la obsolescencia tecnológica y a los ciclos de los productos que la agricultura de elevados insumos que vende productos en el mercado de exportaciones.

No obstante, es posible identificar algunos rasgos comunes que conducen a altos niveles de vulnerabilidad de los pequeños agricultores y de los trabajadores agrícolas. El primero es la pobreza. Las tres cuartas partes de los pobres del mundo viven en zonas rurales. En el África Oriental y Meridional, se estima que la pobreza rural representa

alrededor del 90 por ciento de la pobreza total y aproximadamente el 80 por ciento de los pobres aún dependen de la agricultura para su sustento (FAO/FIDA, 2008).

Los pequeños agricultores y los trabajadores agrícolas están habituados a compartir sus recursos humanos y económicos entre tareas domésticas y tareas productivas, con lo cual pueden verse adversamente afectados por problemas en ambos contextos. Por tal razón, los hogares de los agricultores se ven directamente afectados por los riesgos vinculados con la producción agrícola, como la sequía y otras catástrofes climáticas, un agotamiento de larga duración de la tierra, de los bosques y del agua, así como variaciones estacionales impredecibles en la disponibilidad de alimentos y empleo (FIDA, 2001, página 28). Es también considerable el daño ocasionado a los cultivos, tanto en el campo como en el almacenamiento por parte de insectos, ratas y demás fauna, así como el fuego. Otra fuente crítica de vulnerabilidad es la gran dependencia de la agricultura de los activos físicos, especialmente de la tierra. La gente sin tierra representa un porcentaje significativo de los pobres crónicos en las zonas rurales, sobre todo en el sur de Asia. Además, la mayoría de las granjas detectadas en las zonas rurales son pequeñas, están subcapitalizadas, subequipadas y tienen poco o ningún acceso al crédito o a unos mecanismos de ahorro seguros. Por consiguiente, son muy vulnerables a traumatismos de todo tipo.

El empleo asalariado en pequeñas granjas de los países en desarrollo es típicamente eventual y estacional o puede no existir en absoluto. Son significativos los riesgos de desempleo, de irregularidad y de inestabilidad del ingreso. El sustento del asalariado y de su familia depende a menudo de unos pocos meses de trabajo cada año, de modo que su seguridad de ingreso es intermitente, dejándolos vulnerables de muchas maneras (Savy, 1972). El trabajo eventual brinda pocas oportunidades de que los hogares inviertan en el desarrollo de capacidades y en la construcción de activos, limitando la desigual relación de poder con los empleadores, la capacidad que tienen los hogares de mejorar su remuneración, su seguridad o las condiciones laborales. Entre los grupos económicos, aquellos dependientes de un trabajo asalariado diario eventual en un entorno de experiencia en el empleo incierta y fluctuante, los más elevados niveles de pobreza se encuentran en la India rural (Sundaram y Tendulkar, 2003).

La agricultura es uno de los tres sectores más peligrosos. La OIT considera que hasta 170.000 trabajadores agrícolas mueren todos los años (OIT, 2008a). El trabajo es arduo, las horas son largas y la gente está expuesta a una amplia variedad de riesgos que incluyen las condiciones climáticas difíciles. Son millones los trabajadores agrícolas gravemente lesionados en accidentes en el lugar de trabajo por la maquinaria agrícola o envenenados con pesticidas y otros agroquímicos. En el caso de las mujeres embarazadas, las exigencias físicas y del trabajo agrícola pueden suponer peligros especiales con un efecto potencialmente adverso en la salud, tanto de las futuras madres como de sus hijos aún por nacer, incluidos los riesgos de aborto espontáneo o de parto con feto muerto o de nacimiento prematuro. Probablemente, un trabajador agrícola típico y pobre recibirá, en el mejor de los casos, sólo un nivel muy rudimentario de formación profesional, intensificando esto los riesgos de invalidez o de lesiones físicas, que puede ser especialmente grave para tales trabajadores y que representa, además, un serio impedimento que mina todo intento que pudieran hacer para pasar del sector agrícola a un sector de menor exigencia física.

Las zonas pobres rurales, en las que vive la inmensa mayoría de agricultores y de trabajadores agrícolas, se caracterizan, en general, por una incidencia más alta de enfermedad y de peligros medioambientales que las zonas urbanas. Las enfermedades infecciosas con una alta prevalencia en las zonas rurales, incluyen el tétanos y la tuberculosis, así como infecciones parasitarias transmitidas por el agua o por insectos, como la malaria. Al mismo tiempo, es frecuente que las zonas rurales carezcan de servicios de salud. Son pocos y lejanos los hospitales y los centros sanitarios, a menudo con un

déficit tanto de personal como de suministro de medicamentos. Así, la OMS señala que «en países de todos los niveles de ingresos, el porcentaje de profesionales de la salud que viven en las zonas urbanas es superior al porcentaje de la población general que se encuentra allí» (OMS, 2006). Cuando los servicios están ligeramente dispersos, la dificultad de acceso se ve exacerbada por el costo, en términos del dinero, que ha de pagarse por el transporte y/o por el tiempo que se requiere para llegar a los centros de salud. La desigualdad de género es especialmente ostensible en el sector de la salud de las zonas rurales, lo cual redundaría en un estado de salud de la madre particularmente malo.

Como ilustra lo anterior, son múltiples las fuentes de vulnerabilidad de las pequeñas granjas y de los trabajadores agrícolas. El suministro de una seguridad de ingresos y de un acceso a la atención de la salud a través del otorgamiento de seguridad social podría ser una gran contribución, como muestran las pruebas de las que se dispone (para algunos notables ejemplos, véase el suplemento B de la parte de este informe). Este suministro generará unos resultados mejores y más sostenibles, si se aplican de manera integrada con unas intervenciones adicionales en materia de desarrollo. Dada la diversidad de contextos y de grupos, no existe una única prescripción, sino que, en la mayoría de los casos y además del otorgamiento de seguridad social, el objetivo debería ser el aumento de la producción y de las oportunidades (por ejemplo, asegurar el acceso a factores productivos como la tierra, el agua y el crédito, y la introducción de variedades de cultivos más productivas), la mejora del acceso a los servicios sociales básicos, unas mejores condiciones laborales, unos derechos reforzados y una representación política y de «voz».

iii) **Necesidades y riesgos a lo largo del ciclo de vida:
los niños y las personas de edad avanzada**

Los riesgos y la vulnerabilidad difieren en el curso de la vida y son aquí dignos de consideración los riesgos que pueden catalogarse como específicos en diferentes etapas del ciclo vital. Como sugiriera Bonilla García y Gruat, para tal fin es de utilidad dividir el ciclo de vida humana en «el período prenatal; la infancia: la niñez; la adolescencia y la juventud; la edad adulta (vida laboral); y la senectud» (2003, página 5). Esta subsección se centrará en dos grupos especialmente vulnerables en el ciclo de vida: los niños y las personas de edad avanzada.

Bonilla García y Gruat señalan que el grado de exposición a los riesgos y la capacidad de hacer frente a los mismos, varía enormemente de una etapa de la vida a otra. Para afirmar lo obvio, el riesgo más elemental, el de la muerte, más pronto o más tarde pasarán a ser una certeza. Junto con el proceso de envejecimiento, viene otro riesgo, el de la pérdida de la salud debido a una enfermedad transitoria o a una discapacidad permanente, que se convertirán, a su debido tiempo y en efecto, en algo casi seguro. De igual modo, es importante reconocer que algunos individuos nacen con discapacidades permanentes, mientras que otros pasan a ser discapacitados en algún momento de sus vidas, posiblemente como consecuencia de accidentes relacionados con el trabajo. Si bien cada ciclo de vida refleja los desafíos y las oportunidades a través de las cuales cada hombre y cada mujer definen su propia vida, también representa una variedad de riesgos. Este punto determinante gira en torno a que el grado de exposición a riesgos y la capacidad de hacer frente a los mismos no permanecen constantes a lo largo de la vida, sino que varían de una etapa a otra. Por consiguiente, la vulnerabilidad debería considerarse como un concepto dinámico y relativo, cuyo impacto en todos los hombres y en todas las mujeres varía de una manera sumamente desigual con el tiempo y según el lugar (*ibid.*). Como podría esperarse, son considerables las diferencias entre los países en cuanto a la manera en la que se desarrolla el ciclo de vida. No obstante, es posible identificar algunos temas comunes en los países en desarrollo y observar algunos riesgos y vulnerabilidades clave específicos para cada edad.

Los niños se enfrentan a algunos riesgos específicos de su edad. Son muchos los que corren riesgos nutricionales en los países en desarrollo que pueden ocasionar un déficit de desarrollo a lo largo de toda la vida. Pueden afrontar una vulnerabilidad aguda a la enfermedad y a las infecciones. Es por ello que UNICEF sostiene que, tal vez más que cualquier otro grupo, los niños pequeños son vulnerables a los riesgos que conllevan el agua contaminada, las malas condiciones de salubridad y una higiene inadecuada. Por ejemplo, «un agua potable insegura y una disponibilidad inadecuada de agua para lavar y cocinar, junto con una falta de acceso a los servicios sanitarios, contribuyen a aproximadamente el 88 por ciento de los fallecimientos por enfermedades diarreicas, o más de 1,5 millones cada año» (2007, página 74).

Algunos niños estarán más propensos a una escasa asistencia escolar debido a responsabilidades domésticas o a responsabilidades relacionadas con la obtención de un ingreso, que se ven con frecuencia agravadas por las convulsiones económicas o por otros traumas sociales. Los niños que se ven obligados a trabajar deben hacer malabares con la triple carga que supone un trabajo, un trabajo sin atención médica gratuita y la escuela. Una imposición exigente como ésta puede ejercer un impacto a largo plazo en sus oportunidades vitales y en su productividad futura. Esta es la realidad para cerca de 218 millones de niños que trabajan en la actualidad (OIT, 2006, página xi). Un gran número de estos niños que trabajan están empleados en trabajos peligrosos que conllevan sus propios riesgos significativos (es decir, largas horas, trabajos en alturas peligrosas o subterráneas). Sin embargo, es aún más desconcertante el hecho de que el 4 por ciento de esos niños, que son económicamente activos, estén empleados en lo que se categoriza como las peores formas de trabajo infantil. Están expuestos a unas actividades extremadamente riesgosas, incluido el trabajo en industrias peligrosas, la prostitución y la pornografía. Las niñas pequeñas son especialmente susceptibles a quedar atrapadas en esas actividades riesgosas, lo que viene a reflejar su acusado nivel de pérdida de autonomía.

En los países sumamente afectados por el VIH/SIDA, los niños son especialmente vulnerables. Son muchos los que pierden a sus padres a causa de esa enfermedad y los pronósticos indican que en 2010, serán alrededor de 15,7 millones los niños huérfanos como consecuencia del SIDA sólo en el África subsahariana (UNICEF, 2007, página 42). Esta situación ejerce un impacto en los niños de alguna manera negativa y se ven afectados mucho antes del fallecimiento de sus padres. Esto es a menudo cierto en el caso de las niñas, que pueden ser retiradas de la escuela para atender a sus padres enfermos, con lo cual se pierden las oportunidades educativas que mejoran la vida y las posibilidades de desarrollar sus plenos potenciales, o aquello a lo que Sen (1999) se refiere como sus «funciones» humanas. Además, los niños cuya atención es asumida por otros miembros de la familia, pueden ser arrancados de sus redes sociales y del entorno familiar, convirtiéndose, a lo largo de este proceso, en psicológicamente perturbados e inestables (*ibid.*).

Las niñas pequeñas están sometidas a algunos riesgos específicos. Por ejemplo, en sociedades en las que prevalecen las bodas infantiles, las niñas pueden estar sujetas a unos mayores riesgos de salud asociados con embarazos prematuros. Según UNICEF, «las niñas que dan a luz antes de la edad de 15 años tienen cinco veces más probabilidades de morir en el parto que las mujeres que se encuentran en la veintena» (2008, página 32). Muchas niñas, como es verdad para las mujeres en general, están sometidas a una mayor violencia, tanto física como sexual. Como consecuencia, deben hacer frente a todos los quebrantos y sufrimientos que entrañan tales experiencias traumáticas (*ibid.*, página 35).

Al igual que ocurre con los niños pequeños, las personas de más edad están también sometidas a los riesgos específicos de su ciclo de vida. Este grupo es particularmente vulnerable a la inseguridad del ingreso. Es típico que esto ocurra cuando los individuos ya no están aptos para el trabajo, en ausencia de un suministro relacionado con el trabajo para la jubilación y/o el apoyo del Estado. Según un informe de UN-DAES, «alrededor del

80 por ciento de las personas de más edad que viven en los países en desarrollo (unos 342 millones de personas) carecen de una seguridad del ingreso adecuada» (2007, página 1). Esta cifra podría, según el *World Economic and Social Survey* (2007), ascender a 1,2 mil millones en 2050, si no se adoptan las medidas adecuadas (es decir, la introducción de pensiones sociales). Como consecuencia, muchas personas de más edad, a pesar de lo mermados que están la salud y el estado físico, siguen trabajando debido a la inseguridad del ingreso y/o para mantener a los dependientes.

En la actualidad, son muchos los abuelos de los países en desarrollo, especialmente en el África Oriental y Meridional, que tienen la doble responsabilidad de cuidar de sí mismos y de asumir unas responsabilidades, con frecuencia gravosas, del cuidado de los niños. Esto último es verdad en los países en los que el SIDA o la desestabilización militar se saldaron con la pérdida de muchos adultos en la edad media de la vida y con un gran número de niños huérfanos y vulnerables. La vulnerabilidad de las personas de más edad puede verse asimismo acrecentada por una mala salud, combinada con una inadecuada asistencia sanitaria y unos medios inaccesibles. Las personas de edad avanzada también pueden estar sometidas a un abandono o a un abuso, o ser vulnerables a la guerra y a los desastres naturales. Muchas personas de edad avanzada de los países en desarrollo se encuentran, así, incapaces de escapar de la pobreza, a menudo una pobreza crónica.

Está claro que la garantía de una seguridad del ingreso y el suministro de un acceso a la atención de la salud constituyen dos medidas cardinales para la seguridad social. Estas dos medidas pueden permitir que la gente aborde las contingencias de mayor significación que tengan probablemente que afrontar a medida que avanzan en su ciclo de vida, especialmente cuando se encuentran en las particularmente vulnerables franjas de edad de «los jóvenes» y de «los mayores».

1.2. El derecho a la seguridad social

Desde que la comunidad mundial comenzara a referirse a los «derechos humanos internacionales», con la creación de las Naciones Unidas, en particular los «derechos y libertades básicos a los que todos los seres humanos tienen derecho»⁵, la seguridad social ha sido reconocida explícitamente como un derecho humano básico y consagrado como tal en los instrumentos legales internacionales. Este reconocimiento puede entenderse como una evolución natural tras la identificación de la seguridad social como uno de los pilares centrales del mandato constitucional de la OIT. Este mandato ya fue definido y aceptado por la comunidad de Estados en 1919, y extendido en 1944. Si bien la Constitución de la OIT de 1919 se refiere al «derecho de los trabajadores», pareciendo así estar limitado en su alcance, el derecho a la seguridad social se extendió como un derecho que pertenece a «todos los que necesitan una protección», en la Declaración de Filadelfia, adoptada en 1944, caracterizándosela, así, como un *derecho universal*. En seguimiento de su mandato en este sentido, y en su capacidad como responsable de un organismo de las Naciones Unidas, la OIT ha venido adoptando, a lo largo de los años, una variedad de instrumentos, convenios y recomendaciones, que establecen obligaciones y directrices concretas para que los Estados apliquen este derecho. En vista del lugar central que ocupa la seguridad social en el marco constitucional de la OIT, y del enfoque basado en los derechos que han seguido la ONU y la OIT, en aras de su concreción, esta sección brinda un panorama general de los instrumentos pertinentes de la ONU y de la OIT y destaca las obligaciones esenciales de los Estados Miembros en relación con su aplicación y progresiva ejecución.

⁵ Artículo 1, *Declaración Universal de Derechos Humanos*, 1948.

Desde una perspectiva legal internacional, el reconocimiento del derecho a la seguridad social ha venido siendo desarrollado a través de unos instrumentos universalmente negociados y aceptados que establecen la seguridad social como un derecho social básico al que todo ser humano tiene derecho. De este modo, el derecho a la seguridad social ha sido consagrado en diversos instrumentos de derechos humanos adoptados por las Naciones Unidas ⁶ y se formuló expresamente como tal en los instrumentos de derechos humanos fundamentales, a saber, la *Declaración Universal de Derechos Humanos* y el *Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (ICESCR)*.

Específicamente, el artículo 22 de la *Declaración Universal de Derechos Humanos*, dispone que:

Toda persona, como miembro de la sociedad, tiene derecho a la seguridad social, y a obtener, mediante el esfuerzo nacional y la cooperación internacional, habida cuenta de la organización y los recursos de cada Estado, la satisfacción de los derechos económicos, sociales y culturales, indispensables a su dignidad y al libre desarrollo de su personalidad.

y el artículo 25, que:

- 1) Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios; tiene asimismo derecho a los seguros en caso de desempleo, enfermedad, invalidez, viudez, vejez u otros casos de pérdida de sus medios de subsistencia por circunstancias independientes de su voluntad.
- 2) La maternidad y la infancia tienen derecho a cuidados y asistencia especiales. Todos los niños, nacidos de matrimonio o fuera de matrimonio, tienen derecho a igual protección social.

El *Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC)* estipula, en el artículo 9, que «Los Estados Partes en el presente Pacto reconocen el derecho de toda persona a la seguridad social, incluso al seguro social».

Si bien la Declaración Universal de Derechos Humanos constituye una declaración incuestionable de derechos humanos fundamentales, el PIDESC tiene la categoría de un tratado abierto a firma y ratificación ⁷ y, por tanto, un medio de fortalecimiento de esos derechos humanos. La obligación de los Estados en la aplicación de estos derechos, es la de **lograr progresivamente**, en la medida en que se comprometen, al ratificarse, a adoptar medidas dirigidas a la plena efectividad de los derechos aquí reconocidos, «**hasta el máximo de los recursos de que disponga**» ⁸.

En su condición de organismo internacional específicamente encargado del establecimiento de normas internacionales del trabajo, la OIT se ha comprometido, desde su creación en 1919, con una responsabilidad primordial hacia el logro del derecho a la seguridad social. Este objetivo representa una parte fundamental del mandato de la Organización, habiéndose consagrado en su Constitución originaria (1919), cuyo

⁶ El *Convenio sobre las peores formas de discriminación de la mujer*, el *Convenio sobre los derechos del niño*, el *Convenio sobre la eliminación de todas las formas de discriminación racial*, el *Convenio internacional sobre la protección de los derechos de todos los trabajadores migrantes y sus familias*, y el *Convenio sobre los derechos de las personas con discapacidad*.

⁷ En 2008, 157 Estados eran Estados Partes en el PIDESC.

⁸ Artículo 2, párrafo 1, PIDESC.

Preámbulo expresaba la determinación de mejorar las condiciones laborales, a través de, entre otras cosas, la *«lucha contra el desempleo ... protección del trabajador contra las enfermedades, sean o no profesionales, y contra los accidentes del trabajo, protección de los niños, de los adolescente y de las mujeres, pensiones de vejez y de invalidez»*. Más recientemente, la resolución y las conclusiones relativas a la seguridad social adoptadas por la Conferencia Internacional del Trabajo de 2001⁹ y la Declaración sobre la justicia social para una globalización equitativa, en 2008, reiteraron la determinación de que el logro de la seguridad social como derecho humano representa una parte fundamental del mandato de la Organización.

En 1944, el mandato de la OIT se amplió con la Declaración de Filadelfia, que fue el primer instrumento legal internacional que estipulara el derecho a la seguridad social como un derecho que pertenece a **todos** y que puede considerarse, además, como el primer momento de la historia en que la comunidad mundial declarara su compromiso hacia la extensión de la seguridad social a todos. Al mismo tiempo, la OIT se había establecido como la autoridad más importante en este terreno. La Declaración de Filadelfia se integró en la Constitución de la OIT y dispuso *«la obligación solemne de la Organización Internacional del Trabajo de fomentar, entre todas las naciones del mundo, programas que permitan»*, entre otras cosas, *«extender las medidas de seguridad social para garantizar ingresos básicos a **quienes los necesiten** y prestar asistencia médica completa»* (artículo III, *f*)), así como *«proteger a la infancia y a la maternidad»* (artículo III, *h*)), con lo cual se extendía la protección de todos los trabajadores a todos aquellos que la necesitaran.

Más de 50 años después, en 2001, la seguridad social se vio reafirmada por la CIT como un derecho humano básico y se restableció como parte fundamental del mandato de la OIT, su extensión a todos aquellos que la necesitaran, y un reto que requería ser abordado sería y urgentemente por parte de todos los Estados Miembros. En consecuencia, la CIT indicó a la OIT el camino hacia el lanzamiento de una gran campaña dirigida a promover la extensión de la cobertura de seguridad social. La Campaña Mundial sobre Seguridad Social y Cobertura para Todos se lanzó oficialmente en la CIT en junio de 2003. Nuevamente, en 2008, la CIT confirmó este mandato en la Declaración sobre la justicia social para una globalización equitativa¹⁰, declarándose que:

sobre la base del mandato contenido en la Constitución de la OIT, incluida la Declaración de Filadelfia (1944), que sigue siendo plenamente pertinente en el siglo XXI y debería inspirar la política de sus Miembros, y que, entre otros fines, objetivos y principios ... reconoce que la OIT tiene la obligación solemne de fomentar entre las naciones del mundo programas que permitan lograr los objetivos de ... la extensión de las medidas de seguridad social para garantizar ingresos básicos a quienes los necesiten, junto con todos los demás objetivos establecidos en la Declaración de Filadelfia.

Comprometida con su mandato desde su establecimiento en 1919, la OIT ha adoptado algunos convenios y recomendaciones que han contribuido enormemente al desarrollo de la seguridad social como derecho humano universal y a la definición de este derecho. Algunas de las contribuciones más importantes de la OIT en este sentido son la Recomendación sobre la seguridad de los medios de vida, 1944 (núm. 67) y la Recomendación sobre la asistencia médica, 1944 (núm. 69), que instauraron una nueva doctrina de universalidad como base del desarrollo de la seguridad social. Estas dos recomendaciones reflejan un cambio fundamental de paradigma en las políticas de seguridad social, puesto que el centro se desplazó de la protección de la seguridad social de

⁹ OIT (2001c).

¹⁰ OIT (2008e).

los *trabajadores* a la protección de *toda la población*. La adopción de estas dos recomendaciones allanaron el camino para la formulación de la seguridad social como derecho humano en la Declaración Universal de Derechos Humanos y, algunos años más tarde, en el PIDESC. A la luz de esto, todas las normas de seguridad social adoptadas posteriormente reflejan el derecho a la seguridad social. Sin embargo, no se encontró que el principio de universalidad establecido en la Recomendación sobre la seguridad de los medios de vida, 1944 (núm. 67) y la Recomendación sobre la asistencia médica, 1944 (núm. 69), tuviese una expresión obligatoria.

Entre los instrumentos de seguridad social de la OIT válidos en la actualidad, el más destacado es el Convenio sobre la seguridad social (norma mínima), 1952 (núm. 102). Es el único convenio internacional que define las nueve ramas clásicas de seguridad social, que fija las normas mínimas para cada una de éstas y que establece normas para la sostenibilidad y la buena gobernanza de esos regímenes. Con los años, ha ido ejerciendo y sigue ejerciendo una gran influencia en el desarrollo de la seguridad social en las diferentes regiones del mundo. De este modo, se considera que encarna una definición aceptada internacionalmente del propio principio de la seguridad social ¹¹. Además, ha aportado un modelo para el Código Europeo de Seguridad Social, y es una referencia, directa o indirecta, para otros instrumentos regionales como la Carta Social Europea, el Tratado de Amsterdam de la Unión Europea, y los instrumentos regionales que se desarrollan en la actualidad en África y en América Latina. En el ámbito nacional, el derecho a la seguridad social también se reconoció en las Constituciones nacionales de algunos países, por ejemplo, de Alemania, Brasil y la India.

Dado que los instrumentos internacionales generales de derechos humanos de las Naciones Unidas y sus mecanismos de control han permanecido, en su mayor parte, en silencio en cuanto a la verdadera definición del derecho a la seguridad social y a su contenido específico, se ha dejado a la OIT, en su calidad de organismo especializado de las Naciones Unidas, el mandato de extender la seguridad social a todos aquellos que la necesitan, para establecer los parámetros y las disposiciones sustanciales de este derecho y asistir a los Estados Miembros en su aplicación. Se reconoce ampliamente que el trabajo de la OIT en el terreno de la seguridad social y que las normas que ha venido desarrollando «siguen siendo la fuente más importante de interpretación y de definición del derecho a la seguridad social» (Lamarche, 2002). A través de sus actividades normativas, el trabajo de sus órganos de control y la prestación de asistencia técnica a los Estados Miembros, la OIT ha desempeñado un papel clave en la aportación de sustancia al derecho a la seguridad social, tal y como se consagra en el PIDESC, y ha contribuido, en gran medida, a la interpretación de este derecho, a su aplicación en la práctica y al fomento de su aplicación a escala mundial. Así, desde su creación, la OIT ha venido asumiendo un papel destacado en la aplicación del derecho a la seguridad social, previendo en sus instrumentos el aspecto normativo de este derecho.

El papel determinante de la OIT se resalta en el Comentario General núm. 19 ¹² del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (CESCR) ¹³, en el artículo 9 del PIDESC, que brinda unas explicaciones detalladas a los Estados Miembros en torno a cómo aplicar el derecho a la seguridad social, así como unas directrices para el Comité a la

¹¹ OIT. 2003. Informe de la Comisión de Expertos en Aplicación de Convenios y Recomendaciones, Informe III (1A), Conferencia Internacional del Trabajo, 91.^a reunión, página 20, párrafo 53.

¹² UN, Doc. E/C.12/GC/19, 4 de febrero de 2008.

¹³ El Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales es el organismo de las ONU responsable del control de la aplicación del PIDESC en la ley y en la práctica nacionales.

hora de la evaluación del cumplimiento del artículo 9 por los Estados Partes del PIDESC. A lo largo de todo el Comentario General, se hacen varias referencias directas a la OIT y a otros documentos y normas de seguridad social, vinculándose, por tanto, los enfoques de la OIT y del PIDESC esencialmente en el tratamiento del mismo derecho.

El Comentario General resalta la importancia central de garantizar la dignidad humana de todas las personas cuando afrontan circunstancias que las priva de su capacidad de ejercer plenamente sus derechos. Define el derecho a la seguridad social englobando el derecho de acceso y de mantenimiento de las prestaciones, ya sea en metálico, ya sea en especie, sin discriminación alguna, a efectos de asegurar la protección, entre otras cosas, de: *a)* la falta de ingresos relacionados con el trabajo ocasionada por la enfermedad, la discapacidad, la maternidad, los accidentes y las enfermedades profesionales, el desempleo, la vejez o el fallecimiento de un miembro de la familia; *b)* el acceso inasequible a la asistencia sanitaria; y *c)* un apoyo familiar insuficiente, especialmente para los hijos y los adultos dependientes. Destaca asimismo la importancia de una seguridad social (redistributiva) en la reducción y el alivio de la pobreza, impidiéndose la exclusión social y promoviéndose la inclusión social. Estos objetivos requieren el establecimiento de regímenes no contributivos (por ejemplo, financiados con cargo a los impuestos) u otras medidas de asistencia social para brindar apoyo a aquellos individuos o grupos que no están en condiciones de realizar cotizaciones suficientes para su propia protección, encontrándose, así, excluidos de unos regímenes de seguridad social más formales, sobre todo aquellos que se sitúan en la economía informal (y sus familias). Tales medidas deberían adoptarse con miras a facilitar su inclusión con carácter progresivo.

Teniéndose en cuenta las diferencias sustanciales en el nivel de desarrollo económico de los Estados y los problemas encontrados por muchos de éstos, incluidos, por ejemplo, los bajos niveles de PIB per cápita y los elevados niveles de pobreza, junto con restricciones financieras relacionadas con altos niveles de deudas internacionales, la obligación de los Estados Partes, con arreglo al PIDESC, es el logro progresivo de los derechos implicados (Coomans, 1995). Sin embargo, los Estados no pueden hacer uso de la disposición relativa al «logro progresivo» como pretexto para su incumplimiento. Si bien todo Estado que opte por convertirse en Miembro de las Naciones Unidas y de la OIT, tiene el deber legal general y fundamental de establecer un nivel mínimo de protección social para su población, el CESCR señala que la obligación con arreglo al PIDESC, tiene un doble carácter. Por una parte, permite a los Estados un grado de flexibilidad en la manera de aplicar las disposiciones del Pacto, mientras que, por otra parte, impone una estricta obligación de lograr, aunque sea gradualmente, los derechos correspondientes. En base a esto, el Pacto requiere de los Estados que logren los derechos materiales tan pronto y eficazmente como sea posible. Además, todo Estado Parte en el Pacto tiene una obligación básica de asegurar un nivel mínimo de goce de cada derecho. Es decir, que todo derecho posee un determinado contenido central mínimo sin el cual el derecho se torna sin sentido (*ibid.*). Según el CESCR, el contenido central mínimo de cada derecho constituye un piso por debajo del cual no debería permitirse, en ningún Estado Parte, que las condiciones cayeran ¹⁴. Por consiguiente, el CESCR sugiere que el incumplimiento por

¹⁴ ONU, Doc. E/C.12/1993/11, párrafo 5. Debería señalarse asimismo que el Comentario General sobre el artículo 9, incluye, en este contenido central mínimo, sobre una base indicativa, el requisito de los Estados Partes «garantizar el acceso a un régimen de seguridad social que otorga un nivel mínimo esencial de prestaciones a todos los individuos y a sus familias, lo que hará posible que puedan disfrutar de al menos una asistencia médica básica, alojamiento y vivienda básica, agua y saneamiento, alimentación y las formas más elementales de educación. Si el Estado Parte no puede brindar este nivel mínimo para todos los riesgos y contingencias dentro de sus máximos recursos disponibles, la Comisión (sobre Derechos Económicos, Sociales y Culturales) recomienda que el Estado Parte, tras un amplio proceso de consulta seleccione a un grupo central de riesgos sociales y contingencias» (Doc. NU E/C.12/GC/19, 4 de febrero de 2008, párrafo 59, *a*)).

parte de un Estado de «una obligación mínima de asegurar la satisfacción de por lo menos niveles esenciales de cada uno de los derechos»¹⁵ se considere como una violación del Convenio. En este sentido, la escasez de recursos no exime a los Estados de determinadas obligaciones mínimas respecto de la aplicación del derecho a la seguridad social¹⁶.

1.3. Estrechamiento de la brecha de la cobertura: iniciativas más recientes de las políticas globales

Una gran mayoría de la población global vive en condiciones de inseguridad social, es decir, que no tienen acceso, o éste es sólo parcial, a la seguridad social formal más allá de las limitadas posibilidades de confiar en las familias, en los grupos de parientes o en las comunidades, a efectos de asegurar su nivel de vida. Entre esta mayoría, el 20 por ciento vive en una pobreza abyecta, que es la forma más cruel de inseguridad.

El primero de los Objetivos de Desarrollo del Milenio de la ONU, es la reducción a la mitad de la tasa global de hogares pobres entre 2000 y 2015. Más de la mitad del tiempo pasado en alcanzar esto se encuentra en la actualidad detrás de nosotros y parece que, globalmente, estamos en la pista. Peor aún, la reciente evolución, en primer término, de los precios de los alimentos, seguida hoy por la crisis financiera y económica más profunda en décadas, han ocasionado un impacto espectacular que ha golpeado seriamente a los más pobres del mundo. Incluso las estadísticas más recientes sobre el número de pobres han quedado desactualizadas en vista de esta evolución.

Como consecuencia de la crisis financiera actual, son muchos los que perdieron sus hogares y sus ahorros (incluidas grandes partes de sus futuras pensiones), al tiempo que la recesión económica, que puede revelarse duradera, será la causa de que millones de personas pasen a ser desempleados. Un reciente artículo de *The Economist* sitúa el tema de esta manera:¹⁷

El hambre significa tradicionalmente hambruna masiva. Las medidas de la crisis de hoy son la miseria y la desnutrición. Las clases medias de los países pobres renuncian a la asistencia de la salud y dejan de comer carne, de modo que puedan hacer tres comidas al día. Los pobres medios, aquellos que ganan 2 dólares al día, retiran a los hijos de la escuela y suprimen las verduras, así pueden aún permitirse el arroz. Aquellos que ganan 1 dólar al día suprimen la carne, las verduras y una o dos comidas, de modo que puedan permitirse un cuenco. Los desesperados — aquellos que reciben 50 céntimos al día — afrontan el desastre.

En la actualidad, la atención se centra habitualmente en aliviar los problemas de mayor urgencia, lo cual se comprende. Sin embargo, se requiere un enfoque estructurado que aporte unas soluciones sostenidas y no unas soluciones *ad hoc*. En el contexto de la crisis multifacética a que hace frente hoy la mayor parte del mundo, la necesidad de protección social se torna aún más evidente, al tiempo que la falta de acceso a una protección social efectiva para la mayoría de las poblaciones del mundo se hace aún más dramática y desastrosa. Existe una necesidad urgente de introducción de unos mecanismos de protección social básicos allí donde no están establecidos, mientras que se suministra el apoyo necesario para fortalecer los regímenes de seguridad social vigentes, dado que existe igualmente una necesidad de los mismos, tanto como medio de protección de hombres y

¹⁵ Párrafo 9, Maastricht guidelines on violations of economic, social and cultural rights (1997).

¹⁶ *Ibid.*

¹⁷ *The Economist*, 17 de abril de 2008.

mujeres contra los peores efectos de la crisis, cuanto como instrumentos para apoyar la demanda efectiva de las economías y ayudar a su recuperación.

El valor de la transferencia social y del gasto social para reducir la pobreza y garantizar el acceso a los servicios necesarios, así como la necesidad de inversiones sociales y políticas sociales dirigidas a la protección de los más vulnerables, se han venido reconociendo en los recientes foros internacionales y en las Constituciones, en los textos legales y en los consejos de administración de muchos organismos de la ONU, así como en la Convención sobre los derechos del niño¹⁸. Puede realizar una contribución inapreciable a la consecución de los Objetivos de Desarrollo del Milenio.

La Comisión de Alto Nivel de la ONU sobre el Programa está desarrollando «Una ONU», concepto común de un piso de protección social. La OIT, junto con la OMS, y con el apoyo de ONU-DAES y UNICEF, dirigen los trabajos. En su centro se encuentra la construcción de una coalición de organismos y donantes internacionales que permitan que los países planifiquen y apliquen unos regímenes de transferencia social sostenibles en base al concepto de piso social.

El origen del concepto data de algunos años. La idea de «un piso socio-económico» y su relación con la protección social fue destacada por la Comisión Mundial sobre la Dimensión Social de la Globalización, cuyo informe final establecía: «debe aceptarse un determinado nivel mínimo indiscutible de protección social como parte de la base socioeconómica de la economía global»¹⁹. Desde entonces, los términos «piso social» o «piso de protección social» se han utilizado para significar un conjunto de derechos, servicios y medios sociales básicos de los que debería gozar el ciudadano global. Los términos «piso social» reflejan la noción vigente de «obligaciones centrales», para asegurar la consecución de al menos unos niveles esenciales mínimos de los derechos plasmados en los tratados de derechos humanos. La Junta de los jefes ejecutivos del sistema de Naciones Unidas para la coordinación (CEB), sugiere que un piso de protección social debería consistir en dos elementos principales que contribuyera al logro de los derechos humanos respectivos²⁰.

- *Servicios*: acceso geográfico y económico a los servicios esenciales (como el agua y los servicios de saneamiento, la salud y la educación).
- *Transferencias*: un conjunto básico de transferencias sociales esenciales, en metálico y en especie, pagado a los pobres y a los vulnerables para aportar una seguridad mínima de ingresos y un acceso a los servicios esenciales, incluida la asistencia médica.

¹⁸ Véanse los siguientes documentos: Conferencia de Ministros de Trabajo del G8: *Shaping the social dimensions of globalization*, Dresde, 6-8 de mayo de 2007, conclusiones del Presidente; Consejo Económico y Social de las Naciones Unidas (E/2006)/L.8, párrafo 19; Declaración de la OIT sobre la justicia social para una globalización equitativa; Resolución 58.33 de la Asamblea Mundial de la Salud sobre la Financiación sostenible de la salud, cobertura universal y seguro social de enfermedad; Resolución EB 124.R8 del Consejo Ejecutivo de la OMS sobre Atención Primaria de la Salud, incluido el Fortalecimiento de los sistemas de salud, que suscribieron la cobertura universal como uno de los elementos centrales.

¹⁹ Comisión Mundial sobre la Dimensión Social de la Globalización, *Por una globalización justa: crear oportunidades para todos* (OIT, 2004), página 122.

²⁰ Véase la Declaración Universal de Derechos Humanos, párrafos 22, 25 y 26.

En el contexto de su campaña para extender la seguridad social a todos, la OIT ya promueve el componente de transferencia social del piso de protección social²¹ es decir, un conjunto básico y modesto de garantías sociales esenciales logradas a través de transferencias en metálico y en especie que pudieran garantizar un nivel mínimo de seguridad del ingreso y un acceso a la asistencia médica para todos. Este enfoque se reiteró en el Pacto Mundial para el Empleo que la Conferencia Internacional del Trabajo adoptara en junio de 2009. Solicita a los países que aún no tuvieran una seguridad social extensa que instauraran *«una protección social adecuada para todos, sustentada en un régimen básico de protección social»* y pide encarecidamente *«a la comunidad internacional que proporcione asistencia para el desarrollo, con inclusión de un apoyo presupuestario, para construir un régimen básico de protección social en cada país»*.

²¹ Véase OIT (2008e), sección IA, ii).

2. Dónde necesitamos ir – Un marco emergente de las políticas orientadas a una seguridad social adecuada para todos

2.1. Principios para la extensión de la seguridad social

La CIT, reunida en su 89.^a reunión en 2001, celebró una Discusión General sobre la seguridad social. Las conclusiones y las recomendaciones (21 puntos en la lista) contenían una lista detallada de los aspectos técnicos, sociales y políticos que han de tomarse en consideración a la hora de la formulación de un enfoque dirigido al desarrollo de una política y una práctica de la seguridad social, que sean idóneas para la OIT.

La lista de las conclusiones puede dividirse, a grandes rasgos, en cuatro secciones:

- Una lista de los principios básicos, comenzando por la observación de la Declaración de Filadelfia, de «la solemne obligación de la Organización Internacional del Trabajo de fomentar, entre todas las naciones del mundo, programas que permitan... extender las medidas de seguridad social para garantizar ingresos básicos a quienes los necesiten y prestar asistencia médica completa» (puntos 1 a 3 de las Conclusiones).
- Un conjunto de observaciones en cuanto a los principios y a las opciones que deberían informar del desarrollo de regímenes nacionales de seguridad social, comenzando por el precepto de que «no existe un modelo único de seguridad social» (puntos 4 a 6 de las Conclusiones).
- Un conjunto bastante pormenorizado de observaciones sobre la traducción de estos conceptos fundamentales en sistemas prácticos de protección social, en el marco del Trabajo Decente. El punto de arranque es el siguiente «para las personas de edad laboral, la mejor manera de garantizar una seguridad del ingreso es a través del trabajo decente» y conduce a la Conclusión 16, según la cual «en el marco de los principios básicos... cada país debería determinar una estrategia nacional para el trabajo hacia una seguridad social para todos». Los asuntos que se señalan transcurren a través de lo demográfico (incluido el envejecimiento) y lo financiero (incluida la necesidad de sostenibilidad financiera), pero también abarca los aspectos de transversalidad, sobre todo la necesidad de respuesta de género, y el respaldo a los sistemas de protección social del principio de solidaridad (puntos 7 a 16 de las Conclusiones).
- Un perfil del camino a seguir, centrado en la propuesta de una gran campaña de promoción de la extensión de la cobertura de seguridad social, junto con alguna orientación en cuanto a cómo la OIT debería ocuparse de los vínculos necesarios con sus propios mandantes, con la comunidad internacional con los conocimientos especializados pertinentes, y con otros organismos internacionales.

El resto de este capítulo se ocupa, en consecuencia, de la manera en que la OIT procura cumplir con su papel de promoción de la Campaña, como se ve a la luz de las actuales tendencias en relación con la seguridad social. Esto debería considerarse, sin embargo, desde una perspectiva relativa de largo plazo, que apunta a no desviarse, en un grado no mayor que el necesario, del objetivo general de bienestar social mediante consideraciones de más corto plazo, derivadas de, por ejemplo, la crisis financiera global y la recesión económica en curso a principios de 2009.

De la discusión de 2001, así como de la Declaración Universal de Derechos Humanos, el mandato, la Constitución y los instrumentos legales de la OIT, descritos en el capítulo anterior, puede separarse una pequeña serie de principios que representan la base sobre la cual desarrollar la política en curso y la política futura, así como los enfoques estratégicos. Estos pueden exponerse brevemente del modo siguiente:

- universalidad;
- progresividad;
- pluralismo;
- enfoque en los resultados.

Las páginas que siguen apuntan a aportar más explicaciones de la base conceptual de la cual estos cuatro elementos pueden considerarse como principios «centrales».

Universalidad

El acento se pone aquí en la universalidad de acceso — acceso de todos a una protección social eficaz, a través de la seguridad social — y constituye el principio más fundamental de todos en la búsqueda de los objetivos en discusión. Se encuentra claramente en el centro del mandato que apuntala la Campaña.

Así, no está implicado necesariamente que los regímenes deban ser establecidos en todos los países en los que sea universal su aplicación. Es, por supuesto, de suma importancia trabajar en aras de la universalidad de acceso de los individuos a los sistemas formales de protección social en los que esos regímenes se diseñen para alcanzar la más amplia cobertura. La noción de prestación universal, pagadera sin distinción alguna a todos los afiliados con derechos de un régimen, no encaja bien, sin embargo, en el concepto de régimen basado en los derechos, tal vez suavizado en la práctica, cuando los recursos son limitados, por alguna forma de especificación de esos recursos.

Se entiende cada vez más que el otorgamiento de prestaciones de seguridad social tiene la característica de una inversión, tanto en capital social más amplio como en capital humano económicamente productivo. Por consiguiente, la atención puede centrarse en el fortalecimiento de aquellos aspectos de los sistemas de protección social que otorguen prestaciones con las características de inversiones más fuertes. Esto podría incluir: prestaciones por hijos que facilitaran el acceso a la educación, ayudándolos, así, a romper el ciclo de la pobreza; el acceso a la asistencia de la salud como medio para ayudar a las familias a permanecer por encima de la línea de la pobreza, aliviándolas de la carga económica que representa la asistencia médica; y un apoyo al ingreso que evite la pobreza y que cree la seguridad que la gente necesita para correr los riesgos e invertir en su propia capacidad productiva.

Un enfoque específico vigorosamente sugerido por este principio, sin duda en países que no habían podido aún desarrollar unos sistemas extensos de seguridad social formal, es el desarrollo de un «paquete básico» de prestaciones, como se expone en la sección 2.3 más adelante.

Progresividad

Es de utilidad la metáfora de un sistema nacional de seguridad social como un edificio de muchos pisos, no debiendo claramente su desarrollo detenerse en la planta baja. Si bien se sugiere que un país puede querer — dependiendo de la etapa de desarrollo que

hubiese alcanzado hasta el momento – acordar una gran prioridad a la aplicación de un paquete básico de prestaciones, como se describe más adelante, esto representa tan sólo el primer escalón de una *escalera* ascendente, cuyo objetivo sea el de aportar niveles más elevados de seguridad a la mayor cantidad de personas posible, en la medida en que lo vaya permitiendo el desarrollo continuado de la economía nacional y cuando ello tenga lugar.

Es aquí útil reiterar que la universalidad no significa uniformidad. De manera realista, no se puede esperar que (sin ayuda) sociedades con unos niveles relativamente bajos de desarrollo económico puedan alcanzar los mismos niveles de protección social que aquellas con niveles más elevados de desarrollo. La oportunidad de que los sistemas de seguridad social nacionales crezcan debería abrirse a medida que se fuese disponiendo de un espacio fiscal cada vez mayor, a través del desarrollo económico. La necesidad crítica estriba en que los sistemas deberían concebirse de manera tal que, al tiempo que (financieramente) progresivo, fuese racional, es decir, que pudiese atender las necesidades prioritarias en un orden lógico y construirse de modo que permitiese un aumento del nivel de seguridad a medida que fuera avanzando el desarrollo económico. Dentro de un presupuesto general de recursos nacionales, en un determinado estadio del desarrollo, el volumen de las cotizaciones y de los impuestos asignados a las prioridades de la seguridad social deberán determinarse en base a un consenso nacional.

Pluralismo

Son muchas las maneras en las que podría aplicarse un conjunto de garantías básicas de seguridad social, en la línea antes sugerida, como primer paso para una estrategia nacional de seguridad social. Algunos países apuntarán a extender el seguro social y combinarlo con una asistencia social, mientras que otros facilitarán el acceso a la cobertura del seguro social (posiblemente con carácter comunitario) para los pobres, a través de subvenciones, y aún otros podrán establecer unos regímenes universales financiados con cargo a los impuestos. Es virtualmente infinita la gama de opciones que existe en lo que respecta al conjunto de instrumentos financieros, al diseño de derechos a prestaciones y a acumulaciones de las mismas, y a los acuerdos administrativos, incluidos, por ejemplo, los mecanismos orientados a asegurar el cumplimiento de las obligaciones relativas a las cotizaciones y a minimizar la incidencia del riesgo moral. Todo enfoque tiene sus ventajas y sus inconvenientes, y cada uno será determinado por los compromisos pasados y los valores nacionales. El objetivo central está dado, en última instancia, por el hecho de que todas las personas gocen de las garantías básicas.

La experiencia y las evidencias a escala mundial ponen de manifiesto que no existe un único modelo «correcto» para el otorgamiento de seguridad social y protección de la salud, ni un único camino hacia la consecución de la cobertura universal. La protección social evoluciona a lo largo de muchos años, a menudo décadas, a la luz del desarrollo demográfico y económico, y de las preferencias y tradiciones socioculturales. Sin embargo, la manera en que se determina una variedad de parámetros de regímenes con frecuencia interrelacionados, puede ejercer un gran impacto en la eficacia del régimen y en la eficiencia de su administración. Dentro del cuadro global de la diversidad, están bien documentados muchos de los medios dirigidos a la mejora de la eficacia y de la eficiencia de los sistemas vigentes.

Tratándose del principio general, los diversos grupos de interés en un sistema de seguridad social deberían participar juntos en su gobernanza (con representación de los directivos o de los miembros de los consejos de administración). En relación con los acuerdos financieros, tal vez el principio más básico — que es decisivo a la hora de permitir que el consejo de administración ejerza sus responsabilidades de supervisión — es el de mantener un fondo de seguridad social (si engloba a los activos reales) y que rinda

cuentas completas y por separado del presupuesto gubernamental (central). En qué medida los fondos pueden subvencionarse con los recursos obtenidos de los ingresos generales o, a la inversa, cuando las reservas pueden funcionar como una fuente «barata» de fondos para el tesoro, la transparencia de las finanzas es esencial. La OIT ha desarrollado una gama de herramientas necesarias para la gobernanza financiera, a través de la evaluación de esas relaciones financieras y de su sostenibilidad, en un contexto de evolución demográfica y económica futura. Estas herramientas incluyen, por ejemplo, las revisiones estandarizadas de los gastos en protección social y del rendimiento (SPER) y la técnica de presupuesto social.

Enfoque en los resultados

Lo que importa son los resultados de las estrategias nacionales de seguridad social, no las formas y los medios a través de los cuales los países se encaminan a alcanzar esos resultados, que, como se señalara en los párrafos anteriores, pueden y deberían ser tan diversos como las circunstancias de los propios países. Por su naturaleza, la seguridad social es un tema de una cierta complejidad técnica y ha sido durante mucho tiempo una característica del trabajo en torno al tema que los teóricos y prácticos han procurado una comprensión más honda, tanto de esos tecnicismos como de los presuntos «intercambios» entre, por ejemplo, la maximización del bienestar de los beneficiarios y la maximización de la eficiencia económica. Sin embargo, si se adopta una perspectiva más amplia, puede bien llegarse a la opinión de que el resultado final es en la actualidad un grado insuficiente de atención a los objetivos reales del diseño de las políticas y de las prácticas en la protección social. La tesis central de un nuevo enfoque es, por tanto, que el centro y el acento deberían cambiarse adecuadamente en la actualidad para llegar a los resultados, es decir, los pagos y la suficiencia verdaderos de las prestaciones pagadas a aquellos que tienen un derecho o una necesidad de tales prestaciones y, como corresponde, alejado de los mecanismos detallados del diseño del régimen.

A la hora de llevar a cabo el asesoramiento técnico, los servicios de desarrollo de las capacidades en relación con la seguridad social, el enfoque seguido – naturalmente dentro del mandato de la OIT como establece la Constitución y se refleja en los convenios y en las recomendaciones – se dirige, de este modo, a ser esencialmente pragmático, centrándose buscar unos resultados sociales óptimos y no en embarcarse con demasiada profundidad en debates académicos en cuanto a los procesos y a los métodos de llegar a esos resultados.

Una característica del enfoque será la promoción, entre los mandantes de la OIT, de algunos puntos de referencia, haciendo el mejor uso de los instrumentos disponibles en la «caja de herramientas» de la OIT y frente a los cuales medir los progresos.

En línea con el enfoque en los resultados que se describiera antes, las características fundamentales que la OIT procuraría promover y evaluar, a la hora del diseño y de la aplicación de un sistema de seguridad social nacional, puede resumirse de la manera siguiente:

- **Cobertura universal** de la seguridad del ingreso y de los sistemas sanitarios: todos los residentes (permanentes y temporales) de un país deberían tener un acceso equitativo en materia de género a un nivel adecuado de prestaciones básicas que condujera a una seguridad del ingreso y a una asistencia médica global.
- **Prestaciones y protección contra la pobreza como un derecho**: los derechos a prestaciones deberían especificarse de manera precisa, de modo que se representaran los derechos previsibles de los residentes y/o de los cotizantes; las prestaciones deberían proteger eficazmente a las personas de la pobreza; si se basara en las cotizaciones o en unos impuestos específicos, los niveles mínimos de prestaciones deberían estar en consonancia con el Convenio sobre la seguridad social (norma

mínima), 1952 (núm. 102), o con los convenios más recientes que otorgan niveles más elevados de protección, y con el Código Europeo de la Seguridad Social del Consejo de Europa.

- ***Equivalencia actuarial***¹ ***de los niveles de cotizaciones y de prestaciones:*** las prestaciones que han de percibirse de los afiliados al régimen deberían representar tanto una tasa de sustitución mínima de las prestaciones como una tasa de rentabilidad mínima en el caso de regímenes de ahorro, que, a su vez, deben reflejar adecuadamente el nivel general de cotizaciones pagadas; tales niveles mínimos deberían ser efectivamente garantizados, preferentemente por el Estado.
- ***Financiación sólida:*** los regímenes deberían ser financiados de tal manera que se asegurara, en la mayor medida posible, su viabilidad y sostenibilidad financiera a largo plazo, teniéndose en cuenta el mantenimiento de un adecuado espacio fiscal de los sistemas nacionales de seguridad social en general y de los regímenes individuales en particular.
- ***Responsabilidad de la gobernanza:*** el Estado debería seguir siendo el último garante de los derechos de seguridad social, mientras que los financistas/cotizantes y los beneficiarios deberían participar en su gobernanza.

Los párrafos que vienen a continuación se relacionan con las estrategias y los enfoques nacionales para el desarrollo de unos sistemas adecuados, eficaces y eficientes de seguridad social. Pueden extraerse algunas conclusiones en cuanto al papel de la OIT en el apoyo a sus Estados Miembros y a sus mandantes en esta búsqueda, a través del vehículo de la Campaña.

2.2. El paradigma de la política de la «escalera de la seguridad social»

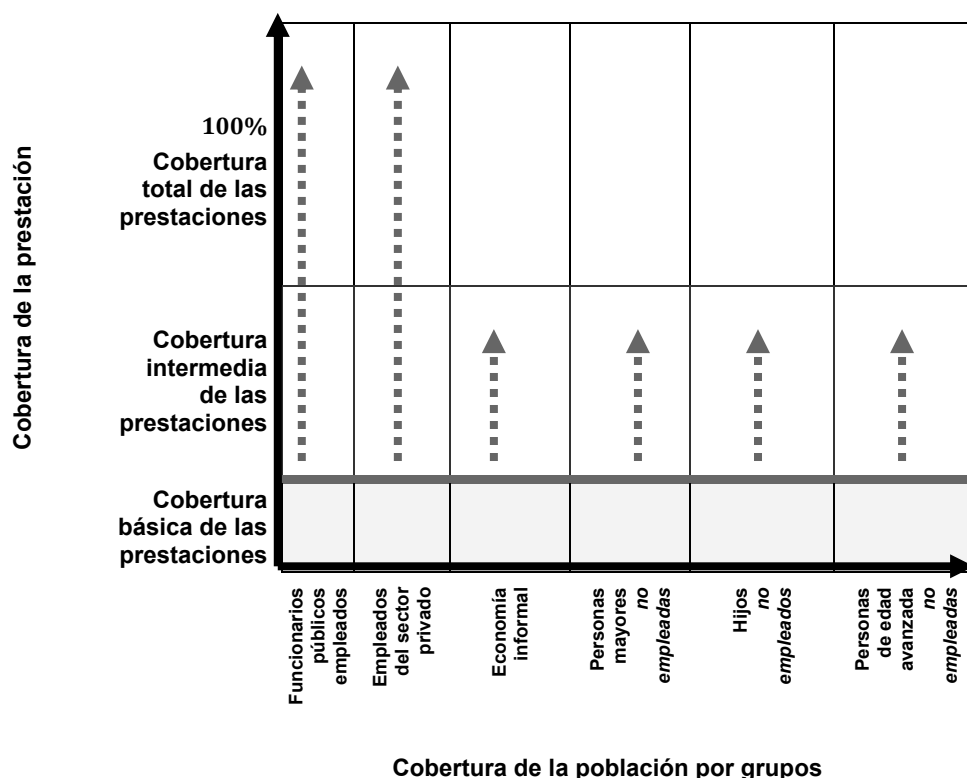
A la luz de las consideraciones formales y «legalistas», y de los principios básicos que subyacen en el enfoque de la OIT antes analizado, puede considerarse que una estrategia conceptual para la campaña de extensión de la cobertura de la seguridad social, tiene dos dimensiones en su naturaleza. Una dimensión comprende la extensión de alguna seguridad del ingreso y de algún acceso a la asistencia de la salud, incluso en un modesto nivel básico, a toda la población. Esta dimensión puede denominarse extensión «horizontal». La segunda dimensión apuntaría a aportar unos niveles más elevados de seguridad del ingreso y de un acceso a una mayor calidad de asistencia médica en un nivel que protegiera el nivel de vida de las personas incluso cuando hicieran frente a contingencias fundamentales de la vida como el desempleo, la enfermedad, la invalidez, la pérdida del sustento de la familia y la vejez. Esta dimensión puede denominarse aspecto «vertical» de la extensión.

El gráfico 2.1 muestra el marco estratégico de una forma esquemática. La dimensión horizontal procura extender un nivel básico de las prestaciones fundamentales al mayor número de grupos de población lo antes posible, al tiempo que la dimensión vertical se

¹ Las expresiones como «equilibrio financiero» (o imparcialidad actuarial) no se definen de una manera universalmente acordada y de hecho atraen alguna controversia, y tal vez no deberían ser tratadas como algo que tiene un significado técnico demasiado preciso. No obstante, si bien es difícil encapsular en una frase concisa, la idea representada aquí, en términos generales se trata de un régimen que es colectivo y de largo plazo. Los afiliados a un régimen de seguridad social, específicamente a un régimen de pensiones, deberían percibir que la base sobre la cual se otorgan las prestaciones refleja justamente su aporte mediante cotizaciones, es en sí misma importante.

encamina a ampliar el alcance de la cobertura, es decir, la gama y el nivel de las prestaciones, hasta un grado que se describe en el Convenio sobre la seguridad social (norma mínima), 1952 (núm. 102), y preferentemente hasta un nivel más elevado, como se define en otros convenios actualizados de la OIT.

Gráfico 2.1. Margen para el aumento de la cobertura a los grupos de la población



La dimensión horizontal

Al margen de lo que sea la multiplicidad y la gravedad de las fuentes de inseguridad y la capacidad de abordarlas, la seguridad social debería asegurar que se subviniera a dos necesidades fundamentales de todos, a saber: el ingreso básico y el acceso a la asistencia de la salud. Al mismo tiempo, el acento puesto en la importancia de la seguridad social no debería ensombrecer el hecho de que existen muchas otras intervenciones disponibles para reducir la inseguridad; tampoco debería socavar la necesidad de fortalecer la relación entre la concesión de la seguridad social y otros aspectos de las acciones públicas.

No es necesario argumentar la importancia que tiene, para todo hogar e individuo, a escala mundial, el contar con (al menos) un ingreso básico. En última instancia, la obtención de un ingreso es, manifiestamente, uno de los centros y una de las motivaciones clave de la vida en la sociedad contemporánea de todas partes. La Recomendación sobre la seguridad de los medios de vida, 1944 (núm. 67), aporta una mayor descripción del objetivo de los regímenes de seguridad del ingreso. Por ejemplo: «*Los regímenes de seguridad de los medios de vida deberían aliviar el estado de necesidad e impedir la miseria, restableciendo, en un nivel razonable, las entradas perdidas a causa de la incapacidad para trabajar (comprendida la vejez), o para obtener trabajo remunerado o a causa de la muerte del jefe de familia*» (párrafo 1).

Lo que constituye un «nivel razonable» es una cuestión abierta. Se aplica igualmente a la definición de seguridad del ingreso básico, así como a lo que constituye la asistencia

médica esencial. Se vincula con las necesidades, por ejemplo, en relación con los servicios de salud y también con las opciones políticas y las discusiones en torno a la asequibilidad en el ámbito nacional. A pesar de la evidente necesidad de una seguridad del ingreso, de un acceso a la asistencia sanitaria y del establecimiento del derecho universal a la seguridad social, la exclusión de la cobertura sigue siendo muy alta en todo el mundo, especialmente en el mundo en desarrollo, situación que se documenta detalladamente en otra parte de este informe.

Sin embargo, en la actualidad la CEB del Sistema de las Naciones Unidas, reforzada por el Pacto Mundial para el Empleo, señaló un nuevo enfoque estratégico en cuanto a la necesidad de una extensión horizontal a través de la promoción de un conjunto de garantías básicas de seguridad social, en el marco de un piso de protección social más amplio. Este concepto, como piedra angular del marco de las políticas, se desarrolla más extensamente en la sección que viene a continuación.

La dimensión vertical

El concepto de piso de protección social representa un enfoque estratégico determinante para el asunto de la extensión «horizontal» de la cobertura de las poblaciones vulnerables y excluidas, especialmente de aquellos que trabajan en la economía informal. Los países con niveles más bajos de desarrollo económico no pueden, a corto plazo, brindar una protección integrada de protección social en los niveles de prestaciones y en la gama de contingencias que se definen en las normas de seguridad social de la OIT.

A medida que los países van alcanzando niveles más elevados de desarrollo económico – y obteniendo un mayor margen de maniobra fiscal –, se espera que se adopten medidas, en el marco de los convenios², para instaurar, de la manera que corresponda, los niveles más elevados de otorgamiento. El objetivo será el de desarrollar un nivel más elevado que simplemente el nivel de planta baja, y con perspectivas más amplias.

Es evidente que los grupos de población con niveles de ingresos más altos que la «línea de la pobreza» procurarán — y tendrán el derecho a — crear medidas de seguridad social para sí mismos que supongan unos niveles significativamente más altos de sustitución del ingreso, en caso de pérdida del ingreso, que aquellos que puedan considerarse adecuados como mera protección contra la pobreza. Los mecanismos orientados a alcanzar tales niveles de sustitución del ingreso o el acceso a una asistencia médica de calidad, están bastante bien desarrollados, yendo del seguro social, a través de sistemas de protección de carácter comunitario y de regímenes de prestación definida financiados con cargo a los impuestos, al seguro privado obligatorio. Los convenios de la OIT estipulan unos niveles de prestaciones mínimos, colaborando, de este modo, a promover una sustitución del ingreso eficaz en los países en los que se hubiesen ratificado. En otros países, aportan un único conjunto de puntos de referencia mínimos aceptados internacionalmente, en el caso de unos niveles de prestaciones respecto de los cuales evaluar el diseño de unos sistemas nacionales de seguridad social.

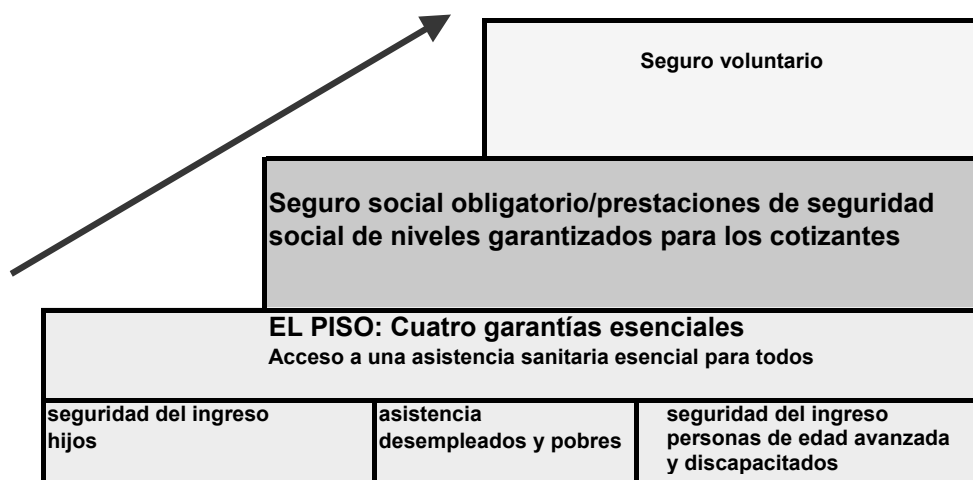
La escalera de la seguridad social

La metáfora que así surge de la extensión de la cobertura de la seguridad social, es la imagen de una escalera de seguridad social. El nivel de piso comprende un conjunto de

² El Convenio sobre la seguridad social (norma mínima), 1952 (núm. 102) y los convenios posteriores que establecen mayores niveles de protección en relación con las diversas contingencias.

garantías básicas para todos. En el caso de las personas con capacidad de pago de impuestos o capacidad contributiva, puede introducirse un segundo nivel de prestaciones como un derecho (definido y protegido en relación con los niveles mínimos establecidos por la ley) y, por último, en el caso de aquellos que necesitan o desean unos niveles elevados de protección, puede organizarse un «piso superior» de acuerdos de seguro privado con carácter voluntario (pero debería ser objeto de regulación y de supervisión pública de la misma manera que todos los regímenes de seguro privados). Esta metáfora es idónea para los países en todas las etapas de desarrollo, aunque el número de personas cuya única protección consiste en unas garantías sociales básicas, es naturalmente mayor en los países con niveles de desarrollo económico más bajos.

Gráfico 2.2. La escalera de la seguridad social



2.3. Un conjunto mínimo de garantías de seguridad social como parte de un piso de protección social

Al señalar los elevados niveles actuales de exclusión, la CIT, en su 89.^a reunión, en 2001, afirmó, en sus conclusiones relativas a la seguridad social, que: «Hay que dar máxima prioridad a las políticas e iniciativas que aporten seguridad social a aquellas personas que no están cubiertas por los sistemas vigentes». Por consiguiente, la Campaña Mundial sobre Seguridad Social y Cobertura para Todos, se lanzó en la 91.^a reunión de la CIT, en 2003, con el objetivo de apoyar esta extensión de la cobertura.

Con el fin de traducir en la práctica el objetivo de concesión de una seguridad del ingreso, incluida la protección económica contra unos gastos por enfermedades muy graves en materia de salud, junto con el acceso a los servicios de asistencia de la salud para todos, al tiempo que se reconocía que los países en desarrollo hacen frente a grandes restricciones financieras, la OIT recomienda que tengan como primer objetivo la instauración de un conjunto básico y modesto de garantías de seguridad social.

En lo que atañe a la seguridad del ingreso, las garantías de seguridad social sugeridas consisten en el otorgamiento de seguridad del ingreso a aquellos que no pueden o que no deberían trabajar: en particular, la protección debería acordarse a los hijos (en combinación con otras políticas que facilitarían su acceso a la salud, a la alimentación y a la educación); a las embarazadas, a las personas de más edad y a las personas con discapacidad. Al mismo tiempo, el apoyo al ingreso debería combinarse con garantías de empleo y/u otras

políticas de mercado laboral a aquellos que pudieran y quisieran trabajar, pero que estuviesen excluidos del acceso a un empleo que les aportase unos ingresos suficientes.

La organización de garantías de seguridad del ingreso para estos grupos particulares de población con necesidades específicas va lejos hacia la consecución del objetivo global³. La aportación de un apoyo al mantenimiento específico de los hijos para los hogares está motivada por la necesidad de asegurar el bienestar de los hijos dependientes. Las personas de edad avanzada y las personas con discapacidad, que están en general incapacitados para ganar lo suficiente o algún ingreso mediante el trabajo, dependen directamente del apoyo al ingreso para una vida digna y, por tal razón, requieren una atención específica. En el caso de la población de edad laboral, la seguridad del ingreso debería impedir la indigencia que proviene de unas oportunidades insuficientes de obtención de unos ingresos o del desempleo. Debería ir de la mano de unas políticas que fomentaran el acceso a un empleo remunerado y a unas actividades remuneradas, en el contexto más amplio de la Agenda del Trabajo Decente⁴. Además, esta segmentación facilita la posibilidad de una aplicación secuencial del conjunto básico de garantías según las prioridades y las capacidades de cada país.

En relación con la asistencia médica, si bien los sistemas de seguridad social deberían otorgar una protección económica contra los gastos por enfermedades muy graves, también es necesario que se preste atención a las necesidades específicas de los diferentes grupos de población (niños, mujeres, personas de edad avanzada, etc.), a la hora de la definición del paquete esencial de prestaciones de asistencia de la salud en el plano nacional, alcanzándose el objetivo último de los requisitos del Convenio sobre la seguridad social (norma mínima), 1952 (núm. 102) y el Convenio sobre asistencia médica y prestaciones monetarias de enfermedad, 1969 (núm. 130) de la OIT.

En resumen, el conjunto básico de garantías promovido por la OIT se encamina a una situación en la cual:

- todos los residentes cuentan con la protección económica necesaria para permitirse y tener acceso a un conjunto de servicios esenciales de asistencia sanitaria definido a escala nacional, en relación con el cual el Estado acepta la responsabilidad general de asegurar la adecuación (habitualmente) plural de la financiación y los sistemas de otorgamiento;
- todos los hijos tienen una seguridad del ingreso, al menos en el nivel de la línea de la pobreza definida en el ámbito nacional, a través de unas prestaciones familiares/por hijos dirigidas a facilitar el acceso a la alimentación, a la educación y a la asistencia;
- todos aquellos que se encuentran en grupos de edad activa y que están incapacitados para obtener unos ingresos suficientes en los mercados laborales, deberían gozar de una mínima seguridad de ingresos, a través de la asistencia social o de unos regímenes de transferencia social (como los regímenes de transferencia de ingresos para las mujeres durante las últimas semanas de embarazo y las primeras semanas posteriores al parto) o mediante unos regímenes de garantía del empleo;

³ Esto se correspondería con la declaración de la CIT de 2001 de que «todos» deberían estar cubiertos.

⁴ Así, la seguridad del ingreso para este grupo está destinada a tener una función de habilitación, que abre oportunidades para el desarrollo de unas formas de autonomía que refuercen su capacidad de hacer frente a los riesgos y de abordar sus necesidades.

-
- todos los residentes de edad avanzada y con discapacidad⁵ tienen una seguridad de ingresos al menos en el nivel de la línea de la pobreza definida en el ámbito nacional, a través de pensiones de vejez y de discapacidad.

El nivel de prestaciones y el alcance de la población cubierta (por ejemplo, la elegibilidad de la edad para las pensiones sociales) para cada garantía debería definirse teniendo en cuenta las condiciones nacionales (espacio fiscal potencial, estructura y tendencias demográficas, distribución del ingreso, extensión y brecha de la pobreza, etc.), los imperativos políticos, las características de los grupos que han de ser cubiertos y los resultados esperados. Empero, en ninguna circunstancia debería caer el nivel de prestaciones por debajo de un mínimo que garantizara el acceso a una cesta básica de alimentos y de otros artículos y servicios esenciales. Las herramientas de modelización pueden ayudar a evaluar los costos y las implicaciones presupuestarias de los diferentes escenarios de las prestaciones. La adopción de decisiones en el ámbito nacional puede ser beneficiosa, a partir de las pruebas de otros países en cuanto a los resultados de iniciativas similares, junto con técnicas de microsimulación.

Si bien el contenido de los paquetes de prestaciones de asistencia de la salud tienen que definirse en el ámbito del país, es importante que se otorguen determinados mínimos, a efectos de alcanzar el objetivo general de protección social de la salud. Se requiere que los paquetes de prestaciones sean diseñados con miras, no sólo a las prioridades genéricas, sino también a la equidad, a la asequibilidad, y a unos pagos acordes con las necesidades, demandas y percepciones de los individuos⁶. Si bien se tiene en mente el principio de universalidad, esta definición debería centrarse, de manera integrada, en los más vulnerables; puede existir una necesidad de intervenciones dirigidas a sectores específicos. En este contexto, es probable que un enfoque «de talla única» sea insuficiente, ineficaz y no contribuya a la consecución de los objetivos generales de la protección social de la salud⁷. Una parte integral de los paquetes de prestaciones debería consistir en la protección económica. Además del acceso efectivo a la asistencia de la salud, con el fin de amparar a los pobres y de evitar la subutilización de los servicios sanitarios⁸. Las cuestiones que definen el acceso eficaz a la asistencia sanitaria se tratan en el capítulo 3.

La lucha contra la exclusión de la seguridad social requiere que las prestaciones se aseguren a través de una garantía social efectiva. En muchos países, tal garantía forma parte de un contrato social, que puede ser implícito o explícito (tal vez, como ocurre con frecuencia en el caso específico del suministro de salud, establecido en las Constituciones

⁵ Esto significa un grado de discapacidad que los excluye de la participación en el mercado laboral.

⁶ Esto implica: *a)* la cobertura de las necesidades de asistencia sanitaria en términos de la estructura y del volumen de la carga de la enfermedad; *b)* la respuesta a las exigencias en términos de calidad y de expectativas; *c)* la definición de las prestaciones en términos de atención primaria, secundaria (y terciaria, si se dispone de ésta) y de asistencia preventiva; *d)* la seguridad del derecho legal a la salud, a la baja por enfermedad y a la licencia de maternidad.

⁷ Debería prestarse atención a abordar las enfermedades crónicas, incluida la asistencia de larga duración, así como a reducir la mortalidad materna, neonatal y de los menores de 5 años. Esta última se encuentra globalmente entre los mayores desafíos de la protección social de la salud. Según el Informe sobre la Salud en el Mundo, de 2005, mueren cada año 11 millones de niños menores de cinco años. Lo mismo es cierto para unas 500.000 madres durante la maternidad. También es necesaria la cobertura de enfermedades desatendidas y el tratamiento de los asuntos relativos a las minorías.

⁸ Esto requiere la reducción de la participación en los gastos, unos gastos directos y otros gastos indirectos como los gastos de transporte y la cobertura de los gastos de salud catastróficos.

nacionales) o adoptar otras formas legales. A pesar de la existencia de esas promesas, puede haber una falta de una garantía explícita y de unos mecanismos eficaces para que la gente ejerza sus derechos. Es muy frecuente que esto deje a muchos miembros de la sociedad excluidos de las prestaciones de seguridad social. Para evitar tales problemas, se propone que el conjunto de prestaciones sea garantizado por el Estado y debería asegurarse a todos los beneficiarios potenciales (a todos los miembros de la sociedad, en el caso del suministro de salud), a través de una financiación sostenible, de una regulación adecuada y de una vigilancia, así como de la posibilidad de apelar cuando falle la garantía.

Resumiendo, el fundamento para la introducción de un conjunto básico de garantías de seguridad social se encuentra en los derechos, pero el nivel y el alcance de las prestaciones en un determinado país, reflejarán la combinación predominante de las necesidades y la capacidad de financiación de las prestaciones. Sin embargo, cualquier discusión sobre las garantías no podrá eludir la cuestión de la asequibilidad. Si bien es importante reconocer la naturaleza política y normativa de la noción de asequibilidad, es también menester reconocer las muy reales y serias restricciones de recursos que afrontan los países en desarrollo, especialmente los países de bajos ingresos. Además, es importante reconocer las restricciones nacionales e institucionales a la capacidad y los aspectos relativos a la gobernanza del otorgamiento de prestaciones de seguridad social. En consecuencia, el conjunto de garantías básicas de seguridad social se formula de tal manera que éste presta atención a la realidad fiscal de los países en desarrollo.

Parte del reconocimiento de la realidad fiscal implica la definición de un nivel adecuado de prestaciones y el establecimiento de prioridades en lo relativo a su modalidad de aplicación. Una estrategia nacional de seguridad social con miras al futuro y el diagnóstico de las necesidades prioritarias, pueden contribuir a secuenciar la aplicación de diversos programas sociales y de instrumentos de políticas, pudiendo esto ser valioso cuando no puede aplicarse enseguida todo el conjunto básico de garantías de seguridad social, previéndose unas prestaciones inmediatas en términos de reducción de la pobreza, de crecimiento a favor de los pobres y de desarrollo social. Tal enfoque puede asegurar que los programas sociales pertinentes y los instrumentos de las políticas se integren en unos marcos de desarrollo más amplios. A medida que los países van alcanzando unos niveles más elevados de desarrollo económico, sus sistemas de seguridad social también pueden avanzar en paralelo, extendiendo el alcance, el nivel y la calidad de las prestaciones y de los servicios suministrados.

2.4. La asequibilidad de la seguridad social

La asequibilidad financiera, fiscal y económica, y la sostenibilidad de los sistemas de protección social han pasado a constituirse – acertada o erróneamente – en una gran preocupación para los países en todos los estadios del desarrollo económico. En las últimas décadas, es mucho lo que se ha hablado y escrito acerca de la sostenibilidad financiera de niveles más elevados de protección, especialmente la necesidad de contención de los gastos en las sociedades que envejecen. No es éste el tema central de este informe, pero, llegados a este punto, unas pocas observaciones están en orden para refutar la noción de que el establecimiento de unos sistemas de transferencia social redistributivos necesariamente sitúa a los países en un camino que va hacia una insostenibilidad a largo plazo.

Por el contrario, se cuenta con unas pruebas que ponen de manifiesto cada vez más que:

- puede otorgarse algún nivel de seguridad social en los estadios iniciales del desarrollo nacional, y
- los sistemas de seguridad social siguen siendo asumibles aun cuando las economías maduren y las poblaciones envejezcan.

De ahí que, en pocas palabras, la inversión nacional en la escalera de la seguridad social pueda justificarse, esté o no desarrollado ya el sistema de seguridad social, reconociéndose que las economías maduran y las poblaciones envejecen. Establecido esto, la sección que viene a continuación vuelve a las cuestiones relativas a la asequibilidad de la seguridad social, principalmente (pero no sólo) en los países más pobres.

2.4.1. La asequibilidad de los sistemas de seguridad social maduros

Se cuestiona a menudo la sostenibilidad de unos sistemas relativamente amplios de seguridad social en estadios más tardíos del proceso de desarrollo económico, habitualmente en el contexto de los países europeos que afrontan unos aumentos espectaculares de su tasa de dependencia de la vejez. Se espera que en 2050 haya en la Unión Europea, dos personas de edad laboral por cada ciudadano de edad avanzada, frente al ratio actual de cuatro a uno.

El envejecimiento forzará una subida de los gastos en pensiones y en asistencia médica en las décadas venideras. Sin embargo, dadas las medidas de consolidación de los gastos que han venido adoptando muchos países en los dos últimos decenios, éstas requieren que no se plantee una gran amenaza al equilibrio financiero de los sistemas nacionales de protección social y/o el equilibrio fiscal de los presupuestos de los gobiernos. Aun cuando, en el peor de los casos, el reto demográfico no se encuentre bien gestionado, los efectos en la sostenibilidad de los sistemas de transferencias sociales nacionales, incluso en países con unos sistemas altamente desarrollados, pueden ser menos drásticos de lo que suele suponerse. El último vaticinio disponible de la Comisión de Política Económica de la Unión Europea en torno al costo combinado de las prestaciones de seguridad social más importantes como consecuencia del envejecimiento de las poblaciones, se muestra en el cuadro 2.1.

Cuadro 2.1. Aumentos esperados del gasto social de la Unión Europea, 2007-2060

Nivel en	2007 (por ciento del PIB)	2035	2060
		(Cambio a partir de 2007 en puntos porcentuales)	
Pensiones	10,6	+1,7	+2,4
Asistencia médica	6,7	+1,0	+1,5
Asistencia de larga duración	1,2	+0,6	+1,1
Prestaciones de desempleo	0,8	-0,2	-0,2
Educación	4,3	-0,3	-0,2
Total	23,6	+2,8	+4,6

Fuente: Comisión Europea: Informe sobre el envejecimiento, de 2009; Proyecciones económicas y presupuestarias para los 27 Estados miembros de la UE (2008-2060); ECONOMÍA EUROPEA 2/2009; cuadro 1.

El cuadro viene a indicar que el esperado aumento promedio del gasto social nacional será menor de cinco puntos porcentuales del PIB en las próximas cinco décadas, lo cual es sustancial, pero no incontrolable. Sin embargo, existen diferencias significativas entre los países, que tienen menos que ver con el propio proceso de envejecimiento que con las características específicas de los programas, incluidas su financiación, su elegibilidad y su generosidad de prestaciones. Las proyecciones tienen en cuenta los efectos esperados de las reformas de la seguridad social ya legisladas y aplicadas (incluidas las nuevas fórmulas de las prestaciones y el aumento de la edad de jubilación), así como el incremento esperado de la participación en la fuerza del trabajo y de las tasas de empleo.

Los programas de seguridad social de la UE y de los países de la OCDE se han revelado eficaces en su principal objetivo: contraer la desigualdad del ingreso y reducir la pobreza. En general, cuanto más elevado es el gasto social, más bajo es el índice de la pobreza. La desigualdad en el ingreso en los países escandinavos de la UE y en los Países

Bajos (con un gasto social elevado y unos coeficientes Gini que oscilan entre 0,225 y 0,261), es mucho menor que en otros países con niveles más bajos de gasto social, especialmente los países «anglosajones» del Reino Unido, Irlanda y los Estados Unidos (donde los coeficientes Gini se sitúan bien por encima de 0,3). Todos estos países tienen unas altas tasas de participación en la fuerza del trabajo, de ahí que esas diferencias no se originen de diferencias en la proporción de la población económicamente activa. El porcentaje de niños que crecen en hogares pobres se encuentra en torno al 3 por ciento en los países nórdicos, en comparación con unas cifras del 16 por ciento de Irlanda y del Reino Unido, y del 22 por ciento, de los Estados Unidos. El porcentaje de las personas de edad avanzada que viven por debajo de la línea de pobreza en los Países Bajos, es del 1,6 por ciento, mientras que en Irlanda, se sitúa en el 35,5 por ciento⁹. Cuando estas cifras se comparan con los recursos que esos países gastan en transferencias sociales — un promedio del 24 por ciento en los países escandinavos más los Países Bajos, frente a un promedio del 17 por ciento en los tres países anglosajones¹⁰ — puede concluirse que, si bien los resultados no son necesariamente uniformes en los países, la protección social, si está suficientemente dotada de recursos, es eficaz en su principal objetivo de reducción de la desigualdad del ingreso y de la pobreza. La investigación de la OCDE ha demostrado que, de hecho, la relación entre los índices de pobreza de las personas que no son de edad avanzada y la participación (monetaria) en el gasto en transferencias sociales del PIB es estadísticamente significativa¹¹.

Las cifras anteriores también ayudan a rebatir los argumentos de que unos niveles elevados de gasto social son inasumibles a la luz de la competencia global. Desde una perspectiva histórica y mundial, puede demostrarse que aquellos países más exitosos en el logro de un crecimiento sostenible a largo plazo y de una reducción de la pobreza, habían establecido unos sistemas extensos de seguridad social. Al mismo tiempo, todos tenían unas economías abiertas. Si bien no tenemos conocimiento hasta la fecha, con pruebas contundentes, datos que demuestren un vínculo *causal* entre la seguridad social y un rendimiento económico positivo, lo que sí se sabe es que los dos coexisten en todos los países exitosos. Los países de la OCDE han adoptado la decisión de invertir mucho en la seguridad social — generalmente, más del 20 por ciento del PIB — como parte de sus estrategias de crecimiento a largo plazo y de reducción de la pobreza. Y, lo que es tal vez más importante, comenzaron a hacerlo cuando se encontraban en una situación de pobreza. Todos esos países se embarcaron, en algún estadio, en estrategias que se revelaron exitosas, promoviéndose el crecimiento y la equidad.

Sin embargo, su historia reciente ha venido también a demostrar que sólo un elevado gasto social no es una condición suficiente para el éxito en términos de reducción de la pobreza, y de las desigualdades, y de apoyo al crecimiento económico. La observación muestra, empero, que una condición necesaria para el éxito es, en términos generales, una buena gobernanza. Entre otras cosas, debería evitarse una dependencia injustificada de las

⁹ Estas cifras proceden de la base de datos Indicadores Sociales de la OCDE. Smeeding (2006) aporta unas cifras de la base de datos de Estudios de los Ingresos de Luxemburgo. Estas cifras apuntan a las diferencias de similar magnitud entre esos países.

¹⁰ Adema y Ladaique (2005). Las cifras representan el gasto social público neto directo. Además de los regímenes públicos, algunos países operan unos regímenes privados de seguro social. Tal es el caso, por ejemplo, de los países anglosajones y de los Países Bajos. Las diferencias entre los países en términos de su gasto social total son, por tanto, menores de lo que sugieren las cifras públicas. Sin embargo, de las cifras que figuran en la lista en el texto principal que representa el impacto macrosocial (en términos de reducción de la pobreza), pareciera desprenderse que esos regímenes privados no alcanzan los objetivos como hacen los regímenes públicos.

¹¹ Smeeding (2006), con $R = 0,6099$.

transferencias, pero una buena gobernanza también implica que un gasto social no sólo se asigna sensatamente y está contenido en un repunte de la economía, sino que también es asignado para su expansión en tiempos de crisis económica y social.

En tiempos de crisis económica nacional y global, los sistemas de seguridad social actúan como estabilizadores sociales y económicos combinados. El otorgamiento de prestaciones de protección social pagadas a los trabajadores desempleados y a otros receptores vulnerables, no sólo ayuda a impedir que los individuos y sus familias caigan en una pobreza profunda, sino que también limitan la caída en una demanda agregada, limitándose, así, la potencial hondura de la recesión y la apertura del camino a la recuperación. Es de suma importancia que en muchos países en los que existen prestaciones de desempleo y otros programas de seguridad social y de apoyo al ingreso se incluya, como parte del respectivo paquete de estímulo económico, el fortalecimiento de las mismas a través de la ampliación de las condiciones de elegibilidad, del aumento de la cuantía de las prestaciones o del incremento de sus asignaciones presupuestarias.

Sin embargo, los sistemas de seguridad social afrontan en la actualidad el inevitable dilema de que, en tiempos en los que están más necesitados de recibir un apoyo al ingreso, experimentan el nivel más bajo de ingresos. Esto puede requerir un gasto anticíclico bastante grande por parte de los gobiernos, junto con el hecho de permitir el agotamiento de las reservas de la seguridad social. Para abordar una crisis anterior, en 1935, el Gobierno de los Estados Unidos introdujo las pensiones y las prestaciones de desempleo como parte de las políticas del *New Deal*. Nuevamente, en septiembre de 2008, el Congreso de los Estados Unidos adoptaba una extensión de las prestaciones de desempleo como parte de un paquete de estímulo económico más amplio para promover la creación y la preservación de los puestos de trabajo, las inversiones en infraestructuras y el suministro de asistencia económica y energética. Del mismo modo, una mayor asignación a los diferentes programas de seguridad social representa una parte importante del Plan de Recuperación Económico Europeo. Al recomendar el estímulo de la demanda en el corto plazo, este documento manifiesta que:

Es probable que las medidas que pueden introducirse rápidamente y dirigirse específicamente a los hogares que han sido golpeados duramente por la desaceleración, aviven casi directamente el consumo, por ejemplo, unas mayores transferencias temporales a los desempleados o a los hogares de bajos ingresos, o un alargamiento de la duración de la prestación de desempleo¹².

Está claro que los regímenes de seguridad social y de asistencia social representan importantes instrumentos que han de utilizar los gobiernos de los países de la OCDE para contener la caída social de tal crisis.

Además, una de las conclusiones del consenso que siguió a la crisis financiera asiática a finales del decenio de 1990, fue que, con programas establecidos de apoyo al ingreso, el impacto de la crisis hubiese sido mucho menos perjudicial. No obstante, si bien algunos países, como la República de Corea, aceleraron la aplicación de su régimen de seguro de desempleo para los trabajadores de la economía formal y reforzaron su cobertura de seguridad social en general (una estrategia seguida más tarde por Tailandia), la mayoría de las poblaciones del mundo aún carecen de algún acceso a la seguridad social.

Con todo, en algunos países industrializados, se requiere el desarrollo de unas políticas que aseguren el espacio fiscal necesario para las transferencias sociales, especialmente cuando hacen frente a unas presiones presupuestarias intensificadas, debido

¹² Comisión Europea. Comunicación de la Comisión al Consejo Europeo: Un Plan Europeo de Recuperación Económica (Bruselas, 2008), página 8.

a la necesidad de financiación de enormes paquetes de estímulo. Ya existen signos de que el gasto social tendrá que irse ajustando, en el futuro, a medida que los países vayan necesitando financiar los niveles de deuda asociados con la crisis.

2.4.2. La asequibilidad de los sistemas básicos

A pesar de sus potenciales efectos positivos en la estabilización social y económica, las inversiones en seguridad social no se han percibido como una parte significativa de las estrategias de desarrollo en los países de bajos ingresos, aun cuando muchos de esos países habían experimentado una crisis social muy duradera antes del inicio del actual declive económico global. Al parecer, la mayoría de los gobiernos han asumido simplemente que las transferencias sociales constituyen un peso demasiado grande para las economías en desarrollo y que pondrían en peligro el crecimiento. Sin embargo, son abrumadores los argumentos económicos a favor de la disponibilidad de recursos para las inversiones en seguridad social. Es digno de desatacar que el Banco Mundial saca a colación el tema, en su Informe sobre el Desarrollo Mundial, 2005, afirmando que la pobreza es un riesgo para la seguridad y carecer de seguridad es un obstáculo para un clima favorable a las inversiones. Más allá de este argumento, la productividad es una característica de las personas que gozan de un nivel mínimo de seguridad material, pudiendo así permitirse correr riesgos empresariales aquellos que gozan de salud y no pasan hambre y aquellos con al menos un nivel razonable de escolaridad. Sin unos regímenes de transferencia social básicos que fomenten la salud, sin unos niveles adecuados de alimentación y sin una estabilidad social, un país no puede simplemente desbloquear su pleno potencial productivo.

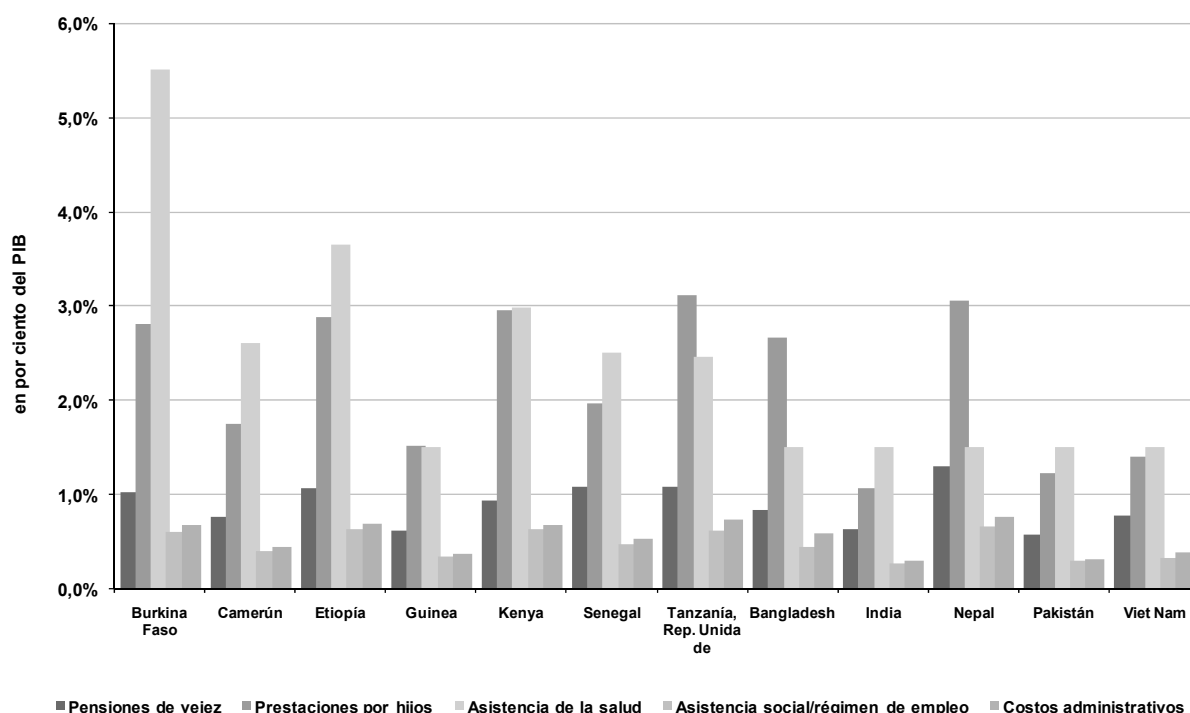
La cuantía de los recursos públicos asignados a la seguridad social es de verdad importante respecto de los niveles de cobertura real y de los resultados sociales. Un claro ejemplo procede de la asistencia sanitaria. Puede demostrarse que, en base a las estadísticas de las tasas de mortalidad de diferentes países, existe una correlación estadísticamente significativa entre el ratio asumido por los gastos directos respecto de los gastos de salud pública y diversos indicadores de mortalidad (tasa de mortalidad adulta, tasa de mortalidad infantil y esperanza de vida saludable). Si el gasto directo no se corresponden con un gasto de salud pública aún más grande (es decir, el gasto de los presupuestos gubernamentales y los regímenes de seguridad social), puede esperarse una tasa de mortalidad más elevada y una tasa de esperanza de vida saludable reducida de la población. Lo mismo se aplica a las inversiones en prestaciones en metálico que garanticen la seguridad del ingreso en la vejez, discapacidad, desempleo, etc. No existe una fuerte correlación entre cuántos países invierten en prestaciones de seguridad social y la pobreza u otros indicadores sociales.

La suposición aún persiste tenazmente, a pesar de la continua falta de alguna prueba que no sea la creencia de que la misma representa el «sentido común», y efectivamente ante las evidencias en sentido contrario, como se describiera antes, de que los países con niveles más bajos de desarrollo económico deben seguir sin poder aplicar unas medidas progresivas de seguridad social. Muchos planificadores del desarrollo supusieron simplemente que en esos países es insuficiente el espacio fiscal para financiar las prestaciones de seguridad social, de ahí que no sea asumible para ellos la seguridad social. Que se trata de una suposición, y de una suposición errónea, surge con más claridad a medida que se va contando con pruebas de que es asumible un mínimo paquete de seguridad social, incluso en los países más pobres, como pone de manifiesto un reciente trabajo de la OIT sobre los costos de un paquete mínimo de seguridad social en el África subsahariana y en Asia.

La OIT ha emprendido recientemente dos estudios sobre los costos (véase: OIT, 2008c): uno en África y otro en Asia, que aportan una primera estimación de los costos de

un hipotético paquete básico de protección social en países de bajos ingresos, en la actualidad y en las décadas venideras. El paquete indicativo incluía, junto a prestaciones básicas por hijos, el acceso universal a una asistencia médica esencial y a una asistencia social en un régimen de empleo de 100 días para aquellos pobres que se encontraban en la franja de edad laboral activa y también una pensión universal básica de vejez y de discapacidad ¹³. Los estudios muestran que el costo bruto inicial anual del paquete general de protección social básico (excluido el acceso a la asistencia sanitaria básica que, en cierta medida, ya está financiado) se proyecta que se encuentre en el rango del 2,2 al 5,7 por ciento del PIB en 2010. Los elementos individuales parecen ser aún más asumibles (véase el gráfico 2.3).

Gráfico 2.3. Costos de los componentes de un paquete de protección social básico como porcentaje del PIB para países seleccionados de África y Asia, 2010



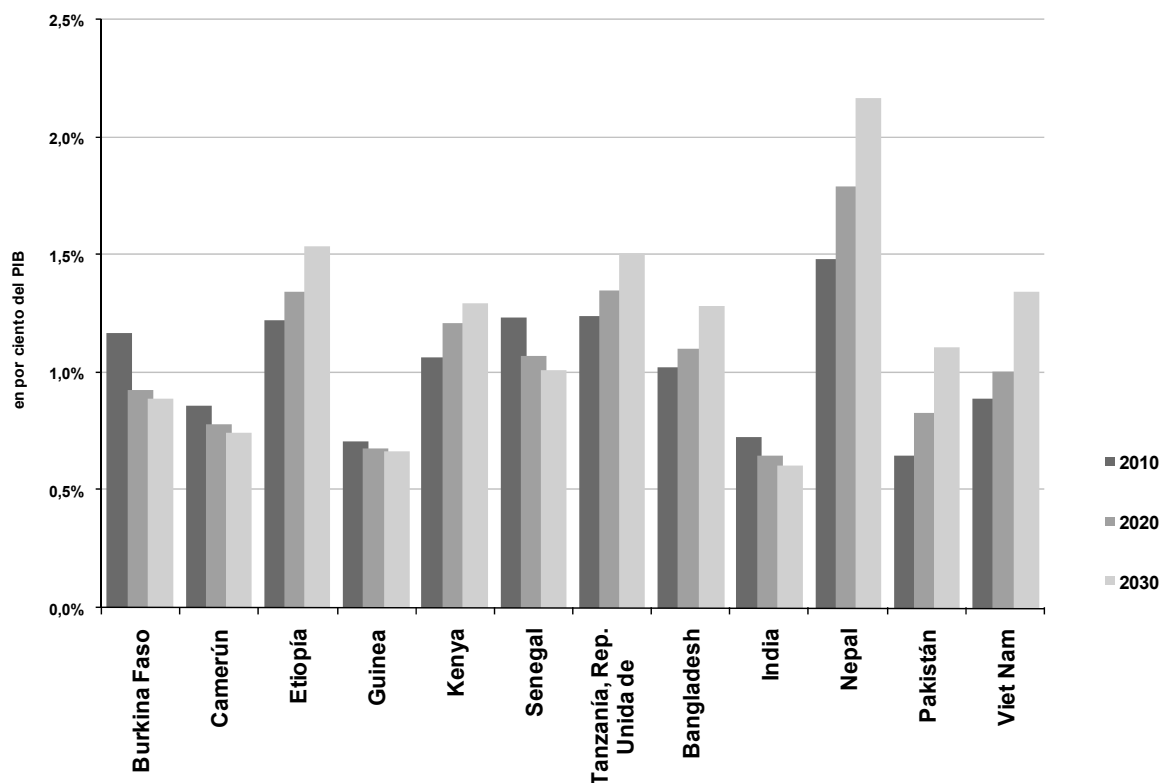
Fuente: OIT.

Se estima que el costo anual de otorgamiento de una pensión universal básica de vejez y de discapacidad, se situará en 2010 entre el 0,6 y el 1,5 por ciento del PIB anual en los países considerados. Los costos proyectados para 2010 siguen encontrándose en el 1,0 por ciento del PIB o por debajo de esta cifra, en seis de los 12 países, si bien Burkina Faso, Etiopía, Kenya, Nepal, Senegal y la República Unida de Tanzania tienen unos costos que

¹³ Se supuso que la pensión simulada universal de vejez y de discapacidad se fijaría en el 30 por ciento del PIB *per cápita*, con un máximo de 1 dólar de los Estados Unidos (PPP) al día (aumentado en línea con la inflación) y se pagaría a todos los hombres y mujeres a partir de los 65 años, y a las personas con discapacidades graves en edad laboral (el ratio de elegibilidad se supuso en el 1 por ciento de la población en edad laboral, lo que refleja una estimación muy conservadora de la tasa de discapacidad). La cuantía de las prestaciones por hijo se fijó en la mitad de la cuantía de las pensiones. Los costos de acceso universal a la asistencia sanitaria esencial se calculó en base a un ratio de la fuerza del trabajo de la salud de 300 profesionales sanitarios para una población de 100.000 personas.

se sitúan entre el 1,1 por ciento y el 1,5 por ciento del PIB. Como muestra el gráfico 2.4, el costo de tales pensiones se incrementaría sólo moderadamente en el año 2030, a pesar del proceso de envejecimiento.

Gráfico 2.4. Costos de las pensiones universales básicas de vejez y discapacidad como por ciento del PIB para los países seleccionados de África y Asia (años seleccionados)

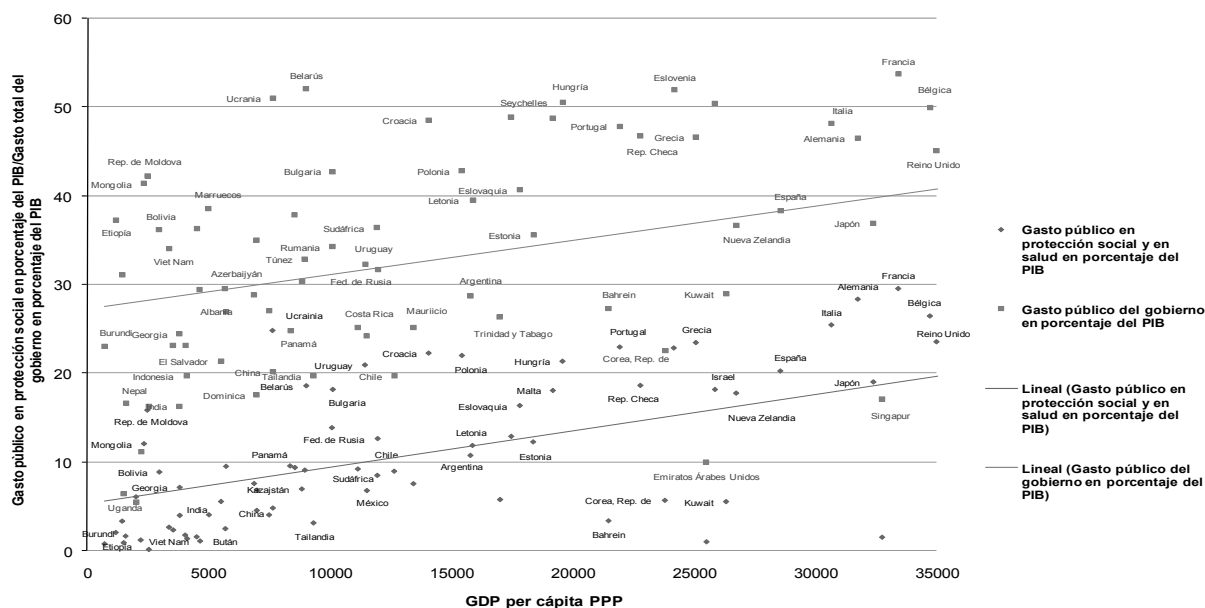


Fuente: OIT.

Un paquete de protección social básico parece ser asumible, pero en la mayoría de los casos con la condición de que se aplique progresivamente. En algunos casos, puede requerir un esfuerzo conjunto entre los países de bajos ingresos y la comunidad internacional de donantes durante el período de transición. Los países de bajos ingresos pueden encontrarse en condiciones de reasignar sus recursos existentes, por ejemplo, incrementando progresivamente el gasto en protección social al 20 por ciento del gasto gubernamental total.

Evidentemente, existen algunos casos en los que el espacio fiscal para las transferencias sociales no puede extenderse fácilmente en el muy corto plazo. Cada caso tiene que analizarse detalladamente. Sin embargo, el gráfico 2.5 muestra que el «espacio de las políticas» para las maniobras financieras puede ser más amplio de lo que a menudo se supone. La figura asocia el gasto público nacional y el gasto público en protección social y salud (según la definición del FMI) como una participación en el porcentaje del PIB frente al PIB *per cápita*, arrojando como resultado dos líneas casi paralelas de regresión. Está claro que, en principio, ambos tipos de gastos aumentan a medida que se va elevando el PIB *per cápita*. Sin embargo, más interesante que las propias líneas de regresión es la nube circundante de niveles de gastos. Esto viene a indicar que, en niveles similares del PIB *per cápita*, los países se encuentran en condiciones de ejercer un grado sustancial de discreción en relación con el nivel del gasto público general y, dentro de esa asignación, en relación con la participación de los recursos públicos asignados al gasto social.

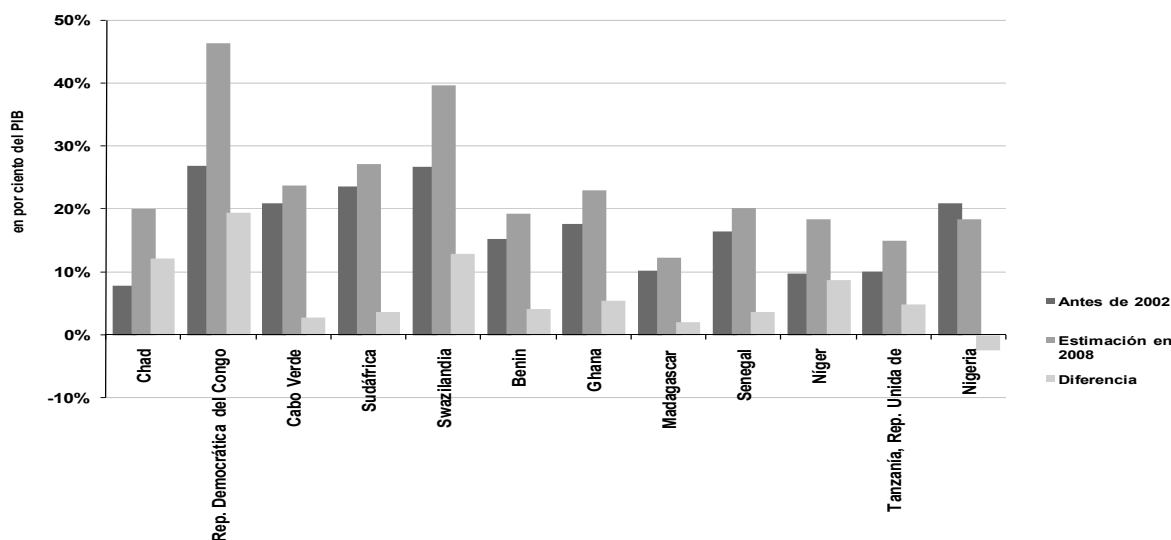
Gráfico 2.5. Gasto público total y gasto social en diferentes niveles del PIB *per cápita* (para el último año disponible)



Fuente: Government Finance Statistics del FMI (varios años); UNDATA base de datos (varios años).

Concluimos que las decisiones en materia de políticas de financiación de los sistemas de seguridad social y de las negociaciones que procuran un consenso fiscal entre los diferentes grupos de interés de la cartera de valores del gasto público, se adoptan de manera específica en cada país. Debería señalarse en este contexto que los ingresos nacionales, sólo en África se incrementaron de 2002 a 2007 (es decir, en el período posterior a Monterrey) en aproximadamente 230.000 millones de dólares de los Estados Unidos. Sólo en el África subsahariana, la participación de los ingresos públicos nacionales en el PIB aumentaron en 4 puntos porcentuales entre 2002 y 2007 (véase el gráfico 2.6). Dado el nivel suficiente de prioridad de las políticas, la introducción por etapas de un paquete de prestaciones de seguridad social modestas, tal vez a lo largo de una década, con un costo neto que ronde el 4 por ciento del PIB, no parece ser poco realista.

Gráfico 2.6. Aumento de los recursos públicos nacionales en países seleccionados de África



Fuente: OCDE: *Development Finance in Africa – From Monterrey to Doha*, París, 2007.

Los resultados de la microsimulación de la OIT en la República Unida de Tanzania y Senegal ponen de manifiesto que la introducción de unas prestaciones básicas en metálico para la vejez pueden ejercer un impacto significativo en la reducción de la pobreza. Gassman y Behrendt (2006) llevaron a cabo simulaciones para estimar el costo de las pensiones de vejez y de discapacidad en unos niveles fijados en el 70 por ciento de la línea de la pobreza alimentaria por persona con derecho. En base a esto, demostraron que en la República Unida de Tanzania una pensión universal de vejez recortaría las tasas de pobreza en el 9 por ciento, con un efecto considerablemente más intenso (36 por ciento) en el caso de los hombres y de las mujeres de más edad, y en el 24 por ciento, en el caso de las personas que viven en hogares con miembros de edad avanzada en la familia. De igual modo, en el caso de Senegal, se espera que las pensiones de vejez y de discapacidad tengan un efecto más pronunciado en las personas de más edad, especialmente en las mujeres mayores y en los miembros de su familia.

Aún más convincente que los ejercicios teóricos es la experiencia de la vida real. Existe un número creciente de evidencias en el mundo en desarrollo, según las cuales se están revelando asumibles algunos componentes de paquetes de seguridad social básicos que se aplican en la actualidad. Existen muchas maneras de alcanzar alguna cobertura de seguridad social asumible en el contexto de un país en desarrollo como primer paso para una estrategia nacional de desarrollo de la seguridad social. Si bien algunos países apuntan a extender el seguro social y a combinarlo con la asistencia social, otros subvencionan la cobertura del seguro social para los pobres, con el fin de permitirles que gocen de la participación en los regímenes generales, al tiempo que otros procuran establecer unos regímenes universales o condicionados financiados con cargo a los impuestos, también llamados regímenes de transferencia social. Cada enfoque tiene sus ventajas y sus problemas y cada uno estará «determinado por decisiones adoptadas con anterioridad». En otras palabras, será dependiente de la evolución pasada y de los valores nacionales.

Los avances más espectaculares producidos en la cobertura de la seguridad social en el mundo se alcanzan en la actualidad con los regímenes de transferencia social. Unos 30 países ya establecen con éxito los elementos de unos paquetes mínimos de seguridad social, a través de programas de transferencia social. Por ejemplo, en Brasil esto se hace a través del programa «Bolsa Família»; en México, a través del programa «Oportunidades»; y en Sudáfrica, Namibia y Nepal, a través de unos sistemas básicos de pensiones financiados con cargo a los impuestos (véase asimismo el suplemento B). El programa «Bolsa Família» está considerado como el régimen de transferencia social más grande del mundo, cubriendo en la actualidad a alrededor de 46 millones de personas a un costo cercano al 0,4 por ciento del PIB. Sudáfrica también ha extendido sustancialmente la cobertura de su sistema de subvenciones por hijo en más de 4 millones de beneficiarios a lo largo de la última década. En la India, el régimen de garantía de empleo rural de 100 días (NREGS) se ha extendido a toda la nación, y una nueva ley amplía la cobertura básica de seguridad social a alrededor de 300 millones de personas que hasta el momento no estaban cubiertas. Ahora bien, países aún mucho más pobres aplican hoy en día regímenes de transferencias en metálico (o una prestación universal). Nepal extiende actualmente el alcance de su régimen universal de pensiones, apuntando a descender la edad de jubilación a su debido tiempo, de los 75 a los 65 años.

Las evidencias son indicativas de que en casi todas partes puede hacerse algo.

La seguridad social representa una inversión en una «infraestructura humana» de un país no menos importante que su infraestructura física. En una etapa temprana del desarrollo económico, la prioridad es, por supuesto, la instauración de un nivel básico de infraestructura. Las pruebas aquí citadas apuntan a su asequibilidad esencialmente para todos los países. Si bien este mensaje se encuentra en el centro del informe, es importante tener en cuenta que, en una etapa posterior, el nivel básico puede y debería aumentarse, brindando el enfoque de la seguridad social de larga data de la OIT el marco para su

concreción. En este sentido, las secciones que figuran más adelante en este capítulo y el presente informe indican la dirección pertinente.

De este modo, las evidencias que van surgiendo ponen de manifiesto que la pregunta: «¿Es la seguridad social asumible en todas partes?», puede responderse así: «Los países no pueden sencillamente permitirse no hacer esta inversión».

2.5. Desafíos estratégicos

La aplicación del concepto estratégico de una escalera de seguridad social debe abordar algunos desafíos fundamentales. Los más importantes son los siguientes.

Combinación de una protección eficaz con una flexibilidad organizativa

El concepto de «garantías sociales» genera una flexibilidad organizativa mientras protege el resultado final de los derechos básicos de los que todos deberían gozar, reconociéndose implícitamente que no existe ningún enfoque «de talla única» para la organización de los derechos a unos niveles básicos o más elevados de seguridad social.

Ya hemos señalado que existen muchas maneras de alcanzar este conjunto de garantías básicas de seguridad social como primer paso para una estrategia nacional de desarrollo de la seguridad social, ya sea a través de la extensión del seguro social en combinación con la asistencia social, a través de una participación subsidiada de la cobertura del seguro social para quienes se encuentran en situación de pobreza o a través de unos regímenes universales financiados con cargo a los impuestos. Otros países comenzarán con unos regímenes subvencionados basados en la comunidad que apuntan a ampliar su alcance al sector informal. Cada enfoque tendrá sus ventajas y sus problemas, y muchos países persiguen estrategias mixtas, destacando el carácter específico del país y «determinado por decisiones adoptadas con anterioridad» de desarrollo que refleja la experiencia del pasado y los valores nacionales.

Lo que importa en última instancia es que todas las personas tengan acceso a un nivel básico de prestaciones de seguridad social, ya se organicen éstas en base a la asistencia social, o tengan objetivos específicos de tipo condicionado, ya se organicen como prestaciones universales financiadas con cargo a los impuestos o como prestaciones de derechos contractuales basados en el pago de cotizaciones. La noción de garantía de acceso a prestaciones de seguridad social es, por tanto, un concepto general que engloba a las transferencias de ingresos en metálico y en especie que se pagan en base a la asistencia social o a los principios de seguridad social. En este marco, puede percibirse que las innumerables cuestiones de orden técnico representan un nivel secundario de consideración, siendo el resultado de las estrategias nacionales de seguridad social lo que importa primordialmente, y no las modalidades y los medios que escogen los países para organizar los resultados. Lo que tendrán en común todos los enfoques es el papel central del Estado. Todas las garantías básicas requerirán una financiación de los gobiernos o al menos una cofinanciación sustancial. Esto se justifica, dado que la protección de la gente contra la pobreza constituye claramente una obligación de todas las sociedades.

Alcanzar una arquitectura coherente de los sistemas de seguridad social nacionales

Un nuevo desafío estratégico es alcanzar un sistema de seguridad social interactivo coherente que comprenda algunos niveles, pilares y subsistemas que alcancen una cobertura universal de la población, que reduzcan la pobreza y la inseguridad con eficacia y que aseguren la eficiencia, evitándose la superposición de múltiples derechos y de incentivos adversos que generen una sobreutilización y unos niveles excesivos de dependencia.

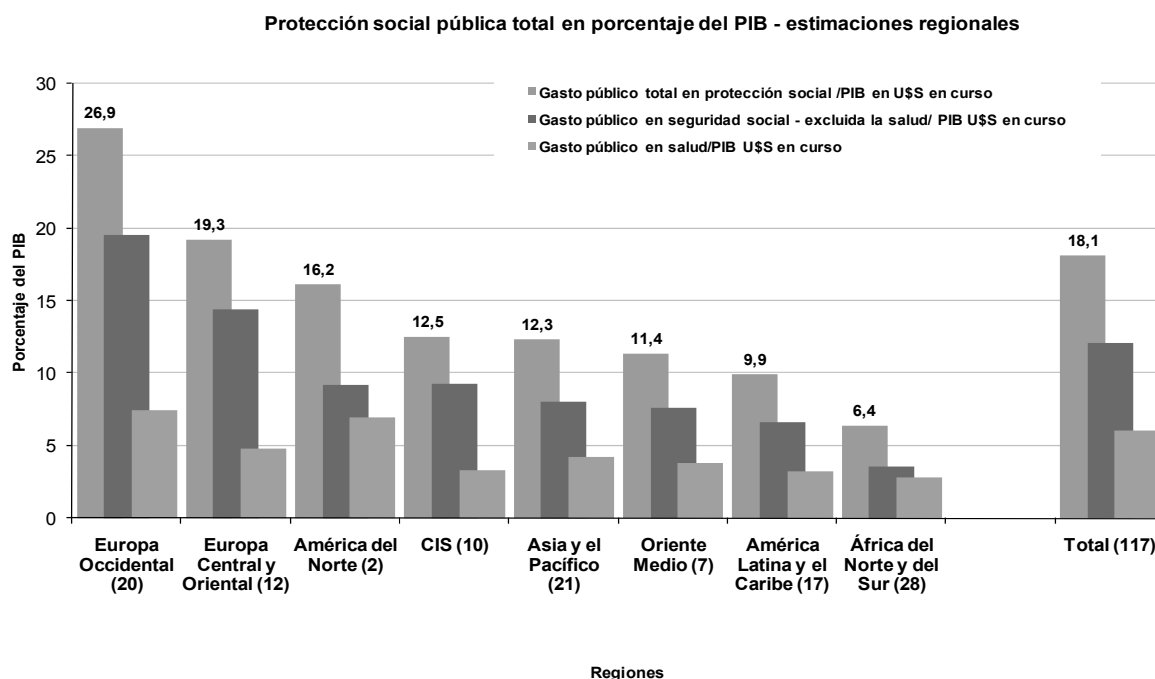
En el contexto de este marco estratégico, la primera pregunta que tiene que formularse es la siguiente: ¿son los regímenes de garantía básica compatibles con unos sistemas de prestaciones de nivel más elevado como los regímenes del seguro social y pueden estos regímenes combinarse eficaz y eficientemente? En principio, la respuesta es «sí». Se cuenta con décadas de experiencia en la combinación de regímenes de prestaciones universales con sistemas de prestaciones de nivel más alto y basados en el seguro. Pueden encontrarse ejemplos en todo el mundo de muchos sistemas de financiación de las pensiones y de la asistencia sanitaria.

Sin embargo, no es necesariamente fácil garantizar la eficiencia y la coherencia. Por ejemplo, el diseño ha de tener en cuenta que los incentivos generados en un subsistema podrían conducir a ineficiencias en otro. La concesión de una pensión de asistencia social con verificación de medios o de ingresos, por ejemplo, puede fácilmente reducir los incentivos para contribuir a un régimen de pensiones del seguro social para un grupo extenso de trabajadores de bajos ingresos. Una pensión de tasa fija universal que atendiera a todos evitaría tales trabas, puesto que se permitiría que las personas acumularan prestaciones de dos o más fuentes, en lugar de tener que ser deducidas sus pensiones del seguro social de sus derechos universales a pensión y viceversa.

Creación del espacio fiscal necesario

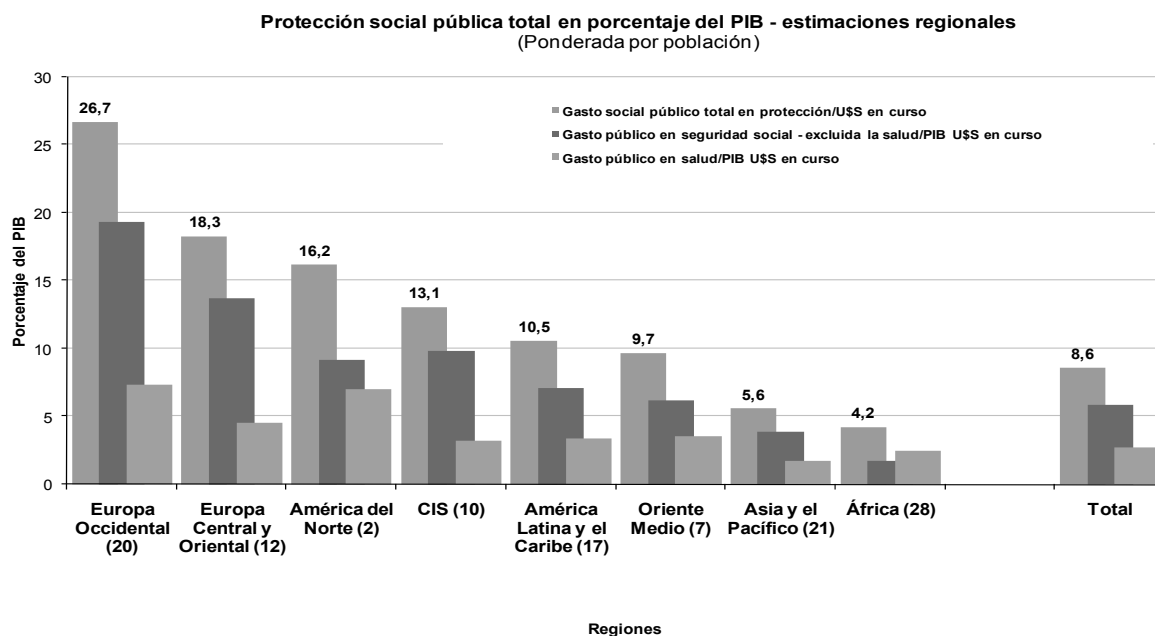
Se asigna a la seguridad social un promedio del 18,1 por ciento del PIB global (véase el gráfico 2.7). Sin embargo, si se calcula el promedio global, ponderado por población en lugar de por el PIB, el residente «promedio» a escala mundial encuentra que sólo el 8,6 por ciento del PIB se asigna a las prestaciones de seguridad social bajo la forma de transferencias en metálico o en especie (véase el gráfico 2.8). Las cifras por país varían ampliamente según las diferentes regiones en que vivan las poblaciones y según los países con diferentes niveles de ingresos nacionales. Mientras que los residentes de Europa pueden ver entre el 20 y el 30 por ciento del PIB invertido en su seguridad social, en África sólo el 4-6 por ciento del PIB se gasta en prestaciones de seguridad social, gastándose más fondos en asistencia médica que en transferencias en metálico dirigidas a brindar una seguridad del ingreso.

Gráfico 2.7. Gasto social público total como porcentaje del PIB
(estimaciones regionales ponderadas por el PIB), último año disponible entre 2002 y 2007



Fuente: Social Security Database de la OIT.

Gráfico 2.8. Gasto social público total como porcentaje del PIB
(estimación regional ponderada por población), último año disponible



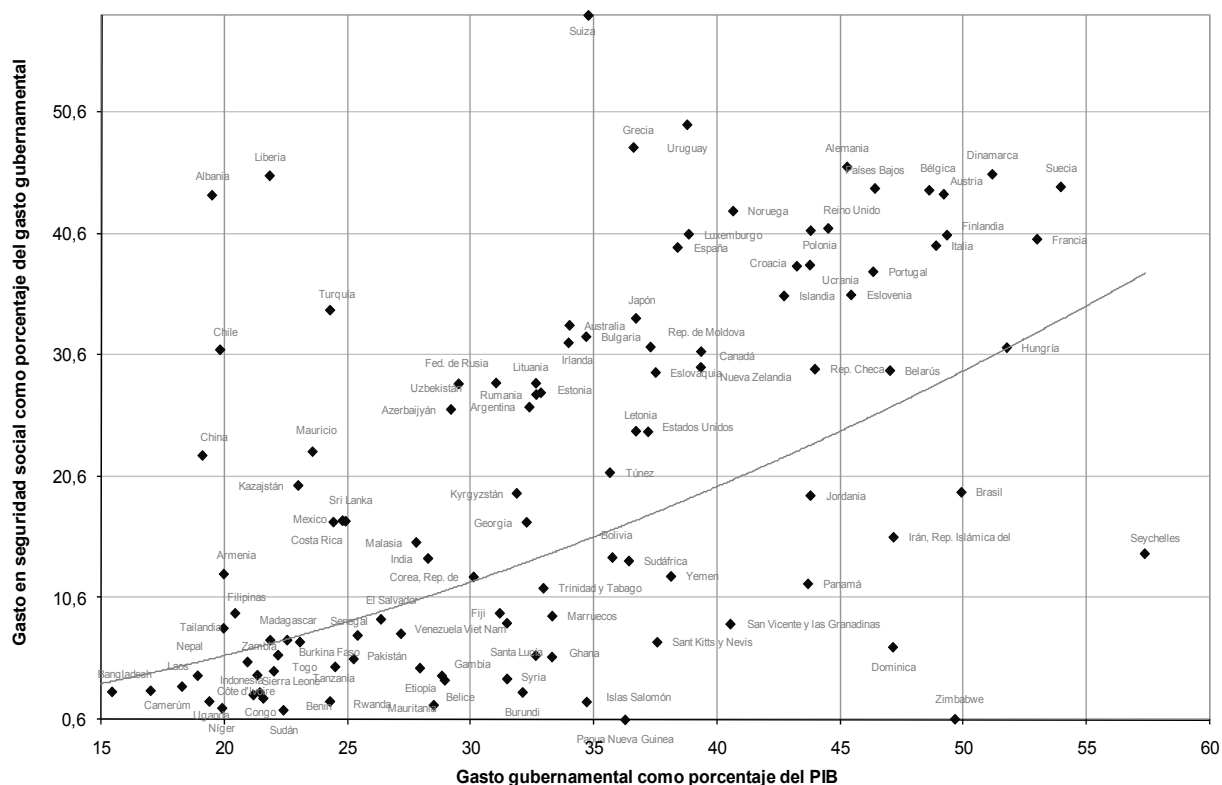
Fuente: Social Security Database de la OIT.

Los países de mayores ingresos gastan en general, como porcentaje de todos los recursos disponibles, más que los países de bajos ingresos. Sin embargo, la seguridad social debería percibirse como un lujo y puede también ser asumida por países de menores ingresos o por países con gobiernos relativamente «pequeños» en términos de recursos disponibles. El gráfico 2.9 muestra claramente que los países con el mismo nivel de gasto

gubernamental, medido como gasto total en proporción con el PIB, gastan un porcentaje muy diferente de sus recursos disponibles en seguridad social. El porcentaje gastado en seguridad social no depende, de hecho, necesariamente, de la riqueza del país. En buena medida, depende de la voluntad política que predomine lo que define efectivamente el espacio fiscal disponible. Maximizar el espacio fiscal puede requerir, con todo lo impopular que pueda ser, una gran atención hacia la eficacia de la tributación de un país y un mecanismo de recaudación de cotizaciones. Sin un mecanismo sólido de recaudación de ingresos, no se puede redistribuir ningún ingreso. El desafío de ampliar el espacio fiscal tiene una cara diferente según el país de que se trate. Una lista de control de los componentes para una estrategia nacional podrá, sin embargo, incluir:

- 1) unas reformas impositivas para aumentar los recursos fiscales, incluyéndose, en particular, el aumento de la eficacia y la eficiencia de la recaudación de impuestos;
- 2) un incremento gradual del gasto social como porcentaje del PIB y como proporción del gasto total;
- 3) la redistribución entre las áreas de la política social para volver a centrar el gasto en las necesidades más urgentes;
- 4) un nuevo centro del gasto dentro de los sectores sociales y las áreas políticas para hacer que determinados gastos sean más progresivos y más eficaces a la hora de luchar contra la pobreza y la vulnerabilidad.

Gráfico 2.9. Magnitud de la administración y proporción del gasto gubernamentales asignado a la seguridad social, último año disponible



Fuente: Government Finance Statistics (varios años).

Definición del apoyo de la OIT ¹⁴

La campaña de la OIT de extensión de la seguridad social para todos, adoptó una estrategia de cuatro dimensiones de deliberada interacción que recurre a todas las áreas de las actividades de la OIT y que se integra a las mismas. Esta estrategia se ha desarrollado como una respuesta a las necesidades expresadas por los mandantes de la OIT y dentro de la dinámica del nuevo debate sobre las políticas de desarrollo en la que la seguridad social ha obtenido un creciente protagonismo. *La primera dimensión es la generación, la gestión y la difusión de los conocimientos.* La condición previa para todo el desarrollo de las políticas, el asesoramiento técnico y el desarrollo de las capacidades, es que se compartan los conocimientos y la capacidad para que ello tenga lugar. Este componente de la estrategia engloba la recogida y el análisis de la información estadística, el intercambio de experiencias nacionales e internacionales, a través de la investigación y de la confrontación de conocimientos basada en Internet, así como del desarrollo de nuevas herramientas técnicas que apoyen la formulación de las políticas nacionales. *La segunda dimensión es el desarrollo de políticas,* incluidas todas las actividades que ayudan a que la comunidad internacional y los mandantes nacionales desarrollen estrategias de seguridad social. *La tercera dimensión, la cooperación técnica,* aporta un asesoramiento directo a los mandantes. En un determinado momento, es habitual que la OIT brinde un asesoramiento técnico concreto o acometa proyectos de cooperación técnica de más largo plazo que guarden una relación directa con la extensión de la cobertura de la seguridad social en aproximadamente 30 países de todos los continentes. *La cuarta dimensión, el desarrollo de las capacidades,* es una condición necesaria para una planificación, aplicación y gestión exitosas de las políticas de seguridad social. La OIT, a lo largo de ciclos consecutivos de programa y presupuesto, ha invertido considerablemente en este terreno, reuniendo la base de conocimientos idóneos y desarrollando actividades de formación, con lo cual se sentaron los cimientos para una iniciativa de gran escala, de cara a mejorar la formación cuantitativa de administradores y planificadores de los países en desarrollo.

El fundamento básico de todos los medios de acción de la OIT sigue encontrándose en su competencia normativa. Las normas apuntalan la autoridad y la legitimidad, así como la orientación política básica para el asesoramiento técnico y la cooperación técnica de la OIT. Su legitimidad descansa, a su vez, en el consenso tripartito global. Sin embargo, el proceso de desarrollo de nuevas normas de seguridad social ha estado bastante inactivo durante unas dos décadas. En 2007, la OIT analizó la base de las «normas» para el paradigma de políticas de la Campaña Global que surgía. Las principales conclusiones del documento de la OIT ¹⁵ pueden resumirse del modo siguiente:

- a) El Convenio sobre la seguridad social (norma mínima), 1952 (núm. 102), en su condición de Convenio emblemático de la OIT en seguridad social, encarna la definición aceptada internacionalmente de los principios de seguridad social y ha sido reconocido como símbolo de progreso social. Desempeña un papel cardinal en la definición del derecho a la seguridad social en instrumentos internacionales de derechos humanos y ha sido ratificado hasta la fecha por 45 países (31 de Europa, ocho de América Latina, incluida la muy reciente ratificación de Brasil, cinco de

¹⁴ Esta sección se basa en OIT: documento GB.303/ESP/3, Comisión de Empleo y Política Social: Normas sobre seguridad social y la campaña de la OIT para la extensión de la seguridad social, Ginebra, noviembre de 2008.

¹⁵ OIT: Establecimiento de normas de seguridad social en una sociedad global: Análisis de la situación y de la práctica actuales y de las opciones futuras para el establecimiento de normas de seguridad social globales en la Organización Internacional del Trabajo, Documentos de Política de Seguridad Social, documento núm. 2 (Ginebra, 2008).

África y uno de Asia (Japón). Éste y otros convenios de seguridad social actualizados han ejercido, y siguen ejerciendo, un impacto positivo en el desarrollo de los regímenes de seguridad social en la mayoría de los países del mundo y sirven como modelos para los instrumentos regionales y las leyes nacionales. Sigue siendo, por tanto, un instrumento válido para la «*dimensión vertical*» de la extensión de la cobertura.

- b) Sin embargo, los convenios actualizados de seguridad social, incluido el Convenio sobre la seguridad social (norma mínima), 1952 (núm. 102), presentan limitaciones a la hora de asegurar el otorgamiento de un paquete definido básico de prestaciones. En particular, no definen las prestaciones prioritarias, ni requieren una cobertura universal. Por consiguiente, debería darse consideración a la elaboración de un mecanismo de «*extensión horizontal de la cobertura*» que pudiera brindar una orientación adicional a los países, de cara al establecimiento de un paquete de piso social de las garantías básicas, en consonancia con el mandato constitucional de la OIT.

El documento de la OIT identificó una gama de opciones que podrían acentuar la legitimidad de la estrategia de la campaña, yendo de una nueva estrategia promocional para las normas vigentes a unos mecanismos adicionales que promovieran de manera más eficaz el derecho humano universal a un paquete mínimo de prestaciones de seguridad social. Pueden resumirse bajo la forma de cuatro opciones básicas:

- **Opción 1:** *Diseño de una estrategia promocional para una más amplia ratificación y una gradual aplicación de las normas vigentes, con el objetivo de extender la seguridad social a todos.*
- **Opción 2:** *Desarrollo de un nuevo instrumento de seguridad social autónomo (Convenio o Recomendación) que prevea un derecho universal a un conjunto mínimo de garantías de seguridad social para todos aquellos que se encuentran en situación de necesidad (Convenio o Recomendación sobre la asistencia social).*
- **Opción 3:** *Desarrollo de un nuevo instrumento vinculado con el Convenio sobre la seguridad social (norma mínima), 1952 (núm. 102) (Protocolo) y previsión de un derecho universal a un conjunto mínimo de garantías de seguridad social para todos.*
- **Opción 4:** *Desarrollo de un mecanismo general no vinculante (marco multilateral) que establezca los principios centrales de la seguridad social y que defina los elementos de un conjunto mínimo de garantías básicas de seguridad social.*

La combinación de dos o más de estas opciones puede generar nuevas alternativas en materia de políticas. En el suplemento C, figuran más pormenores.

3. Cómo llegar allí: opciones prácticas en materia de políticas y asuntos relativos al diseño de las políticas

Una visión general de los programas y de los regímenes de seguridad social de todo el mundo pone de manifiesto que son más de 30 los países en desarrollo que ya han aplicado una variedad de programas que corresponden, a grandes rasgos, al soporte lógico del conjunto básico de garantías. En general, está claro que los países de ingresos medios están más avanzados en este terreno, en el que ha surgido, en la última década, un número cada vez mayor de programas de gran escala.

La OIT ha compilado, bajo la forma de un «meta estudio», los resultados de unos 80 estudios individuales sobre nuevos programas de transferencia en metálico que han surgido en alrededor de 30 países, la mayoría en desarrollo, de todo el mundo, durante los últimos 10 años, y ya aportan elementos de un piso de transferencia social. Se presentan, en el suplemento B de la parte B del presente informe, nuevos comentarios derivados de estudios individuales. Estos regímenes y programas ya alcanzan a un número de beneficiarios que se encuentra entre los 150 y los 200 millones (excluido el efecto de las nuevas prestaciones de seguridad social para el sector informal de la India). Los estudios de la OIT y otros estudios en torno a los regímenes de transferencia social vigentes, concluyen que se pone de manifiesto, en general, un impacto positivo en la pobreza, en la salud y en la alimentación, en el estatus social de los destinatarios, especialmente las mujeres, en la actividad económica y en las inversiones empresariales de pequeña escala, sobre todo en la agricultura, y han evitado unos efectos adversos significativos en la participación en el mercado laboral de las poblaciones pobres a las que prestan servicio. El cuadro 3.1 presenta una amplia evaluación de las grandes repercusiones de los diversos regímenes de transferencia en metálico.

Cuadro 3.1. Resumen del efecto de los regímenes de transferencia social vigentes en 30 países

Criterios	Número de estudios		
	Positivo	Pequeño/neutral	Negativo
Efectos de los ingresos			
— Pobreza	46	9	
— Desigualdad	5	1	
Salud/estado nutricional	25	1	–
Educación			
— Matriculación	30	–	
— Calidad	9	5	
Empleo y trabajo			
— Participación en el mercado laboral	9	5	3
— Trabajo infantil	12	3	
Actividad empresarial/inversiones productivas	40	5	–
Estatus social y vínculos sociales	23	1	2
Igualdad de género	13	4	–

Fuente: OIT.

Además de los efectos sociales abrumadoramente positivos de las transferencias en metálico, los estudios que analizaron los efectos económicos de los regímenes de transferencia en metálico encontraron efectos positivos en relación con el comportamiento empresarial en las familias destinatarias. Muchas familias utilizaron parte de la transferencia en metálico para invertir en actividades agrícolas de pequeña escala, incluida la compra de ganado. Así, estas familias procuraron generar unas fuentes de ingresos que también deberían proporcionar algún grado de protección respecto de los futuros golpes económicos, especialmente en las crisis de precios de los alimentos. En Namibia, por ejemplo, las pensiones universales de vejez y de invalidez estimularon a los mercados de los bienes y servicios producidos localmente. En los países en desarrollo — al igual que en los países industrializados — las transferencias sociales han demostrado su capacidad de actuar como estabilizadores económicos.

En la parte B de este informe, el suplemento B describe una variedad de programas de países seleccionados. Aquí se señala que su impacto es en general estimulante, con múltiples contribuciones a los resultados deseables, como la alimentación, la salud, la educación, la pobreza por unos ingresos reducidos y la desigualdad, la mejora de las calificaciones y el acceso a las oportunidades.

Se dispone de una variedad de ejemplos para mostrar que los países con ingresos más bajos pueden efectivamente alcanzar unas mejores tasas de cobertura en un lapso de tiempo relativamente breve. Está claro que existe un tenaz vínculo entre el nivel de ingresos de un país y la estructura del mercado laboral y el nivel general de cobertura alcanzado, pero es sin duda posible que los países realicen avances con notable rapidez, como pone de manifiesto, por ejemplo, la cobertura de la protección social de la salud, junto con unos servicios de asistencia sanitaria pertinentes, logrados en Corea (véase el cuadro 3.2 y una discusión adicional en el suplemento B).

Cuadro 3.2. Puede acelerarse la extensión de la cobertura de la asistencia médica

País	Año	Cobertura en porcentaje de la población total	PIB/cápita en dólares de los Estados Unidos
Francia	1921	22,9	
	1980	99,3	12,742
	2000	99,8	21,884
Reino Unido	1921	35,2	
	1980	100	9,524
	2000	100	23,954
Corea	1921	–	
	1980	29,8	1,632
	2000	100	9,671

Fuente: Información seleccionada de la OIT (2008d), página 20.

La revisión de las prácticas en curso también viene a ilustrar la diversidad de diseños y acuerdos para el otorgamiento de prestaciones. De hecho, existen muchas modalidades de alcanzar el conjunto de garantías básicas de seguridad social. En el caso de la asistencia de la salud, en la mayoría de los países revisados coexisten varios regímenes (seguro social/nacional, regímenes financiados con cargo a los impuestos, cupones, etc.). Los programas también presentan diferentes niveles de integración con otras áreas políticas, como el acceso a servicios sociales básicos o al empleo. Si bien los gobiernos habitualmente tienen la competencia general de otorgamiento de las prestaciones adecuadas, la concesión también puede efectuarse a través del vehículo del sector público o

del sector privado (con o sin fines de lucro), con una variedad de niveles de descentralización. Cada enfoque tendrá sus ventajas y sus problemas y, como se señalara en el capítulo 2, cada uno será históricamente «determinado por decisiones adoptadas con anterioridad». En cualquier caso, el diseño y el otorgamiento de prestaciones deberían ser sensibles a las capacidades (por ejemplo, la capacidad de cotizar) y las necesidades de los beneficiarios. Lo que importa en última instancia es que todas las personas tengan acceso a las garantías básicas. Es el resultado de las estrategias nacionales de seguridad social lo que importa, no las modalidades ni los medios a través de los cuales las consiguen.

Los nuevos regímenes, que han venido surgiendo en todo el mundo, muestran que existe un consenso creciente que se deriva de la importancia de la extensión de la cobertura de la seguridad social a todos, al margen de cuál sea el nivel de desarrollo de un país. Esto marca un progreso significativo hacia el cumplimiento del aspecto relativo a los derechos humanos de la seguridad social. Parece que este progreso refleja un reconocimiento más acentuado de la contribución esencial de la seguridad social a la reducción de la pobreza y al desarrollo humano. La seguridad del ingreso y el acceso a la asistencia de la salud son centrales en la protección otorgada por estos nuevos regímenes.

Si bien está creciendo el consenso en torno a la necesidad de garantizar el acceso a la seguridad del ingreso y a la asistencia médica esencial para todos — la pregunta *¿por qué?* otorgar la seguridad social a todos? — va en aumento y existe, ya bien en curso un debate sustancial sobre la pregunta complementaria de *«cómo»* puede cumplirse, de manera eficaz y eficiente, con la concesión de esas prestaciones. Las secciones que vienen a continuación introducen algunos de los asuntos centrales de los debates en torno a las políticas, explorándose algunos de los argumentos que compiten, aunque hacerlo de manera integral se encuentra fuera del alcance de este documento. No obstante, es importante reiterar que existe una variedad de modalidades en las que podría aplicarse el conjunto básico de garantías de seguridad social. En esta parte del informe, los debates acerca de la seguridad del ingreso se centran principalmente en las prestaciones no contributivas, a medida que éstas están surgiendo en la mayoría de los países en desarrollo como la base de la transferencia en metálico y otros regímenes «nuevos».

3.1. Asuntos relativos al acceso a la asistencia médica

a) Paquetes de prestaciones de asistencia médica

Antes de presentar los elementos para un debate internacional en torno a los paquetes de prestaciones de asistencia médica, es de utilidad referirse a las indicaciones que aportan los convenios pertinentes de la OIT.

El Convenio sobre la seguridad social (norma mínima), 1952 (núm. 102) de la OIT, establece que los paquetes de prestaciones de asistencia de la salud deberían comprender todos los servicios «de carácter preventivo o curativo» relacionados con «todo estado mórbido cualquiera que fuere su causa, el embarazo, el parto y sus consecuencias». Más detalladamente, esto significa que el paquete de prestaciones «incluirá al menos»: la asistencia del médico generalista, la asistencia especializada en hospitales para pacientes internados y pacientes ambulatorios, la dispensación de los medicamentos esenciales, la hospitalización, cuando sea necesaria, y en caso de embarazo y de parto, la asistencia prenatal, la asistencia del parto y la asistencia posnatal, y la hospitalización, si fuere necesario. Estas prestaciones deberían otorgarse, financiarse y organizarse de manera tal que se evitaran a los beneficiarios privaciones (económicas).

El Convenio sobre asistencia médica y prestaciones monetarias de enfermedad, 1969 (núm. 130) estipula que la necesidad de asistencia médica «curativa, y, en las condiciones prescritas, de asistencia médica preventiva [...] deberá ser concedida con el objeto de

conservar, restablecer o mejorar la salud de la persona protegida y su aptitud para trabajar y para hacer frente a sus necesidades personales». Hace un llamamiento a todo miembro de la OIT para que acepte su «responsabilidad general respecto al suministro conveniente de las prestaciones que se concedan en aplicación de este Convenio» y «deberá adoptar todas las medidas necesarias a este efecto».

Hasta el paquete de prestaciones más básico que garantice el acceso a las necesidades de asistencia sanitaria requiere que se diseñe con miras a la equidad y a la asequibilidad, y prevé un acceso eficaz a una asistencia médica adecuada (no sólo simplemente una cobertura legal) y una protección económica. Sin embargo, estos objetivos se cuestionan en tres niveles:

- *El nivel individual y del hogar.* Las necesidades y las prioridades de asistencia de la salud varían según la carga de la enfermedad, la pobreza/vulnerabilidad, la edad, el género, los grupos étnicos, el empleo y el lugar de residencia.
- *El nivel sistémico y del régimen.* El acceso es dependiente de la disponibilidad de unos servicios de calidad. En muchos países, pueden observarse grandes desigualdades, derivadas de la disponibilidad física de los servicios, de la densidad de trabajadores de la salud calificados, de la calidad y del alcance de los servicios y de las brechas en la protección económica. Además, el otorgamiento de prestaciones de asistencia de la salud requiere la introducción de unos mecanismos de compra que faciliten una respuesta a las necesidades y a la calidad.
- *El nivel global.* Algunas intervenciones de la salud pueden considerarse como bienes públicos globales¹. Las acciones colectivas internacionales emprendidas en este contexto, influirán en las prioridades en el plano nacional y podrán conducir a preocupaciones en cuanto a la asignación de recursos, a la luz de la intensa divergencia del estado de salud, del perfil de la morbilidad y del acceso a la protección social de la salud, en los países de ingresos bajos, medios y altos. La agenda internacional del desarrollo, especialmente como se refleja en los ODM relacionados con la salud, también ejerce una gran influencia en la asignación de recursos y en las prioridades establecidas en el ámbito nacional.

Además, es importante saber que la protección social de la salud es parte de un sector económico que brinda, por un lado, un potencial significativo para abordar la vinculación entre la enfermedad y la pobreza, con miras a alcanzar un mejor estado de salud y el impacto relacionado en el alivio de la pobreza. Por otro lado, es importante tener en cuenta los intereses creados en el sector de la salud, que requieren ser equilibrados en estrategias sociales nacionales de protección de la salud, teniéndose en cuenta, por ejemplo, los efectos del mercado laboral y los asuntos relacionados con el desarrollo económico del sector de la salud.

Un posible enfoque para abordar las barreras al acceso a la asistencia de la salud, consiste en la definición de los paquetes de prestaciones «esenciales». Tal estrategia fue adoptada en 2007 en unos 55 países de los 69 países de ingresos bajos y medios². Los paquetes de prestaciones otorgados mediante regímenes de protección de la salud, se reformaron con miras a obtener una mayor equidad y eficacia, y a abordar los asuntos vinculados con los conflictos inherentes a los enfoques de universalidad frente a apuntar a

¹ Por ejemplo, aquellos que eliminan algunas enfermedades transmisibles a través de las fronteras.

² OMS, Informe sobre la salud en el mundo 2008. La atención primaria de salud: más necesaria que nunca, Ginebra, 2008, página 29.

los pobres, racionando la asistencia y la calidad. Sin embargo, muchas de las reformas dieron como resultado de hecho limitaciones de acceso a una asistencia sanitaria plenamente idónea, que debería ser la clave para alcanzar las prioridades globales de la salud, como aquellas consagradas en los ODM en cuanto a la asistencia médica de madres e hijos y a una falta de adaptación a los cambios demográficos y epidemiológicos, así como a las necesidades y a las percepciones derivadas de las ineficiencias en el suministro de servicios³. Los países que han tenido éxito se centraron en los enfoques integradores sin limitar los paquetes a las intervenciones de bajo costo o muy básicas⁴.

No basta con la definición del contenido del paquete de prestaciones con arreglo a las prioridades de salud, también interesan los asuntos relativos a la aplicación. Existen algunas condiciones previas, en los planos sistémico y global, para una exitosa aplicación de los paquetes de prestaciones esenciales, con miras a alcanzar los objetivos generales de la protección social de la salud. Incluyen las siguientes:

- En el plano del sistema sanitario:
 - Creación de un espacio fiscal y generación de unos fondos nacionales para la asignación de suficientes recursos, en las zonas rural y urbana, y fortalecimiento del sistema financiero general.
 - Fortalecimiento del lado de la demanda, con miras al empoderamiento de los pobres y de los vulnerables, por ejemplo, a través de la concesión de cupones, de prestaciones monetarias condicionales y de la utilización de pagadores de terceras partes.
 - Instauración de unas cotizaciones acordes con la capacidad de pago.
 - Utilización de todos los mecanismos financieros de la salud — plurales — vigentes, de manera coordinada, de modo que se permita el estrechamiento de las brechas de la cobertura y el alcance del acceso universal a los servicios de salud. Las posibilidades incluyen la creación de vínculos entre, por ejemplo, los sistemas nacionales de salud y los regímenes sociales y basados en la comunidad. Además, debería institucionalizarse la eficiencia del suministro de servicios, definiéndose claramente las responsabilidades de los diferentes niveles de proveedores de asistencia, procedimientos de reclamaciones, etc.
 - Garantía de un diálogo social y nacional, información y participación con miras al empoderamiento de los diferentes grupos de la sociedad civil.
 - Creación de un apoyo a la mejora de la calidad, por ejemplo, a través de la compra estratégica y de la gestión de calidad, de la seguridad de una formación idónea y de unas condiciones de trabajo decentes para la fuerza del trabajo de la salud, y un control del rendimiento del proveedor, así como revisiones de los paquetes de prestaciones.
- En el apoyo al plano global, la alineación de los fondos del donante, la cooperación técnica y las actividades de formación con miras a unos enfoques coordinados propios

³ *Ibid.*

⁴ OIT, Extending social health protection in the Asia Pacific Region: Progress and challenges Asia-Pacific Regional High-level meeting on socially inclusive strategies to extend social security coverage, Nueva Delhi, 19-20 de mayo de 2008.

de cada país, como el marco «Una ONU», la iniciativa de Brindando Salud y la Alianza Internacional en pro de la Salud.

b) Financiación de los sistemas de salud, protección financiera e intervenciones específicas

El acceso a una asistencia médica asequible para todos sigue constituyendo un problema fundamental para muchos países pobres. Sin embargo, está convirtiéndose en un reto cada vez mayor para los países de elevados ingresos, en los que las tendencias demográficas, el aumento de los costos, las restricciones financieras de los presupuestos públicos y las consideraciones económicas acerca de la competitividad internacional, están haciendo de la reforma de la protección social de la salud una prioridad política. El rasgo dominante del perfil de la financiación global es la participación de la financiación mediante impuestos en total que es, en general, significativamente más elevada que la financiación por las cotizaciones o las primas. Con todo, son bajas la participación *general* de la financiación pública del gasto total en salud y la participación del gasto *social* en salud como porcentaje tanto del PIB como del gasto total en salud. Como consecuencia, se ve limitada la solidaridad de la financiación, expresada mediante el fondo común de riesgos, y una gran participación privada de la financiación de la salud — bajo la forma de gasto directo — desplaza la carga del gasto en salud a los hogares, con lo cual sobreviene la pobreza relacionada con la salud.

Los gastos directos para la asistencia de la salud, la mayor parte bajo la forma de tarifas del usuario pagaderas en el momento del servicio, se revelaron como uno de los factores más desastrosos para llevar a la gente a la pobreza. Como consecuencia, son muchos los países que en la actualidad persiguen el establecimiento de la extensión de la protección social de la salud, valiéndose de diseños de regímenes basados en el prepago de los servicios, a menudo con exenciones de las cotizaciones económicas para los pobres y para aquellos que se encuentran en una situación de mayor necesidad.

Una clara tendencia que ha ido surgiendo en la pasada década ha sido la utilización de unos sistemas plurales de financiación de la salud, en los que ha sido típico valerse simultáneamente de diversas fuentes de financiación para diferentes mecanismos de protección social de la salud. Estos mecanismos incluyen servicios nacionales y de salud pública, seguros nacionales de salud, seguros sociales de salud, seguros de salud de carácter comunitario y otras formas de seguro privado de salud. En el nivel sistémico, se están difuminando cada vez más las fronteras entre el seguro social basado en las cotizaciones, los sistemas nacionales de salud financiados con cargo a los impuestos y acuerdos «informales» como el seguro de salud de carácter comunitario. Los elementos basados en las cotizaciones para algunos grupos o tipos de servicios, se asocian cada vez más con elementos financiados con cargo a los impuestos. La elección del sistema se efectúa en base a las necesidades y a la evaluación de los recursos. Este enfoque permite que los gobiernos escojan los mecanismos más eficaces y eficientes vinculados con objetivos tales como, la generación de ingresos, el espacio fiscal, la solidaridad y los efectos en el mercado laboral, y la situación macroeconómica general.

Esta evolución ha coincidido con la opinión ampliamente mantenida de que debería alcanzarse lo antes posible el acceso universal a los servicios de salud. Los correspondientes mecanismos financieros se consideran complementarios en todas las etapas del desarrollo. Sin embargo, existen aún márgenes significativos para la mejora de la coordinación de los regímenes.

Un enfoque que se reveló acertado a la hora de la extensión de la cobertura de la protección social de la salud, ha sido el trabajo realizado hacia la equidad en el acceso a los servicios médicos, a través del otorgamiento de unos paquetes de prestaciones que fuesen

asequibles y que respondieran específicamente a las necesidades y expectativas de la población. En el ámbito de los países, una tendencia significativa es la creciente introducción de paquetes específicos de prestaciones concedidos a la mayoría de las personas vulnerables, incluidos los más pobres. El verdadero paquete de prestaciones puede no ser idéntico para todos, dadas las diferentes necesidades, los asuntos relativos al alcance, la capacidad de pago, etc. Al mismo tiempo, en los años recientes, los enfoques con objetivos muy estrechos (o sea, las iniciativas específicas por enfermedad o las iniciativas centradas en determinados grupos) han crecido considerablemente en número. Muchas de tales iniciativas globales de la salud han comenzado a abordar los asuntos sistémicos, brindando la oportunidad de integrar su experiencia en la especificidad y en el suministro eficiente de los servicios en el sistema general de protección social de la salud.

3.2. Asuntos relativos a los regímenes de seguridad del ingreso

a) Selección de las metas en base a las condiciones de los recursos

El surgimiento, en los países en desarrollo, de los programas de asistencia social de gran escala, en el contexto de la reducción de la pobreza, ha llevado a los primeros planos el debate en torno a una selección de metas basada en las condiciones de recursos. Este debate es impulsado por algunas consideraciones que incluyen la asequibilidad, los costos, la eficacia, la desigualdad del ingreso, los valores, los derechos, las tendencias del empleo y el apoyo político. Se presentan a continuación algunos elementos de este debate.

La selección de las metas en base a la situación de los recursos individuales puede realizarse de diversas maneras:

- *verificación de recursos*⁵, aunque esto requiere unos datos de alta calidad de los que no se dispone en muchos países y pueden ser caros de poner en práctica, pero pueden aproximarse por métodos de verificación de recursos simulados;
- *selección de zonas geográficas*, mediante la cual las transferencias se otorgan a todos aquellos que viven en zonas en las que existe una alta incidencia de pobreza;
- *selección basada en la comunidad*, que utiliza estructuras comunitarias para identificar a los miembros más pobres de una comunidad o a aquellos elegibles según unos criterios acordados;
- *prestaciones por categorías*, otorgadas a aquellos reconocidos como pertenecientes a una categoría vulnerable específica de la población (por ejemplo, las poblaciones indígenas);
- *auto-selección* como en los programas de trabajo que ofrecen un salario por debajo del mercado, en base a la lógica de que las personas pobres sólo optarán por el programa.

La selección de metas se encuentra en los programas financiados con cargo a los impuestos que otorgan pensiones de vejez, prestaciones por hijos y prestaciones a aquellos que se encuentran en la población de edad laboral y que no están en condiciones de

⁵ La verificación de recursos simulada brinda una forma alternativa de evaluación individual, empleando más fácilmente los indicadores de bienestar observados que actúan como simulaciones para los ingresos o para los indicadores de riqueza asociados con la pobreza.

mantenerse a sí mismos mediante un trabajo remunerado. Como se señalara antes, también se utiliza en los programas de salud. Es frecuente que se introduzca, además de otras condiciones para acceder a prestaciones, la edad (es decir, pensiones de vejez), el lugar de residencia (por ejemplo, programas rurales) o el comportamiento (por ejemplo, la asistencia escolar).

Los argumentos explícitos para apoyar la selección de las metas se relacionan con la asequibilidad, la eficiencia y la igualdad del ingreso. Con bastante simpleza, se sostiene que, debido a que los programas específicos tienen un número más bajo de beneficiarios que los programas universales, son menos caros y más sostenibles. Centrándose en la redistribución del ingreso en los pobres, las intervenciones específicas generan, en teoría ⁶, los mismos resultados en cuanto a reducción de la pobreza con menos recursos y, por ese motivo, son más eficientes. Por la misma razón, las intervenciones específicas también se consideran como herramientas más poderosas para la reducción de las desigualdades en el ingreso que los mecanismos de redistribución universales.

Estos poderosos argumentos han desempeñado, y siguen desempeñando, un papel trascendente en la aplicación extendida de los programas centrados en los recursos en todo el mundo. A pesar de esto, su base conceptual ha sido cuestionada en algunos aspectos. Pueden distinguirse algunas áreas de críticas.

En primer término, algunos de los argumentos a favor de la selección de metas desvinculan una intervención, el programa específico, desde un contexto más amplio de políticas sociales y fiscales. Así, no se da la consideración que merece a la influencia de este contexto en la distribución del ingreso y de las desigualdades en una sociedad. Si bien la preferencia de la universalidad tiende a relacionarse con una gran preocupación por la equidad y por los impuestos progresivos, la preferencia de la intervención dirigida a sectores específicos se representa generalmente en un conjunto de políticas y se orienta por una ideología en la que la equidad es menos sobresaliente y los impuestos, menos progresivos ⁷. Este argumento está propuesto por autores como Mkandawire (2005). Concluye que «los niveles de igualdad son más elevados en las sociedades que persiguen unas políticas universalistas que en aquellas que confían en la verificación de recursos y en otras formas de selectividad». En el mismo orden de cosas, Korpi y Palme (1998) formulan lo que llaman «la paradoja de la redistribución» ⁸: cuanto más nos centremos sólo en las prestaciones a los pobres y más preocupados estemos con la creación de una igualdad vía transferencias públicas, menores serán nuestras posibilidades de reducir la pobreza y la desigualdad» (*ibíd.*).

En segundo término, los argumentos expuestos antes de manera muy simple, no consideran el carácter dinámico de la pobreza. Como se ilustrara anteriormente en el cuadro 1.1 del capítulo 1, en una determinada fecha, un gran porcentaje de aquellos que se encuentran en la actualidad en situación de pobreza, no eran pobres en años anteriores. En primer lugar, las transferencias específicas a los pobres significan que en un período determinado de tiempo, puede darse un número mucho más grande de nuevos pobres de lo que podría anticiparse, tratándose de unas necesidades que pueden conducir a unos niveles

⁶ Se supone aquí que las intervenciones bien centradas englobarán al mismo número de personas pobres que las universales y con una cuantía de prestaciones similar.

⁷ En relación con esta primera observación, cabe señalar que un programa de verificación de recursos con un diseño muy redistributivo y una aplicación eficaz, puede alcanzar una redistribución limitada si el gasto es bajo o si se financia a través de un régimen tributario regresivo.

⁸ Esta «paradoja» está descrita en la literatura «clásica» sobre la pobreza, si bien está cuestionada por varios autores.

de costos administrativos considerablemente más elevados de lo esperado cuando se comparan con unas intervenciones más universalistas. De manera más general, como estableciera Krishna (2007): «El control de la generación de una nueva pobreza es — o debería ser — un objetivo igualmente importante de reducción de la pobreza... Al centrar los recursos en aquellos que ya son pobres, se está desviando [específicamente] la atención de otros que están cayendo en la pobreza».

En tercer término, los argumentos anteriores, que se centran en la particular eficiencia de los programas específicos, son declaraciones generales que han sido firmemente cuestionadas en un contexto de elevada participación de la población pobre (con el resultado de la probabilidad de que todo «ahorro» derivado de la selección de metas sea bajo) y la aplicación de la selección de metas es costosa y difícil, conduciendo a importantes errores de inclusión y de exclusión. Tales escenarios son típicos de los países de bajos ingresos. De manera más general, se sostiene que no todos los métodos de selección de metas son idóneos para todos los tipos de prestaciones o tienen la misma eficacia en cuanto a los errores de inclusión/exclusión; las demandas estadísticas y administrativas son muy divergentes. Lo mismo vale, finalmente, para los costos.

El asunto de centrar el costo constituye un área en sí misma para el debate y se sostiene que algunos de sus métodos pueden ser costosos. El caso de la verificación de recursos presenta un ejemplo en el que el costo de aplicación del método de selección de metas puede venir a representar una alta participación del costo total de un programa. Esto surge debido a la identificación precisa de los pobres, cuando no se cuenta con datos de población fiables (y sistemas de datos) y la actualización de esta información es muy compleja y costosa. No obstante, algunos programas han podido aplicar la selección de metas, a través de una verificación de recursos simulada a un bajo costo⁹. Se ha señalado en general que, cuanto más eficiente es el mecanismo de selección de metas (error de inclusión reducido), más caro es y más puede inducir a errores de exclusión. Resumiendo, es imposible evaluar los costos de la selección de metas sin una referencia a los errores de inclusión y de exclusión generados. Esto se establece sucintamente en la conclusión de un estudio del Banco de Desarrollo Asiático (Weiss, 2004), que establece que: «Con un nivel relativamente alto de filtración, la expectativa es que, en la práctica, la mayoría de las medidas específicas han constituido medios de transferencia de prestaciones a los pobres con un costo elevado».

Por último, algunos sostienen que los costos de la selección de metas deberían tener en cuenta, no sólo los costos administrativos directos de aplicación, sino también los costos indirectos de los participantes en el programa. Esto significa que los programas con costos administrativos bajos (como ocurre a menudo con los métodos de autoselección), pueden ser aún muy caros cuando se consideran los costos con los que corren los participantes. Algunos ejemplos se relacionan con el costo de tiempo utilizado, con el transporte, con la pérdida de otras oportunidades de ingresos, con las tarifas (y algunas veces, sobornos) requeridas para la obtención de la documentación necesaria, con la posibilidad de estigmatización, con la erosión de la autoestima y de la cohesión de la comunidad y con el potencial debilitamiento de las redes de apoyo informales.

Otro ámbito controvertido que rodea a la selección de metas es su posible efecto de exclusión. Por una parte, se encuentran aquellos que están a favor de señalar que los programas minimizan la exclusión, debido a que su diseño los hace más sensibles a las

⁹ El Programa mexicano de transferencias monetarias condicionadas *Oportunidades* es un buen ejemplo de programa específico que presenta un error de inclusión relativamente bajo y unos costos administrativos bajos (incluida la selección de metas): menos de cuatro centavos por peso invertido (SEDESOL, 2009).

necesidades y a las capacidades específicas de los pobres. Esta sensibilidad de diseño, se argumenta, es tal vez más prevalente que en programas universales en los que el diseño se basa en un «hogar estándar». Por otra parte, hay quienes siguen siendo críticos de este argumento¹⁰ y sostienen que la selección de metas aumenta la exclusión estableciendo condiciones (relacionadas con los ingresos o con la riqueza) que son difíciles de evaluar, generando costos directos e indirectos para los beneficiarios potenciales, o siendo demasiado exigentes para su aplicación por parte de las instituciones locales^{11 12}.

Si bien esta discusión no es, en modo alguno, exhaustiva, concluimos esta subsección con dos comentarios finales.

Es importante tener presente la complejidad técnica y la heterogeneidad de las experiencias de los regímenes a los que se apunta y sus resultados empíricos. Son estas características las que avivaron el debate en torno a la selección de los recursos y que prometen prolongarlo. También es cierto que este debate está vinculado inextricablemente con factores políticos. Más allá de los asuntos puramente técnicos, las políticas y la ideología han influido en la relativa condición de inconcluso que tiene el debate acerca de la pertinencia de la selección de metas y que fundamentalmente fija el contexto para cuestiones tales como si introducir una selección basada en los recursos y la definición de umbrales de los recursos que determinan quién es o no elegible. Estas cuestiones se basan, en un grado importante, en los valores, que reflejan el poder que tienen los diferentes actores en la arena política para promover sus valores¹³ e intereses. Al parecer, los programas específicos han gozado de particular legitimidad social en la pasada década, tal vez porque se percibían como justos, en el sentido de que sostiene que se destinaron a quienes se encontraban en situación de más necesidad y, al actuar así, podían contribuir a la reducción de las desigualdades vigentes. Asimismo existe la sospecha de que el proceso de definición de elegibilidad para las prestaciones no siempre cumple con las normas idóneas de independencia y transparencia.

Por último, en este terreno, al igual que en muchos otros aspectos de la protección social, cada opción entraña sus propias ventajas e inconvenientes. Es importante considerar estas ventajas y estos inconvenientes, no aisladamente, sino de manera integral. Como se mostrara antes, la mejora de algunos aspectos puede tener efectos negativos en otros. El debate sobre la selección de metas en base a las condiciones relacionadas con los ingresos, con la riqueza o con otros recursos, tiende a desvincular la discusión de los objetivos específicos del programa, de su contexto de aplicación y de las características de los beneficiarios. Esa selección no es más que una herramienta cuya pertinencia y cuyo diseño deberían evaluarse primero según su contribución a esos objetivos. En cuanto al objetivo

¹⁰ Mkandawire, por ejemplo, sostiene que la miopía que apuntala la racionalidad de la selección de metas es también bastante arrogante en lo que tiene de suposición de que existe un prototipo estándar de pobre.

¹¹ Las instituciones locales pueden tener una capacidad restringida de aplicación de algunos métodos de selección de metas y por tal razón tienen una capacidad limitada de poder otorgar prestaciones.

¹² Dicho esto, debería también subrayarse que los factores que no sean la selección de metas o la universalidad, generan exclusión, como los potenciales beneficiarios que son escasamente informados de las prestaciones, la dificultad de acceso a las prestaciones debido a la no disponibilidad de bancos o de servicios de correos en algunas áreas, el aislamiento geográfico, la discriminación y la estigmatización, etc.

¹³ El término «política» se entiende aquí en un sentido amplio, comprendiendo no sólo las partes políticas y los gobiernos, sino también otras fuerzas sociales y la opinión pública en general.

de reducción de la pobreza, los programas eficaces a los que se apuntó específicamente demostraron tener unos resultados muy positivos, como viene a ilustrarse en el suplemento B de la parte B de este informe. No obstante, no deberían considerarse como la única forma de transferencia de los ingresos de manera eficiente a los pobres, ni como suficiente sólo para la lucha contra la pobreza.

b) Condicionalidad

De todo lo nuevo que se ha ido añadiendo en las últimas décadas a la seguridad social, el uso cada vez mayor de transferencias monetarias condicionadas (CCT) ha sido tal vez uno de los avances más significativos. Muchos programas de CCT se centran en los hogares pobres con hijos. Se consideran como innovadores y peculiares por una serie de razones: i) por sus *mecanismos de selección de metas*; ii) porque los beneficiarios *perciben dinero en lugar de prestaciones en especie*, y iii) porque las *transferencias son condicionadas* en cuanto imponen a menudo a las personas/los hogares unas condiciones de comportamiento para la percepción de las mismas. Estas condiciones que obligan a los individuos a dar cumplimiento a algunas acciones vinculadas con objetivos de desarrollo humano (es decir, visitas a niños que están en clínicas o garantía de un elevado nivel de asistencia escolar). Sigue siendo un medio de creciente popularidad para la mejora de los resultados de desarrollo humano y de reducción de la pobreza. Sin embargo, no hay un acuerdo universal en cuanto a si las CCT deberían seguir siendo condicionadas. Los párrafos que vienen a continuación tratan más pormenorizadamente diversos asuntos clave en torno a la aplicación actual y a la naturaleza de las CCT. En primer lugar, ¿sirven las condicionalidades de las CCT a los derechos humanos? En segundo lugar, en relación con su eficacia, ¿dan lugar las condiciones a una marcada diferencia? En tercer lugar, ¿promueven o limitan la «institución» de los pobres? En cuarto lugar, ¿son susceptibles de ser reproducidas, dado que la mayor parte de las experiencias hasta la fecha han tenido lugar en América Latina?

Condionalidades y derechos humanos

Existe una variedad de opiniones acerca de la situación de las condicionalidades de las CCT en términos de derechos humanos. Algunos sostienen que son contradictorios en su naturaleza y que obstruyen la agenda de los derechos humanos, al tiempo que otros destacan la importancia de las obligaciones que complementan esos derechos.

El primer argumento es que los derechos humanos son incondicionales y, al igual que la seguridad social, la salud y la educación, representan derechos humanos de reconocimiento general, por lo cual es inaceptable «denegar a una persona (padre o hijo) un derecho humano fundamental; una violación que podría darse a través de la imposición y la ejecución de condicionalidades» (Künemann y Leonhard, 2008, página 22). Desde esta perspectiva, la existencia de condicionalidades representa una denegación potencial de los derechos humanos.

Este problema se ve exacerbado por el hecho de que el cumplimiento de las condiciones puede no ser totalmente dependiente de los beneficiarios, sino también de la disponibilidad y de la calidad de los servicios sociales básicos. La inexistencia de tales servicios implica la exclusión *de facto* de un grupo de personas que necesita el acceso al derecho a la seguridad social. Esta situación, se sostiene, es especialmente dramática en las zonas con privación de servicios sociales, en las que tradicionalmente es también más elevada la vulnerabilidad. Además, los costos de oportunidad para reunir las condiciones de las CCT pueden penalizar a los más vulnerables que son los menos capaces de reunir tales condiciones.

Además, se sostiene que las tensiones provocadas por el cumplimiento de esas condicionalidades es sólo responsabilidad del individuo/hogar y, como consecuencia, las

CCT implícitamente transmiten la idea de los pobres «merecedores» y de los pobres «no merecedores». Si bien tal opinión preconcebida podría tender a facilitar una legitimidad política y social de las CCT, es claramente perjudicial desde una perspectiva de derechos humanos. Los derechos son universales en su carácter y no pueden basarse en hipotéticos merecimientos.

Sin embargo, como se señalara antes, las condicionalidades también son apoyadas desde una perspectiva basada en los derechos. De hecho, han sido invocados como una manera de promover una combinación de derechos y como un medio de facilitar su materialización. Esto representa un importante cambio, dado que, aunque universales en principio, en la práctica los derechos han seguido siendo incumplidos para muchos, si no la mayoría, de los pobres. Las CCT pueden representar un camino concreto de salvar la brecha entre los fundamentos legales de los derechos y su cumplimiento práctico. Se sostiene que esto puede alcanzarse porque se ha reconocido que el conocimiento situacional de los beneficiarios y de su comportamiento, son factores medulares para la materialización de los derechos. Además, las CCT pueden influir positivamente en el comportamiento de los no beneficiarios que pueden querer obtener un acceso a la participación. De manera más amplia, se argumenta que las condiciones obligan no sólo a los beneficiarios, sino también a las autoridades públicas, a crear las condiciones necesarias (es decir, la disponibilidad de los servicios básicos) para su cumplimiento. He ahí por qué las CCT se presentan en la actualidad como un vehículo de corresponsabilidad, por ejemplo, en el discurso que respalda el programa *Bolsa Família* de Brasil. Está fuera del alcance de este documento la realización de una revisión extensiva de las prestaciones del lado de la oferta, pero basta con decir que las CCT tienden a exponer los límites de los servicios sociales básicos existentes y pueden desempeñar un papel valioso en la incentivación de su mejora.

Además, a la hora de evaluar el papel de las condicionalidades, es esencial considerar la manera en que las autoridades públicas las ejecutan. En realidad, la falta de cumplimiento puede tener diferentes efectos en diferentes programas. Puede ser el detonante de un enfoque punitivo que conduzca a la exclusión del beneficiario. Igualmente, el incumplimiento también puede entenderse como una función que revela la vulnerabilidad de los individuos. Esto arroja luz en el equilibrio — o en la falta del mismo — entre las soluciones aportadas y las necesidades del beneficiario, pudiendo generar un «bucle de retroalimentación» mediante el cual otra investigación conduzca progresivamente a unas mejores soluciones.

Por último, la existencia de condiciones puede reforzar el poder de negociación de algunos miembros del hogar (de Brauw y Hoddinott, 2008), con lo cual se facilita el cumplimiento de sus derechos y la promoción de su situación dentro del hogar. Este aspecto puede ser de particular importancia para las mujeres y los niños, dado que ocupan tradicionalmente una posición subordinada dentro del hogar. Tales condiciones podrían también funcionar para superar los efectos inducidos por la estigmatización que, de otro modo, se asociarían a los programas de bienestar (de Brauw y Hoddinott, 2008). Por último, las recientes conclusiones de la economía del comportamiento ponen de manifiesto que «en los hogares miopes se emprenden con frecuencia acciones que pueden reducir, a largo plazo, su propio bienestar (...) La condicionalidad genera una restricción que limita los efectos adversos de esta miopía» (*ibid.*). En otras palabras, las CCT pueden brindar una salvaguardia frente a una mala decisión que no concuerda con los objetivos del desarrollo humano o, discutiblemente, con los mejores intereses de los miembros del hogar.

¿Marcan las condiciones la diferencia?

Un argumento clave propuesto para que se prefieran regímenes de transferencia en metálico condicionadas o incondicionadas, reside en que las condiciones actúen como un fuerte incentivo para que las familias inviertan, en particular en la salud y en la educación

de sus hijos. Las condiciones también constituyen un estímulo, si no una obligación, para que las autoridades públicas inviertan en los servicios pertinentes cuando su disponibilidad y su calidad no sean satisfactorias. En la práctica, las CCT han demostrado buenos resultados que tienden a confirmar tales aseveraciones, aunque es relativamente poca la investigación documentada hasta la fecha. Las evaluaciones de las CCT de México, *Progresá*, respecto del impacto de la imposición de las condiciones relacionadas con la educación en la matriculación y en la asistencia escolares, muestran un efecto significativo (de Brauw y Hoddinott, 2008, página 1) ¹⁴.

Dicho esto, y como se describiera antes en este capítulo, las transferencias incondicionales en metálico (UCT) también pueden arrojar unos resultados de desarrollo humano favorables. Por ejemplo, la DFID sostuvo que «las transferencias en metálico no necesitan que se haga condicional la asistencia escolar para que ejerza un impacto en la educación de los niños» (2005, página 14). En Brasil, las pensiones de vejez han contribuido a aumentar la asistencia escolar y existen pruebas de que el dinero pagado a través del régimen de pensiones de Namibia acabó gastándose en la educación de los hijos, a pesar de la ausencia de condiciones. De este modo, no se puede suponer automáticamente que sean las propias condicionalidades las que son fundamentales a la hora de satisfacer los objetivos de desarrollo humano. No obstante, el elemento condicional ayuda a mejorar la aceptabilidad de las transferencias sociales dirigidas a los pobres. Las condicionalidades evidentemente mejoran la aceptación de los regímenes, debido a que reflejan la ética social de la reciprocidad, que las prestaciones para los pobres, tanto como para otros miembros de la sociedad, deberían verse equilibradas de alguna manera por las responsabilidades.

Las CCT también tienen algunos inconvenientes en términos de objetivos de desarrollo humano. Por ejemplo, si un hogar no satisface una condicionalidad relativa a la salud, podría ser excluido de otras prestaciones para el desarrollo contenidas en las mismas CCT, como la reducción de la pobreza y la mejora de la alimentación. El objetivo de desarrollo humano apenas serviría y se reforzaría «castigando» a los hogares, mediante la suspensión o la expulsión del programa por haber incumplido las obligaciones, cuando existe la probabilidad de que aquellos que sufrieran directamente fueran los hijos, y no aquellos que debieran cumplir verdaderamente con las obligaciones.

Agencia de la gente pobre y las CCT

Algunos sostienen que, debido a que las CCT refuerzan el acceso a la salud, a la educación y a unos mejores ingresos, promueven la «agencia» de la gente pobre. Además, la existencia de condicionalidades puede fortalecer el poder de negociación y la situación de las mujeres y de los hijos en el hogar. Por otra parte, algunos consideran que las CCT represen una forma de paternalismo mezquino, mostrando poca fe en los pobres para saber lo que es mejor para ellos y sus familias. Como sostuvieran Künnemann *et al.* (2008, página 16), las CCT son, en este sentido, «limitadoras de la libertad», privando «a los pobres de la libertad de adoptar las decisiones adecuadas para aumentar el bienestar del hogar». Samson *et al.* (2006, página 12) se hace eco de esta opinión, señalando que existe un sólido argumento contra las transferencias condicionales porque «la imposición de las

¹⁴ De Brauw y Hoddinott detectaron que en promedio, los hijos de hogares que no reciben los formularios de control, tienen 7,2 puntos porcentuales menos de probabilidad de matricularse en la escuela (2008, página 1). Además, «Cuando los hijos hacen la transición a los inicios de la escuela secundaria, el impacto era aún mayor, al tiempo que no existía un impacto mensurable en cuanto a los hijos que continuaban la escuela primaria. El impacto es aún más pronunciado en los hogares con cabezas de familia analfabetas» (*ibid.*).

condicionalidades pueden debilitar la autonomía de los hogares y supone que los pobres no harán unas elecciones racionales que mejoren sus medios de vida».

Reproducción de las CCT

Otro aspecto importante del debate es la cuestión de si las CCT pueden entrar en funcionamiento en países que no sean aquellos que las habían «adoptado tempranamente» en América Latina. ¿Son éstos verdaderamente idóneos y factibles en los países de bajos ingresos donde la infraestructura reinante está menos desarrollada? Lo que es posible en grandes países de medianos ingresos como Brasil, es muy diferente en un país subsahariano de bajos ingresos. Como señalara Tabatabai (2006, página 13), es probable que los países de bajos ingresos se vean obstaculizados por grandes restricciones del lado de la oferta, una grave falta de escuelas y clínicas, y con unos recursos presupuestarios limitados. Para muchos, es continua la preocupación de que los países de bajos ingresos pudieran ser más eficaces a la hora de reorientar los recursos que se necesitarían para administrar las condiciones y que podrían tener una aplicación más adecuada en la mejora de los servicios sociales existentes. Las restricciones del lado de la oferta son evidentemente más apremiantes en los países más pobres y en sus regiones. Un punto final está dado por el hecho de que la continuidad de las CCT no está, en modo alguno, asegurada cuando cambian los gobiernos.

Es improbable que este debate se resuelva en un futuro previsible. No obstante, las CCT han pasado a ser unos medios promisorios para reducir la pobreza y mejorar los resultados del desarrollo humano.

c) *Asistencia social: de la redistribución a la inclusión social*

Entre los importantes impulsores del surgimiento de la asistencia social, se encuentra el reconocimiento de que, aun en los contextos en los que se contaba y se cuenta con unos regímenes contributivos bien establecidos, un importante porcentaje de la población de edad laboral carece de unas condiciones económicas mínimas para una vida digna. Como se concibiera y aplicara tradicionalmente, los regímenes de asistencia social funcionaban para reforzar la seguridad del ingreso de los pobres, considerándolos como miembros del conjunto de la sociedad y transfiriéndoles parte de la riqueza producida por esa sociedad.

En base a esta función redistributiva, la asistencia social se entendió fundamentalmente como una «red de protección» que protegía a aquellos cuya seguridad del ingreso no podía, por alguna razón, ser asegurada por el nexo del empleo con un seguro social. En la mayoría de los casos, se entendía que esa protección iba a ser temporal, dado que se esperaba que el funcionamiento económico natural de la sociedad los integrara nuevamente en el sistema económico.

La función redistributiva de la asistencia social ha sido, sigue siendo y será siempre, esencial para la lucha contra la pobreza, asegurando la satisfacción de las necesidades de los pobres. Sin embargo, tales sistemas tienen también una función redistributiva en un plazo más largo, aportando algunas medidas de apoyo al ingreso para aquellos que cayeron en una pobreza temporal, pendiente de su reintegración económica. Otro aspecto importante de la redistribución es que se establece un «piso» económico, que permite que los hogares beneficiarios contribuyan al acceso a los «activos sociales» (por ejemplo, la educación y la salud), con lo que se mejora su capacidad de recuperación frente a la pobreza.

Empero, si bien la asistencia social representa un componente necesario del conjunto, por sí sola no se ha revelado suficiente para combatir la pobreza a largo plazo. En última instancia, es necesario abordar directamente los diversos factores que subyacen a la

pobreza, en particular el de la exclusión de una serie de «activos sociales». De hecho se ha asistido, en los últimos 20 años, a nuevas formas de asistencia social que explícitamente abordan éstos y otros factores, yendo, así, más allá de la simple redistribución y conduciendo a la asistencia social de un marco de «red de protección» a un marco de «inclusión social», y brindando un acceso a una gama de servicios básicos, especialmente la asistencia médica y la educación, al igual que a oportunidades económicas.

Las características más comunes de esos programas (especialmente para los del tipo CCT) son el acceso a los servicios de salud para los hijos y sus madres, y el acceso a la educación de los hijos. Se consideran un mecanismo valioso que intensifica las capacidades de las personas pobres, lo que les brinda una salida de la pobreza en el largo plazo. Asegurar el acceso de los hijos a la educación es especialmente beneficioso, puesto que contribuye a reducir el trabajo infantil, que no sólo representa una violación de los derechos de los niños, sino que también tiende a atraparlos en unos trabajos menos calificados/escasamente pagados cuando llegan a adultos.

El acceso a las oportunidades económicas se ha promovido, ya sea directamente, a través del suministro de un trabajo (como se ejemplifica en los programas de obras públicas), ya sea indirectamente, mediante la creación de condiciones para el desarrollo de la empleabilidad, la capacidad empresarial y el acceso al mercado laboral (incluidos el suministro de insumos, el acceso a microcréditos y la formación).

Otro aspecto importante de la asistencia social inclusiva ha sido el apoyo a categorías particulares de pobres en edad laboral. Un grupo de especial importancia es el de las mujeres en edad laboral y un ejemplo de tal régimen es el Régimen Rural Nacional de Garantía del Empleo, de la India (NREGS), en el que un cupo específico de plazas se reserva para las mujeres. Otro grupo que merece especial atención es el de los «pobres extremos», que afrontan obstáculos específicos para acceder a los servicios disponibles y a las oportunidades económicas. Los programas pertinentes a menudo funcionan de manera intensiva y personalizada en las zonas de exclusión (BRAC/TUP, en Bangladesh, y *Solidario*, en Chile, constituyen notables ejemplos).

En consecuencia, la asistencia social inclusiva ha venido ganando protagonismo en la agenda del desarrollo humano. Ha pasado a constituirse en el principal instrumento para abordar la pobreza, al tiempo que promueve unas sociedades más cohesionadas. No obstante, así como se ha intensificado el impacto potencial de la asistencia social en el tratamiento de la pobreza, de igual modo ha ocurrido con los desafíos.

El primero de esos desafíos es la necesidad de suministrar servicios, cuya demanda se va construyendo mediante la asistencia social. La disponibilidad de servicios de salud y de educación, y su capacidad para hacer frente a la creciente demanda, pasan a ser la clave del éxito. Lo mismo se aplica a las oportunidades económicas, en términos de creación y de sostenibilidad de puestos de trabajo, sobre todo en un clima macroeconómico desfavorable.

El segundo desafío está dado por garantizar la adecuación, no sólo en términos de cantidad, sino también de calidad, de los servicios prestados y de los trabajos generados. En el caso de los servicios, al tiempo que importa la calidad general, es de primordial importancia la satisfacción de las necesidades de los pobres. Un buen ejemplo de esto puede verse en la educación, en la que el objetivo clave es asegurar que una creciente matriculación y asistencia escolar no se acompañe de unas tasas mayores de abandono y de unos índices más grandes de fracaso.

Esta discusión viene a ilustrar la relevancia de la coordinación de la asistencia social con otros sectores (en particular, la educación, la salud y el empleo), preferentemente en un marco de desarrollo global e integrado.

4. Resumen, conclusiones y preguntas

4.1. Resumen y conclusiones

Cualquiera sea el escenario nacional, los sistemas de seguridad social actúan como *estabilizadores sociales y económicos*. No sólo impiden que la gente caiga en la pobreza y en la inseguridad, sino que garanticen el acceso a los servicios de salud necesarios y a la educación, y que sean menos las probabilidades de tensiones sociales. También constituyen un factor indispensable para la capacidad productiva de las personas y para la estabilización de la demanda agregada en tiempos de crisis económica.

En los países que en la actualidad carecen de una seguridad social sólida y de programas de apoyo del ingreso, los primeros cimientos para un sistema nacional general de seguridad social, deberían comprender un paquete básico de transferencias sociales, que, en combinación con acciones dirigidas a garantizar el acceso a una alimentación adecuada y asequible, y a unos servicios sociales y médicos esenciales, constituyera un *piso de protección social*. Se está obteniendo un apoyo extendido de una política en la que los países puedan crecer con equidad, es decir, otorgando alguna forma de protección social desde los estadios iniciales de su desarrollo económico. Efectivamente, hay sobradas pruebas de que, en ausencia de un concepto idóneo de equidad y de igualdad, el crecimiento económico no es, de hecho, sostenible a largo plazo.

Los conceptos centrales en materia de políticas que aquí se describen, surgen del análisis de los principios que subyacen en: la Declaración Universal de Derechos Humanos, la Constitución de la OIT de 1919, el mandato definido en la Declaración de Filadelfia de 1944, las Conclusiones de la CIT de 2001, la Declaración sobre la Justicia Social para una Globalización Equitativa (2008) y el Pacto Mundial para el Empleo (2009), junto con los convenios pertinentes de la OIT actualizados.

El paradigma de desarrollo de la seguridad social

Puede perfilarse en la actualidad una estrategia conceptual para la campaña de extensión de una cobertura de seguridad social adecuada para las presentes condiciones económicas y sociales globales, una estrategia que descansa en los fundamentos legales aquí sentados y en los principios básicos desglosados del enfoque general de las políticas de la OIT. Deberá ser éste un enfoque de dos dimensiones. La primera dimensión comprende la extensión de una medida de seguridad del ingreso y de un acceso a la asistencia médica, aun en un modesto nivel básico, a toda la población. Esta dimensión puede llamarse «*extensión horizontal*». En la segunda dimensión, el objetivo es procurar otorgar unos niveles más elevados de seguridad del ingreso y un acceso a unos grados de asistencia médica de mayor calidad que protejan el nivel de vida de los individuos y de sus familias, aun cuando se encuentren frente a contingencias fundamentales de la vida, como el desempleo, la enfermedad, la invalidez, la pérdida del sostén de la familia y la vejez. Esta dimensión puede llamarse «*extensión vertical*».

La metáfora que surge de las consideraciones anteriores del marco estratégico para la extensión de la cobertura de la seguridad social, está dada por la imagen de una escalera de seguridad social. El nivel de piso comprende unas garantías básicas para todos; el segundo nivel, un derecho a prestaciones para aquellos que tienen una capacidad de pago de impuestos o contributiva (donde los niveles mínimos de prestaciones se definen y protegen mediante la ley) y finalmente, en el caso de aquellos que tienen una necesidad específica de unos niveles elevados de protección, pueden organizarse unos acuerdos voluntarios, clásicamente a través de seguros privados, que deberían ser regulados mediante una

supervisión pública. Esta metáfora se aplica a los países en todas las etapas de su desarrollo, aunque el porcentaje de participantes cuya única protección consiste en unas garantías sociales básicas, es, por supuesto, más alto en países con un nivel de desarrollo económico inferior. La forma organizativa de aplicación del paradigma debería enmarcarse en una política nacional, no pudiendo determinarse de manera realista con carácter internacional. En última instancia, el objetivo debe ser asegurar unos resultados sociales adecuados, a saber, que todos tengan acceso a alguna medida de seguridad social y que su protección mejore conforme se vayan desarrollando las economías.

El concepto de piso de protección social

El concepto de un *piso de protección social*, fue adoptado por la CEB como un componente del enfoque de las políticas para abordar la crisis financiera global, y fue avalado por la CIT de 2009, como un elemento del Pacto Mundial para el Empleo. Se concibe un piso de protección social que consiste en dos elementos principales que contribuirían al logro de los derechos humanos respectivos ¹:

- *Servicios públicos esenciales*: acceso geográfico y económico a los servicios esenciales (como el agua, los servicios de saneamiento, la salud y la educación).
- *Transferencias sociales*: un conjunto básico de transferencias sociales esenciales, en metálico y en especie, pagadas a los pobres y vulnerables, a efectos de otorgar una seguridad mínima del ingreso y un acceso a la asistencia médica esencial.

El componente de transferencia social del piso de protección social ² comprende un conjunto básico de garantías sociales esenciales concretadas a través de transferencias en metálico y en especie que aseguran, clásicamente:

- acceso universal a los servicios médicos esenciales;
- seguridad del ingreso (o de la subsistencia) para los hijos, a través de prestaciones por hijos;
- apoyo del ingreso combinado con garantías de empleo, mediante programas de obras públicas para los pobres de edad activa que no pueden obtener unos ingresos suficientes en el mercado laboral ³;
- seguridad del ingreso a través de unas pensiones básicas financiadas con cargo a los impuestos para los mayores, los discapacitados y aquellos que hubiesen perdido al principal sostén de la familia.

El término «garantías» deja abierta la cuestión de si se otorgan todas o algunas de esas transferencias: i) con carácter universal a todos los habitantes de un país; o ii) se organizan a través de unos regímenes de seguro social obligatorios y con una amplia base contributiva; o iii) sólo en caso de una necesidad evaluada; o iv) se vinculan con algunas condiciones de comportamiento. El determinante clave es que todos los ciudadanos tengan

¹ Véase la Declaración Universal de Derechos Humanos, artículos 22, 25 y 26.

² Véase la OIT (2008e), sección IA, ii).

³ Incluidas las mujeres en los últimos meses de embarazo y durante el mes inmediatamente posterior al parto.

acceso a los servicios médicos esenciales y a los medios que aseguren un nivel mínimo de ingresos.

Diferentes países preverán y aplicarán diversas combinaciones de sistemas de protección social en base a las necesidades, en base a los seguros y no contributivos universales. El proceso de decisión en cuanto a cómo construir el piso social básico y a qué prestaciones introducir como asunto prioritario, debería ser trasladado para su consideración, incluidos los niveles de pobreza y vulnerabilidad, junto con la disponibilidad de un espacio fiscal y de una solidez institucional.

En la actualidad, el 80 por ciento de la población mundial tiene una cobertura menor que la protección social idónea. Sin embargo, están surgiendo nuevos sistemas de transferencias básicas en metálico junto con servicios de bienestar social. Si bien las modalidades de financiación y de aplicación, así como las implicaciones en materia de políticas, varían considerablemente, todos los sistemas a escala mundial comparten los objetivos de reducir la vulnerabilidad de los hogares y sus causas, y de asegurar el acceso a los alimentos, a la salud y a la educación. A lo largo de los últimos diez años, han ido surgiendo nuevos programas de transferencia en metálico en aproximadamente 30 países, la mayoría en países en desarrollo, de todo el mundo que pueden considerarse ya como elementos que conceden un piso de protección social. Realizados por programas emblemáticos, como *Oportunidades* de México, *Bolsa Família* de Brasil, un sistema de concesión de prestaciones por hijos, de vejez y de invalidez, en la India, el número de programas que se encuentra hoy en funcionamiento en el mundo, se aproxima a 80, y el número de participantes, entre 150 y 200 millones. No obstante, esto aún representa un pequeño porcentaje de la población mundial que vive en situación de extrema pobreza.

Asequibilidad y financiación del piso de protección social

La OIT ha calculado que un conjunto de transferencias mínimas no han de ser necesariamente costosas en términos de *per cápita*. Un estudio de costos de 12 países en desarrollo de bajos ingresos, muestra que se proyecta que el costo bruto inicial de un paquete hipotético básico anual de transferencias sociales (excluido el acceso a la asistencia médica básica, que, en cierta medida, ya se financia) se encuentre, en 2010, entre el 2,2 y el 5,7 por ciento del PIB. Los elementos individuales parecen incluso más asumibles. Los costos anuales de otorgamiento de pensiones universales básicas de vejez y de discapacidad, por ejemplo, se estiman, para 2010, entre el 0,6 y el 1,5 por ciento del PIB, en los países considerados.

El desafío central de la financiación de las garantías de seguridad social básicas sigue residiendo en asegurar el espacio fiscal necesario. La amplia variedad de recursos que los países, con el mismo nivel de PIB *per cápita* gastan en transferencias sociales, viene a indicar que la asignación de recursos a la financiación de transferencias sociales es esencialmente un asunto de determinación política y de prioridades políticas. Es menester una «voluntad política» para asignar a la seguridad social una determinada parte de los recursos gubernamentales existentes y para aumentarlos, si así se requiere.

Un incremento del espacio fiscal para la seguridad social requiere, así, decisiones políticas respecto de las prioridades de gasto de los gobiernos, junto con, en muchos casos, inversiones en reformas tributarias nacionales. El ejemplo de muchos países africanos en la última década, viene a demostrar que los países en desarrollo pueden aumentar con éxito sus ingresos relativos al PIB.

Al tiempo que se busca expandir la «asignación de recursos» disponibles para la financiación de la seguridad social, obviamente es de importancia decisiva reconocer la viabilidad de realizar mejoras significativas mediante la utilización efectiva de los recursos que se encuentran disponibles. Así, se deberían adoptar medidas para maximizar la

capacidad administrativa de cara al otorgamiento de las prestaciones eficientemente y minimizar el desperdicio y el mal uso de los recursos.

Aspectos instrumentales del enfoque en curso de la OIT

La legitimidad básica de la OIT para todos los medios de acción, especialmente sus recomendaciones en materia de políticas, sigue residiendo en su competencia normativa. Las normas sobre seguridad social vigentes de la OIT, aportan una excelente base para la extensión vertical de la cobertura de seguridad social, pero son mucho más débiles cuando se trata de extender las prestaciones a todos en base a un conjunto mínimo de garantías sociales. Si bien la Constitución establece un mandato general, los únicos instrumentos formales que promueven la cobertura universal para las prestaciones básicas son la Recomendación sobre la seguridad de los medios de vida, 1944 (núm. 67) y la Recomendación sobre la asistencia médica, 1944 (núm. 69). Si bien la Recomendación sobre la seguridad de los medios de vida, 1944 (núm. 67) ha sido declarada actualizada, no ocurre lo mismo con la Recomendación sobre la asistencia médica, 1944 (núm. 69).

Las normas sientan las bases para la autoridad de todo el asesoramiento técnico y la cooperación técnica de la OIT, así como la orientación política básica para los mismos, incluidas las actividades con arreglo a la campaña. Los instrumentos vigentes, el mandato constitucional de la OIT y la Declaración Universal de Derechos Humanos, constituyen el fundamento legal para las garantías sociales en el concepto de piso social. Empero, pareciera necesario un mecanismo de consolidación del mandato legal y de aportación de una orientación respecto de la definición exacta de las cuatro garantías básicas y del nivel de protección, así como de la variedad de formas organizativas y legales que pudieran adoptar las garantías, para facilitar una formulación nacional e internacional de las políticas y una guía para la OIT.

4.2. Cuestiones para la discusión

- ¿Cómo puede una estrategia nacional de seguridad social coherente, coordinada y realista, ser definida de modo que combine de modo óptimo las dimensiones horizontal y vertical de la extensión de la cobertura?
- ¿Cómo puede/debería establecer un país sus propias prioridades relativas a las prestaciones y en base a qué dimensiones y parámetros, en el marco del concepto de piso de protección social?
- ¿Cómo pueden/deberían los países emprender iniciativas de secuenciación en relación con el piso de protección social junto con medidas de seguridad social de nivel más elevado?
- ¿Cómo deberían establecerse los niveles mínimos de las prestaciones teniendo en cuenta los umbrales nacionales de pobreza y los niveles de ingreso prevalentes?
- ¿Cómo puede defenderse, liberarse y/o extenderse el espacio fiscal para garantizar la financiación de unos niveles de prestaciones adecuados?
- ¿Cómo pueden promoverse en el plano nacional e internacional (a través de medios jurídicos, de defensa u otros) los mecanismos de las prestaciones, que son necesarios para una garantía efectiva con arreglo al concepto de piso de protección social?

Anexo

Terminología

Protección social y seguridad social

Los términos «protección social» y «seguridad social» se utilizan de maneras divergentes, y no siempre consecuentes, difiriendo ampliamente según los países, las organizaciones internacionales y también con el tiempo. La finalidad de este anexo no es hacer valer ninguna definición universal, sino simplemente aclarar términos y conceptos que se utilizan en este informe y en otros documentos de la OIT.

Seguridad social

La noción de seguridad social adoptada aquí comprende todas las medidas que conceden prestaciones, ya sea en metálico, ya sea en especie, para garantizar la protección en caso de, entre otras cosas, *a*) una falta de ingresos relacionados con el trabajo (o unos ingresos insuficientes) ocasionada por la enfermedad, la discapacidad, la maternidad, los accidentes laborales y las enfermedades profesionales, el desempleo, la vejez o el fallecimiento de un miembro de la familia; *b*) una falta de acceso o un acceso inasequible a la asistencia médica; *c*) un apoyo familiar insuficiente, especialmente en el caso de los hijos y de los adultos dependientes; *d*) la pobreza general y la exclusión social. La seguridad social tiene, así, dos dimensiones principales (funcionales), a saber, la «seguridad del ingreso» y la «disponibilidad de la asistencia médica», que se identifican específicamente en la Recomendación sobre la seguridad de los medios de vida, 1944 (núm. 67) y la Recomendación sobre la asistencia médica, 1944 (núm. 69), respectivamente, de la OIT, como «elementos esenciales de seguridad social». Estas recomendaciones prevén, en primer término, que «los regímenes de seguridad de los medios de vida deberían aliviar el estado de necesidad e impedir la miseria, restableciendo, en un nivel razonable, los ingresos perdidos, a causa de la incapacidad para trabajar (comprendida la vejez), o para obtener trabajo remunerado o a causa de la muerte del jefe de familia»¹. En segundo término, «el servicio de asistencia médica debería garantizar a las personas la asistencia que puedan prestar los miembros de la profesión médica y de las profesiones afines» y «el servicio de asistencia médica debería amparar a todos los miembros de la comunidad»². Esta dualidad también queda reflejada en la formulación de la Declaración de Filadelfia, que habla de «las medidas de seguridad social para garantizar ingresos básicos a quienes los necesiten y prestar asistencia médica completa».

El acceso a la seguridad social es, en su naturaleza esencial, una responsabilidad pública, y se otorga clásicamente a través de instituciones públicas, financiadas mediante cotizaciones o con cargo a impuestos. Sin embargo, la concesión de la seguridad social puede delegarse, y a menudo lo es, a entidades privadas. Además, existen muchas instituciones de carácter privado (de seguros, de autoayuda, de carácter comunitario o de carácter mutual) que pueden asumir algunas funciones de seguridad social, y unas modalidades importantes de seguridad del ingreso, incluidos, en particular, los regímenes de pensiones ocupacionales, que complementan y pueden sustituir, en una medida considerable, a elementos de los regímenes públicos de seguridad social. Los derechos a la seguridad social están condicionados al pago de cotizaciones de seguridad social durante períodos prescritos (es decir, regímenes contributivos, la mayor parte de las veces estructurados como acuerdos de seguro social) o a un requisito que a veces se describe como «de residencia», con arreglo al cual las prestaciones se otorgan a todos los residentes del país, que también cumplen otros criterios (es decir, regímenes no contributivos). Esos otros criterios pueden hacer que los derechos a prestaciones se condicionen a la edad, a la salud, al mercado laboral, a los ingresos o a otros determinantes de la situación social o económica y/o incluso de conformidad con determinadas formas de comportamiento. La asistencia social sujeta a verificación de recursos es un caso especial,

¹ Recomendación sobre la seguridad de los medios de vida, 1944 (núm. 67), de la OIT, Principios directivos, párrafo 1.

² Recomendación sobre la asistencia médica, 1944 (núm. 69), párrafos 1 y 8.

previsto en virtud de las disposiciones de la Recomendación sobre la seguridad de los medios de vida, 1944 (núm. 67) sobre la seguridad de los medios de vida.

Lo que distingue a la seguridad social de otros acuerdos de seguridad social es que: 1) las prestaciones se otorgan a los beneficiarios sin ninguna obligación de reciprocidad simultánea (con lo cual, no representa, por ejemplo, una remuneración por un trabajo o por otros servicios suministrados), y 2) no se basa en un acuerdo individual entre la persona protegida y el proveedor (como ocurre, por ejemplo, con un contrato de seguro de vida), pero el acuerdo se aplica a un grupo más amplio de personas, por lo cual tiene un carácter colectivo.

Dependiendo de la categoría de las condiciones aplicables, también se hace una distinción entre los regímenes no sujetos a verificación de recursos (en los que las condiciones de derecho a prestación no están relacionadas con el nivel total de ingresos o de riqueza del beneficiario y de su familia) y los regímenes sujetos a verificación de recursos (en los que el derecho se otorga sólo a aquellos que tienen unos ingresos o una riqueza por debajo de un umbral prescrito).

Una categoría especial de regímenes «condicionales» incluye los regímenes en los que, además de otras condiciones, se requiere que los beneficiarios (y/o sus parientes o familias) participen en programas públicos prescritos (por ejemplo, programas de salud o de educación específicos). En los años recientes, los regímenes de este tipo han pasado a conocerse como Transferencias Monetarias Condicionadas (CCT).

Las «ramas» (o funciones) de seguridad social, como se definen en el Convenio sobre la seguridad social (norma mínima), 1952 (núm. 102), incluyen la protección en caso de enfermedad (asistencia médica y apoyo del ingreso), discapacidad (asistencia médica, rehabilitación, apoyo del ingreso, asistencia de larga duración), maternidad (asistencia médica y apoyo del ingreso), accidentes del trabajo y enfermedades profesionales (asistencia médica, rehabilitación, apoyo del ingreso), desempleo (apoyo del ingreso, políticas activas de mercado laboral), vejez (apoyo del ingreso, asistencia de larga duración) o fallecimiento de un miembro de la familia (apoyo del ingreso). Sin embargo, los países que se dirigen a brindar el apoyo más amplio a los ciudadanos añadirían típicamente a su cartera de suministro social, funciones que incluyen el apoyo al ingreso para asegurarse una vivienda y el apoyo del ingreso, en caso de pobreza general y de exclusión social.

Protección social

Los términos «protección social» se utilizan en todo el mundo y en las instituciones con una variedad aún mayor de significados que «seguridad social». Se interpreta a menudo que tienen un carácter más amplio que la seguridad social (incluida, en particular, la protección que se otorgan los miembros de la familia o los miembros de una comunidad local)³, pero se utiliza también en algunos contextos con un significado más estrecho que el de la seguridad social (entendida como comprendiendo sólo las medidas orientadas a los más pobres, a los más vulnerables o a los miembros excluidos de la sociedad). De este modo, en muchos contextos, los términos «seguridad social» y «protección social» pueden ser ampliamente intercambiables y la OIT (siguiendo la tradición europea) utiliza, sin duda alguna, ambas expresiones a la hora del asesoramiento pertinente a sus mandantes⁴.

Por consiguiente, en este Informe, se hace una referencia a la «protección social» como dotada de los siguientes aspectos: 1) como «protección» otorgada por la seguridad social, en caso de riesgos y de necesidades; 2) en relación con un «piso de protección social», como prevén los

³ Este uso quedó reflejado en el Informe sobre el trabajo en el mundo 2000: La seguridad de los ingresos y la protección social en un mundo en plena transformación, OIT, Ginebra, 2000.

⁴ Puede señalarse, sin embargo, que la OIT utiliza el título institucional de «Sector de la Protección Social», que comprende una variedad más amplia de programas que la seguridad social y que trata de asuntos que incluyen la seguridad en el trabajo, las migraciones laborales y otros aspectos de las condiciones laborales, como las horas de trabajo, los salarios, etc.

organismos de la familia de las Naciones Unidas ⁵, para incluir, no sólo las transferencias sociales (seguridad), sino también el acceso a una gama de servicios sociales básicos.

Transferencias sociales

Todas las prestaciones de la seguridad social comprenden las transferencias, bien en metálico, bien en especie, es decir, que representan una transferencia de ingresos o de servicios (la mayor parte de las veces, de asistencia médica). Esta transferencia puede efectuarse, entre otros, de las personas activas a las personas mayores, de los que gozan de salud a los enfermos, de los ricos a los pobres. Los destinatarios de tales transferencias pueden encontrarse en condiciones de recibirlas de un régimen de seguridad social específico, por haber cotizado a tal régimen (régimen contributivo) o por ser residentes (régimen universal para todos los residentes) o por cumplir con unos criterios de edad específicos (régimen por categoría) o por experimentar unas condiciones de recursos específicas (régimen de asistencia social) o por cumplir con algunas de esas condiciones al mismo tiempo. Además, es un requisito de algunos regímenes que los beneficiarios cumplan unas tareas específicas (régimen de garantía de empleo, obras públicas) o adopten unos comportamientos específicos (CCT). En cualquier país de que se trate, en general coexisten varios regímenes de diferentes tipos, pudiendo otorgar prestaciones para contingencias similares a diferentes grupos de población. Se perfilan a continuación las características más específicas de estos diferentes regímenes.

En los regímenes contributivos, las cotizaciones efectuadas directamente por los beneficiarios, determinan los derechos a prestaciones (derechos adquiridos). La forma más común de régimen contributivo es la de un régimen de seguro social obligatorio para el empleo asalariado formal y en algunos países, para los empleados por cuenta propia. Otros regímenes contributivos comunes incluyen los fondos nacionales de previsión que habitualmente pagan una suma global a los beneficiarios cuando sobrevienen contingencias particulares (siendo las clásicas las de vejez, de invalidez y de fallecimiento). En el caso del empleo asalariado, las cotizaciones suelen ser pagadas tanto por los empleados como por los empleadores (por lo general, los regímenes de accidentes del trabajo y enfermedades profesionales son financiados en su totalidad por los empleadores). Los regímenes contributivos pueden ser financiados en su totalidad mediante cotizaciones, pero es frecuente que se financien en parte con cargo a los impuestos o de otras fuentes (bajo la forma de un subsidio para cubrir el déficit o bajo la forma de un subsidio general que sustituya a las cotizaciones de todos los cotizantes, o subvencionando sólo a grupos específicos de cotizantes) o beneficiarios (aquellos que no cotizan por dedicarse al cuidado de los hijos, por estudios, por servicio militar, por encontrarse desempleados o por tener un nivel demasiado bajo de ingresos como para cotizar o unas prestaciones demasiado mínimas en razón de unas cotizaciones bajas en el pasado).

Los regímenes de seguros, en el contexto de la seguridad social, se refieren a regímenes que garantizan la protección a través de un mecanismo de seguros. Los seguros se basan en: 1) el pago anterior de las primas o de las cotizaciones, es decir, antes de que sobrevenga la contingencia asegurada; 2) la participación o fondo común del riesgo, y 3) la noción de garantía. Las primas pagadas por (o para) los asegurados se reúnen en un «pool» y el fondo resultante es utilizado para cubrir los gastos efectuados exclusivamente por aquellas personas afectadas por el advenimiento de la contingencia o de las contingencias pertinentes (claramente definidas). Es habitual que los regímenes contributivos hagan uso de un vehículo de seguro (en general, un seguro social), no siendo cierto, necesariamente, lo contrario (los fondos nacionales de previsión, por ejemplo, no presentan un fondo común de riesgos). Cabe señalar que el seguro social se distingue, en términos estrictamente técnicos, en que el fondo común de riesgos se basa en el principio de solidaridad, frente a los acuerdos en materia de seguros, que son más de tipo familiar y comercial y que se basan en primas de riesgo calculadas individualmente.

Muchos regímenes de seguridad social de tipo contributivo se presentan y describen como regímenes de «seguro» (habitualmente «regímenes de seguro social»), a pesar de ser, de hecho, de carácter mixto, con algunos elementos no contributivos en los derechos a prestaciones. Esto toma en consideración una distribución más equitativa de las prestaciones, especialmente para quienes tienen, entre otras cosas, unos bajos ingresos o unas trayectorias laborales breves o interrumpidas.

⁵ Véanse las deliberaciones del Consejo de Jefes Ejecutivos del Sistema de las Naciones Unidas (CEB), París, abril de 2009 (CEB/2009/1).

Estos elementos no contributivos adoptan varias formas, financiándose mediante otras cotizaciones (redistribución dentro del régimen) o por el Estado.

A la inversa, los regímenes no contributivos o los regímenes de asistencia social no requieren (normalmente) una cotización directa de los beneficiarios o de sus empleadores como condición para el derecho a percibir las prestaciones que correspondan. Los regímenes no contributivos engloban a un amplio espectro de regímenes, que incluyen los regímenes universales para todos los residentes, algunos regímenes por categorías o regímenes sujetos a verificación de recursos. Los regímenes no contributivos se financian habitualmente con cargo a impuestos o a través de otros ingresos del Estado.

Los *regímenes universales para todos los residentes* otorgan prestaciones con la única condición de residencia. Tales regímenes se instauran, en su mayor parte, para garantizar el acceso a la asistencia médica. En general se financian con cargo a los impuestos, pero pueden requerir un copago por parte de los usuarios de los servicios de salud, algunas veces con exención para los más pobres (es típico que estos últimos puedan recibir cupones).

Los regímenes por categorías apuntan a grupos específicos (categorías) de la población. Las formas más frecuentes de regímenes por categorías son aquellas que transfieren ingresos a las personas de edad avanzada por encima de una determinada edad o a los hijos por debajo de una determinada edad. Algunos regímenes por categorías también apuntan a los hogares con unas estructuras específicas (por ejemplo, hogares monoparentales) o a grupos ocupacionales (como los trabajadores rurales). Los regímenes por categorías podrían también agruparse como universales, si cubren a todos los residentes que pertenecen a una determinada categoría, o incluir condiciones de recursos (regímenes de asistencia social). Pueden incluir otros tipos de condiciones, como realizar o cumplir determinadas tareas. La mayoría de los regímenes por categorías se financian con cargo a los impuestos.

Los regímenes sujetos a verificación de recursos apuntan a las personas cuyos medios (por lo general, sus activos y sus ingresos) caen por debajo de un determinado umbral. Tales regímenes específicos son muy diversos en cuanto a su diseño y a las características que poseen. Esta diversidad puede manifestarse a través de los métodos de selección de las metas que se emplean, de las condiciones requeridas para que los beneficiarios accedan a las prestaciones y de la inclusión de otras intervenciones que se otorgan por encima de la propia transferencia del ingreso real.

Las transferencias en metálico condicionales son los regímenes de asistencia social que conceden dinero a las familias, con la condición de que cumplan con unos requisitos de «comportamiento» específicos. Esto puede significar que deben asegurar que sus hijos asistan regularmente a la escuela (es clásico el 85-90 por ciento de asistencia) o utilicen unos servicios básicos preventivos de alimentación y de asistencia médica. Las CCT están, por lo general, sujetas a prueba de recursos.

Los regímenes de garantía del empleo aseguran el acceso a un determinado número de días de trabajo al año para los hogares pobres, otorgando en general unos salarios de un nivel relativamente bajo (es típico que sea en el nivel salarial mínimo, si éste se define adecuadamente). Tales programas adoptan, en general, la forma de una actividad de «obras públicas».

Los regímenes de seguridad social (programas, medidas) deberían considerarse como un cuerpo distinto de normas y, por tanto, caracterizarse por al menos un cierto grado de «formalidad», apoyado por una o más instituciones de seguridad social que rigieran la concesión de prestaciones de seguridad social y su financiación. En general, debería ser posible elaborar una cuenta separada de los ingresos y de los gastos para cada régimen de seguridad social. Ocurre con frecuencia que un régimen de seguridad social otorga una protección contra un solo riesgo o necesidad y cubre a un solo grupo específico de beneficiarios. Sin embargo, es típico que una institución administre más de un régimen de prestaciones.

Todos los regímenes y todas las instituciones de seguridad social de un país, están inevitablemente interrelacionados y son complementarios en sus objetivos, funciones y financiación, conformando, así, un sistema nacional de seguridad social. Por razones de eficacia y de eficiencia (y la OIT siempre recomendará esto a sus mandantes), es esencial que exista una estrecha coordinación dentro del sistema y que — sobre todo, con propósitos de coordinación y de planificación — los ingresos y las cuentas de los gastos de todos los regímenes se reúnan en un presupuesto de seguridad social del país, de modo que el gasto futuro y la financiación de sus regímenes, comprendido el sistema de seguridad social, se proyecten de manera integrada.

Riesgos, contingencias, inseguridad y gestión del riesgo⁶

Las contingencias son acontecimientos que podrían o no suceder (tener un accidente o ganar la lotería, por ejemplo). Los riesgos son contingencias que se perciben como un efecto negativo o perjudicial en los individuos, los grupos o las sociedades, o incluso en entidades más complejas, como el medioambiente. En este sentido, los riesgos incluyen una amplia gama y variedad de contingencias como las inundaciones, los terremotos, los conflictos, la pérdida de trabajo, el fallecimiento de un miembro de la familia que obtiene los ingresos o la enfermedad crónica.

Un individuo (o un grupo) está expuesto a un riesgo si puede sobrevenir un determinado acontecimiento y verse afectado por el mismo. Un ejemplo podría ser el de vivir en un entorno en el que pudiese contraerse una determinada enfermedad. Un individuo que se traslada a un país en el que no existe esa particular enfermedad, ya no está expuesto a la misma. El individuo (o grupo) es vulnerable a un determinado riesgo, si no cuenta con medios para hacer frente a las consecuencias de ese riesgo una vez ocurrido. Por ejemplo, no poder permitirse una asistencia médica que lo ayudara a recuperar su salud. Aquellos que son vulnerables a un determinado riesgo, tienen necesidad de un mecanismo de protección que reduzca su vulnerabilidad. La seguridad social reduce la vulnerabilidad a las consecuencias económicas de determinado riesgo, si se materializan o cuando se materializan, es decir, que otorga una seguridad o que disminuye la inseguridad. Si bien pueden adoptarse medidas, en lo posible, para evitar accidentes o enfermedades, la contribución directa de la seguridad social a la reducción de la exposición a los riesgos, es necesariamente limitada.

No todos los riesgos son imprevisibles y están fuera de control. Por ejemplo, la probabilidad de contraer una determinada enfermedad puede reducirse mediante un comportamiento consciente de la salud; el riesgo de desempleo, puede disminuirse trasladándose a una región en la que exista una gran demanda de capacitación individual; y la exposición de las familias, enviando a éstas fuera de un país que esté asediado por tensiones políticas o malas condiciones sanitarias. Esta es la reducción, la evitación o la prevención del riesgo. El pago de unas cotizaciones al seguro que garanticen el derecho a una prestación en efectivo, en caso de que sobreviniera una determinada contingencia, ayuda a mitigar el riesgo de que se trate. Las prestaciones de asistencia social concedidas en caso de pobreza, se consideran como un medio para hacer frente al riesgo (aunque el grado de afrontamiento se refleje claramente en la adecuación de las prestaciones o de alguna otra manera). Toda la cartera de estrategias y de acuerdos que va de la reducción, la evitación o la prevención del riesgo a la atenuación del riesgo y al afrontamiento del riesgo se llama «gestión del riesgo».

⁶ El texto de esta subsección se acerca a Cichon *et al.*, 2006.

Bibliografía

- Adema, W.; Ladaique, M. 2005. Net social expenditure, 2005 edition: More comprehensive measures of social support, *OECD Social, Employment and Migration Working Papers* No. 29 (Paris, OECD).
- Agüero, J.; Carter, M.; Woolard, I. 2006. «From flows to stocks: The impact of unconditional cash transfers on human capital», presentado en la Conferencia CSAE on Reducing Poverty and Inequality: How can Africa be included? 20-21 marzo 2006 Oxford (UK).
- . 2007. *The Impact of Unconditional Cash Transfers on Nutrition: The South African Child Support Grant*. Working Papers 39 (Brasilia, International Policy Centre).
- Ahmed, S. 2005. *Delivery mechanisms of cash transfer programs to the poor in Bangladesh*. Serie de Documento de Discusión sobre Protección Social núm. 0520 (Washington D.C., Banco Mundial).
- AISS, 2008. *SudAfrica*. www.issa.int/aiss/Observatory/Country-Profiles/Regions/Africa/South-Africa#
- Ananias de Sousa, P. 2009. Panel sobre un programa de garantía del ingreso: Programa *Bolsa Familia*, presentado ante la Comisión de Empleo y Política Social, Consejo de Administración de la OIT, Ginebra, marzo de 2009.
- Araujo, M. 2006. *Assessment of the child money program and properties of its targeting methodology*. Serie de Documentos de Trabajo sobre Mongolia, documento núm. 2006-1 (Washington D.C., Banco Mundial).
- Ardington, E.; Lund, F. 1995. «Pensions and development: Social security as complementary to programmes of reconstruction and development», en *Development Southern Africa*, vol. 12, núm. 4, págs. 557-577.
- Attanasio, O.; Pellerano, L.; Polania, S. 2008. *Building trust? Conditional cash transfers and social capital*. EWP08/02 (London, The Institute for Fiscal studies (IFS)).
- Baeza, C.; Packard, T. 2006. *Beyond survival: Protecting households from health shocks in Latin America* (Banco Mundial y Stanford University Press).
- Banco Central do Brasil. 2008. Boletim do Banco Central do Brasil: Relatório Anual 2007, BACEN. (Brasilia).
- Banco Mundial. 1999. *Voices of the Poor* (Washington D.C.).
- . 2001. *Informe sobre el desarrollo mundial 2000/01, Lucha contra la pobreza*, Parte IV Seguridad, capítulo 8 (Mundi-Prensa Libros).
- . 2006. *Colombia: Familias en Acción* (Families in Action).
- http://siteresources.worldbank.org/SAFETYNETSANDTRANSFERS/Resources/281945-1131738167860/1898367-1150829758165/Colombia_FamiliasenAccion.pdf
- . 2008. «Food price crisis imperils 100 Million in poor countries», Zoellick Says. Press Release.

<http://web.worldbank.org/WBSITE/EXTERNAL/NEWS/0,,contentMDK:21729143~menuPK:51062075~pagePK:34370~piPK:34424~theSitePK:4607,00.html>

- . 2009. *Shanghai Poverty Conference: Case Study Summary of Mexico's Oportunidades Program*.
<http://info.worldbank.org/etools/docs/reducingpoverty/case/119/summary/Mexico-Oportunidades%20Summary.pdf>
- Barrientos, A.; Holmes, R.; Scott, J. 2008a. *Social Assistance en Developing Countries. Database* (Brooks World Poverty Institute, The University of Manchester, Overseas Development Institute y DFID).
- ; Scott, J. 2008b. *Social Transfers and Growth: A Review*. BWPI Documento de Trabajo 52 (Manchester, Brooks World Poverty Institute).
- Beegle, K.; Dehejia, R.; Gatti, R. 2006. «Child labor and agricultural shocks», en *Journal of Development Economics*, vol. 81, núm. 1, págs. 80-96.
- Bertrand, M.; Mullainathan, S.; Miller, D. 2003. «Public policy and extended families: Evidence from pensions in South Africa», en *The World Bank Economic Review*, vol. 17 (1), págs. 27-50.
- Bertranou, F. 2007. *Economía informal, trabajadores independientes y cobertura de la seguridad social en Argentina, Chile y Uruguay*. Versión preliminar (Santiago de Chile, OIT).
- ; Vásquez, J. 2006. «Trabajadores independientes y el sistema de pensiones en Chile», en *OIT Notas: Seguridad Social y Reforma del Sistema de Pensiones en Chile*, núm. 1 (Santiago de Chile, OIT).
- Bonilla García, A.; Gruat, J. 2003. *Social protection: A life cycle continuum investment for social justice, poverty reduction and sustainable development* (Ginebra, OIT).
- Brière de la, B.; Rawlings, L. 2006. *Examining conditional cash transfer programs: A role for increased social inclusion?*, SP Discussion Paper No. 0603 (Washington D.C., Banco Mundial).
- Carrin G.; James, C.; Evans, D. 2005. *Achieving universal health coverage: Developing the health financing system*. Technical Briefs for Policy-makers No. 1. (Ginebra, Organización Mundial de la Salud).
- Case, A.; Deaton, A. 1996. *Large cash transfer to the elderly in South Africa*. Papers 176 (Princeton, Woodrow Wilson School).
- ; Hosegood, V.; Lund, F. 2005. «The reach and impact of child support grants: Evidence from KwaZulu-Natal», en *Development Southern Africa*, vol. 22, núm. 4, págs. 467-482.
- CEDEPLAR (Centro de Desenvolvimento e Planejamento Regional). 2007. *Avaliação de Impacto do Programa Bolsa Família*. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, Oct. (Brasília).
- Chronic Poverty Research Centre (CPRC). 2008. *The Chronic Poverty Report 2008-09: Escaping poverty traps* (Northampton, Belmont Press Ltd).
- Cichon, M.; Marcadent, P.; Orton, I. Forthcoming. *Compendium on a basic set of social security guarantees for developing countries* (Ginebra, OIT).

-
- ; Scholz, W.; van de Meerendonk, A.; Hagemeyer, K.; Bertranou, F.; Plamondon, P. 2006. *Financiación de la protección social* (Madrid, Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales).
- Coady, D.; Grosh, M.; Hoddinott, J. 2004. *Targeting of transfers in developing countries: Review of lessons and experience* (Washington, D.C., Banco Mundial).
- Coomans, F. 1995. «Economic, social and cultural rights», Report commissioned by the Advisory Committee on Human Rights and Foreign Policy of the Netherlands, en *Studie en Informatiecentrum Mensenrechten* (SIM) Special No. 16, Instituto de Derechos Humanos de los Países Bajos, Utrecht.
- Croome, D. 2008. *Designing and implementing an old age social pension scheme: Lessons from the Katete pilot in Zambia* (Lusaka, Care International Zambia).
- de Brauw and Hoddinott. 2008. *Is the conditionality necessary in conditional cash transfer programmes? Evidence from Mexico*. One Pager, No. 64 (Brasilia, International Poverty Centre).
- Deaton, A. 2006. *Global patterns of income and health: facts, interpretations and policies*. World Institute for Development Economics Research (WIDER), Annual Lecture, United Nations University, Helsinki.
- Delgado, G. C.; Cardoso, J. C. 2000. *A Universalização de Direitos Sociais no Brasil: a Previdência Rural nos anos 90* (Brasilia, IPEA).
- Deolalikar, A.; Gaiha, R. 1993. *Targeting of rural public works: Are women less likely to participate?* Serie Documentos de Discusión núm. 93-05. (Seattle, Institute for Economic Research, University of Washington).
- Department of Social Development South Africa. 2002. *National Report on the Status of Older People 1994-2002*. Informe a la Segunda Asamblea Mundial sobre Envejecimiento 8-12 de abril 2002, Madrid, España.
- Dercon, S. 2002. «Income risk, coping strategies and safety nets», en *World Bank Research Observer*, vol. 17, núm. 2 (otoño de 2002), págs. 141-166.
- . 2007. *Fate and fear: Risk and its consequences in Africa*, GRRG-WPS-074 (Oxford, Global Poverty Research Group).
- Dev, S. 1995. «India's (Maharashtra) employment guarantee scheme: Lessons from long experience», en J. Von Braun (ed.): *Employment for Poverty Reduction and Food Security*. (Washington D.C., IFPRI).
- Devereux, S. 2001. *Social Pensions in Namibia and South Africa*. IDS Documento de Discusión 379 (Brighton, Institute for Development Studies)
- . 2002. «Can social safety nets reduce chronic poverty?», en *Development Policy Review*, vol. 20, núm. 5, págs. 657-675.
- DFID. 2005. *Social transfers and chronic poverty: Emerging evidence and the challenge ahead*. A DFID Practice Paper (UK).
- Dorosh, P.; Haggblade, S. 1995. «Filling the gaps: Consolidating evidence on the design of alternative targeted food programs in Bangladesh», en *The Bangladesh Development Studies*, vol. XXIII (3-4), págs. 47-80.

-
- Duarte, G. B.; Sampaio, B.; Yony, S. 2008. «Impactos do Programa Bolsa Família sobre os gastos com alimentos de famílias rurais», en *Revista da ABET*, v. 7, págs. 5-19.
- Fafchamps, M.; Minten, B. 2009. «Insecurity and welfare: Evidence from country data», en *Journal of Development Studies*, vol. 45, núm. 6, págs. 831-863.
- Fondo Internacional de Desarrollo Agrícola (FIDA). 2001. *Informe sobre la pobreza rural 2001: El desafío consistente en acabar con la pobreza rural* (Oxford, Oxford University Press).
- Galasso, E. 2006. *With their effort and one opportunity: Alleviating extreme poverty in Chile*. Development Research Group (Washington D.C., Banco Mundial).
- Gassman, F.; Behrendt, C. 2006. *Cash benefits in low-income countries: simulating the effects on poverty reduction for Senegal and Tanzania*. Issues in Social Protection, Discussion Paper 15 (Ginebra, OIT).
- Handa, S.; Davis, B. 2006. «The Experience of conditional cash transfers in Latin America and the Caribbean», en *Development Policy Review*, vol. 24 (5), págs. 513-536.
- HelpAge International. 2003. *Non-contributory pensions and poverty prevention: A comparative study of Brazil and South Africa* (Manchester, IDPM y HelpAge).
- . 2006. *Why Social Pensions are needed now* (Londres).
- . 2009. Pension Watch www.helpage.org/Researchandpolicy/PensionWatch.
- Hossain, N.; Matin, I. 2004. *Engaging elite support for the poorest? BRAC's experience with the Ultra Poor Programme*, CFPR-TUP Serie de Documentos de Trabajo núm. 3. CFPR-TUP Working Paper Series No. 3 (Dhaka and Ottawa, BRAC and Aga Khan Foundation Canada).
- International Poverty Centre. 2007. *Can all cash transfers reduce inequality? One Pager*, No. 36. (Brasilia).
- Jongudomsk, P. 2006. PowerPoint presentation: *Managing rapid increase of health care coverage in Thailand: What lessons can we learn?* Conference on extending social health insurance to informal economy workers, 18-20 de octubre de 2006, Manila, Philippines.
- Korpi, W.; Palme, J. 1998. «The paradox of redistribution and strategies of equality: Welfare State institutions, inequality and poverty in the western countries», en *American Sociological Review*, vol. 63, núm. 5, págs. 661-687.
- Krishna, A. 2007. «For reducing poverty faster: Target reasons before people», en *World Development*, vol. 35, núm. 11, págs. 1947-1960.
- Künnemann, R.; Leonhard, R. 2008. *A human rights view of social cash transfers for achieving the Millennium Development Goals* (Stuttgart/Bonn, Brot für die Welt/Evangelischer Entwicklungsdienst).
- Lamarche, L. 2002. «The right to social security in the International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights», en A. Chapman and S. Russell (eds.): *Core obligations: Building a framework for economic, social and cultural rights* (Antwerp, Oxford, New York Intersentia), págs. 87-114.

-
- Lanzilotta, B. 2007. *El empleo por cuenta propia y la cobertura de la seguridad social en el Uruguay*, documento preliminar (Santiago de Chile, OIT).
- Lindert, K.; Linder, A.; Hobbs, J.; de la Brière, B. 2007. *The nuts and bolts of Brazil's Bolsa Família programme: Implementing conditional cash transfers in a decentralized context*. Documento de Discusión de Protección Social núm. 0709 (Washington D.C., Banco Mundial).
- Lund, F.; Srinivas, S. 2000. *A gendered approach to social protection for workers in the informal economy* (Ginebra, OIT).
- Maluccio, J.; Flores, R. 2004. *Impact evaluation of a conditional cash transfer program: The Nicaraguan Red de Protección Social*. Discussion Paper Briefs, Discussion Paper 184 (Washington D.C., International Food Policy Research Institute).
- Medeiros, M.; Britto, T.; Soares, F. 2008. *Targeted cash transfer programmes in Brazil: BPC and the Bolsa Família*. Working Paper No. 46 (Brasilia, International Poverty Centre).
- Mesa-Lago, C. 2007. «La extensión del seguro y la protección de salud en relación al mercado laboral: problemas y políticas en América Latina», en *Revista Internacional de Seguridad Social*, vol. 60, núm. 1, págs. 3-31.
- Ministério da Previdência Social. 2008. *Anuário Estatístico da Previdência Social – 2007* (Brasilia).
- Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. 2008. *Bolsa Família Program Presentation, made in the Public Financial Management for Improving Programme Delivery*, octubre, New Delhi, India.
- . 2009. *Conditional cash transfer: Bolsa Família Case*. Presentación ante la reunión de la Comisión de Empleo y Política Social, Consejo de Administración de la OIT, marzo de 2009, Ginebra.
- Ministry of Community Development and Social Services (MCDSS) and German Technical Cooperation (GTZ). 2006. *Evaluation Report: Kalomo Social Cash Transfer Scheme* (Lusaka).
- Mkandawire, T. 2005. *Targeting and universalism in poverty reduction*. Social policy and development programme paper No. 23 (Ginebra, Instituto de Investigación de las Naciones Unidas para el Desarrollo Social).
- Molyneux, M. 2007. *Change and continuity in social protection in Latin America: Mothers at the service of the State?* UNRISD Gender and Development Programme Paper No. 1 (Ginebra, Instituto de Investigación de las Naciones Unidas para el Desarrollo Social).
- Morgan, R. 1991. «State pensions as an income safety net in Namibia», en *Food policy*. vol. 16, Issue 5, octubre de 1991, págs. 351-359.
- MTEySS-OIT (2007). *Trabajadores independientes y cobertura de la seguridad social*. Press Document (Buenos Aires, OIT).
- NASSIT. 2007. *Sierra Leone Social Security Perception Survey* (Freetown).

-
- Neubourg de, C. 2002. *Incentives and the role of institutions in the provision of social safety nets*. Social Protection Discussion Paper Series. No. 0226 (Washington D.C., Banco Mundial).
- Oficina Internacional del Trabajo (OIT) 2001a. *Seguridad Social: Un nuevo consenso*. (Ginebra).
- . 2001b. *Encuesta sobre la seguridad de las personas* (Ginebra).
- . 2001c. *Resolución y conclusiones relativas a la seguridad social*, Conferencia Internacional del Trabajo, 89.^a reunión, 2001 (Ginebra).
- . 2004. *Economic Security for a better world* (Ginebra).
- . 2006. *La eliminación del trabajo infantil: un objetivo a nuestro alcance*. Informe global con arreglo al seguimiento de la Declaración de la OIT relativa a los principios y derechos fundamentales en el trabajo 2006. Informe I (B). Informe del Director General a la Conferencia Internacional del Trabajo 95.^a reunión, 2006 (Ginebra).
- . 2008a. *La promoción del empleo rural para reducir la pobreza, Informe IV* a la Conferencia Internacional del Trabajo, 97.^a reunión, 2008 (Ginebra).
- . 2008b. *Conclusiones sobre la promoción del empleo rural para reducir la pobreza*, Conferencia Internacional del Trabajo, 97.^a reunión, 2008 (Ginebra).
- . 2008c. *Can low income countries afford basic social security?* Social Security Policy Briefings, Paper 3 (Ginebra).
- . 2008d. *Social Health Protection: An ILO strategy towards universal access to health care*. Social Security Policy Briefings, Paper 1 (Ginebra).
- . 2008e. *Declaración de la OIT sobre la justicia social para una globalización equitativa, adoptada por la Conferencia Internacional del Trabajo en su nonagésima séptima reunión, Ginebra*, 10 de junio de 2008 (Ginebra).
- . 2008f. Draft report on assessing health financing options in Sierra Leone (Ginebra).
- Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación (FAO). 2008. *Aumento de los precios de los alimentos: Hechos, perspectivas, impacto y acciones requeridas*. Conferencia de Alto Nivel sobre la Seguridad Alimentaria Mundial: Los desafíos del cambio climático y la bioenergía (Roma).
- . FIDA. 2008. *Water and the rural poor: Interventions for improving livelihoods in sub-Saharan Africa* (Roma).
- Organización Mundial de la Salud (WHO). 2005. *Informe sobre la salud en el mundo 2005: Cada madre y cada niño contarán* (Ginebra).
- . 2006. *Informe sobre la salud en el mundo 2006: Colaboremos por la salud* (Ginebra).
- . 2008. *Estadísticas Sanitarias Mundiales* (Ginebra).
- Orton, I. 2008. *Eliminating child labour: The promise of a basic income*. Presentado en el 12th BIEN World Congress on Basic Income – Dublin, Ireland en junio de 2008. www.corii.ie/Justice/Basic_Income/62-Basic_Income/541-bien-world-congress-on-basic-income-

-
- Paratian, R.; Dasgupta, S. (eds.) 2004. *Confronting Economic Insecurity in Africa* (Ginebra, OIT).
- Pelham, L. 2007. *The politics behind the non-contributory old age social pensions in Lesotho, Namibia and South Africa*. CPRC Working Paper 83 (Manchester, Chronic Poverty Research Centre).
- Pinheiro, V. 2009. *Bolsa Família in Brazil: Context, concept and impacts*. Documento preparado para la Comisión de Empleo y Política Social, Consejo de Administración de la OIT, marzo de 2009 (Ginebra, OIT).
- Posel, D.; Fairburn, J.; Lund, F. 2004. *Labour migration and households: A reconsideration of the Effects of the Social Pension on Labour Supply in South Africa*. Forum Paper 2004. African Development and Poverty Reduction: the macro-micro Linkage, 13-15 October 2004 Somerset West, South Africa www.tips.org.za/files/Labour_Migration_and_Householdspesel_fairburn_lund.pdf.
- POVNET. 2008. *Social protection, poverty reduction and pro-poor growth: A policy guidance note* (Paris).
- Rabbani, M.; Prakash, V.; Sulaiman, M. 2006. *Impact assessment of CFPR/TUP: A descriptive analysis based on 2002-2005 Panel data*, CFPR/TUP, Serie de Documentos de Trabajo núm. 12 (Dhaka, RED BRAC, Aga Khan Foundation Canada y CIDA).
- Ravallion, M.; Wodon Q. 1999. *Does child labour displace schooling? Evidence on behavioral responses to enrollment subsidy*. Policy Research Working Paper 2116 (Washington D.C., Banco Mundial).
- Rawlings, L. 2005. «Un Nuevo enfoque de la asistencia social: la experiencia latinoamericana con programas de transferencia condicional de dinero en efectivo», en *Revista Internacional de Seguridad Social*, vol. 58, núm. 2-3, págs. 141-172.
- Razavi, S. 2007. «The return to social policy and the persistent neglect of unpaid care», en *Development and Change*, vol. 38, núm. 3, págs. 377-400.
- Rifkin, J. 1995. *The end of work: The decline of the global labor force and the dawn of the post-market era*. (New York, Putnam Publishing Group).
- Sagner, A. 2000. «Ageing and social policy in South Africa: Historical perspectives with particular reference to the Eastern Cape», en *Journal of Southern African Studies*, vol. 26, núm. 3, págs. 523-553.
- Samson, M.; van Niekerk, I.; Mac Quene, K. 2006. *Designing and implementing social transfer programmes* (cape Town, EPRI Press).
- Save the Children UK, HelpAge International and Institute of Development Studies. 2005. *Making cash count: Lessons from cash transfer schemes in East and Southern Africa for supporting the most vulnerable children and households* (London, Brighton).
- Savy, R. 1972. *La seguridad social en el agro* (Ginebra, OIT).
- Schady, N.; Araujo, M. 2006. *Cash transfers, conditions, school enrolment, and child work: Evidence from a randomized experiment in Ecuador*. Impact Evaluation Series No. 3, World Bank Policy Research, Working Paper No. 3930 (Washington D.C., Banco Mundial).

-
- Scheil-Adlung, X.; Jütting, J.; Xu, K.; Carrin, G. 2006. *What is the impact of social health protection on access to health care, health expenditure and impoverishment? A comparative analysis of three African countries*. ESS, documento núm. 24 (Ginebra, OIT).
- Xu, K.; Carrin, G.; Jütting, J. 2007. «Social protection, poverty reduction and access to care: A comparative study on Kenya, Senegal and South Africa», en J. Holst and A. Brandrup-Lukanow (eds.) *Extending social health protection – developing countries experiences* (Eschborn, GTZ-ILO-WHO).
- Schleberger, E. 2002. *Namibia's universal pension scheme: Trends and challenges*. ESS, documento núm. 6 (Ginebra, OIT)
- Schubert, B. 2004. The pilot social cash transfer scheme Kalomo District – Zambia. (Lusaka) www.sarpn.org.za/documents/d0001054/P1166-schubert_Zambia_Dec2004pdf.
- Schwarzer, H. 2000. *Impactos Socioeconômicos Do Sistema De Aposentadorias Rurais No Brasil – Evidências Empíricas De Um Estudo De Caso No Estado Do Pará*. Texto para discussão No. 729 (Rio de Janeiro, Instituto de Pesquisa Economica Aplicada).
- ; Querino, A. 2002. *Non-contributory pensions in Brazil: The impact on poverty reduction*. ESS, documento núm. 11 (Ginebra, OIT).
- SEDESOL. 2007. Oportunidades: a Programme of Results (Ciudad de México).
- 2009. Oportunidades: Design and operation http://www.oportunidades.gob.mx/Wn_English/design_oper.html
- Sen, A. 1999. *Development as Freedom* (Oxford, Oxford University Press).
- Skoufias, E. 2005. *Progresá and its impacts on the welfare of rural households in Mexico*. Research Report 139 (Washington, D.C., International Food Policy Research Institute).
- Smeeding, T. M. 2006. «Poor People in a Rich Nation: The United States in Comparative Perspective», en *Journal of Economic Perspectives*, vol. 20, núm. 1, págs. 69-90.
- Soares, F. V.; Soares, S.; Medeiros, M.; Osório, R. G. 2006. *Cash transfer programmes in Brazil: Impacts on inequality and poverty*, Working Paper No. 21 (Brasilia, International Poverty Centre).
- ; Ribas, R.; Osório, R. G. 2007b. *Evaluating the Impact of Brazil's Bolsa Família: Cash Transfer Programmes in Comparative Perspective*. IPC Evaluation Note No. 1 (Brasilia, International Poverty Centre).
- Soares, S.; Osório, R. G.; Soares, F. V.; Medeiros, M.; Zepeda, E. 2007a. *Conditional cash transfers in Brazil, Chile and Mexico: Impacts upon inequality*. Working Paper No. 35 (Brasilia, International Poverty Centre).
- Soares, S. 2008. *O Ritmo de Queda na Desigualdade no Brasil é Adequado? Evidências do Contexto Histórico e Internacional*. Texto para Discussão 1339 (Brasilia, Instituto de Pesquisa Economica Aplicada).
- Standing, G. 2002. *Beyond the new paternalism: Basic security as equality* (Londres y Nueva York, Verso).

-
- . 2008. *Conditional cash transfers: Why targeting and conditionalities could fail*. One Pager, No. 47 (Brasilia, International Poverty Centre).
- Sulaiman, M.; Matin, I. 2006. *Targeting effectiveness of CFPR/TUP in scale-up environment*. CFPR/TUP Working Paper Series No. 8 (Dhaka y Ottawa, BRAC y Aga Khan Foundation Canada).
- Sundaram, K.; Tendulkar, S. 2003. *Poverty among social and economic groups in India in the nineteen nineties*, documento de trabajo núm. 118 (Delhi, Centre for Development Economics).
- Tabatabai, H. 2006. *Eliminating child labour: The promise of conditional cash transfers*. IPEC Discussion Paper (Ginebra, OIT).
- Tokman, V. E. 2007. *Informality: exclusion and precariousness*. Documento preparado para el «Coloquio interregional sobre la economía informal: hacer posible la transición al sector formal», Ginebra, 27-29 de noviembre de 2007.
- UN-DESA [Departamento de Asuntos Económicos y Sociales de las Naciones Unidas]. 2007. *Tackling insecurity in old age: The challenge of universal pensions*. Policy Brief No. 3 (Nueva York).
- UNICEF [Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia]. 2007. *Estado Mundial de la Infancia 2008: Supervivencia infantil* (Nueva York).
- . 2008. *Estado Mundial de la Infancia 2009: Salud Materna y Neonatal* (Nueva York).
- Van Ginneken, W. (ed.) 2000. *Seguridad social para la mayoría excluida: Estudios de casos de países en desarrollo* (Ginebra, OIT).
- Weiss, J. 2004. *Poverty targeting in Asia: Experiences from India, Indonesia, the Philippines, Peoples Republic of China and Thailand*. Research Policy Brief No. 9 (Tokio, Asian Development Bank Institute).
- Woolard, I. 2003. *Social assistance grants: impact of Government programmes using administrative data sets*. Report for Southern African Regional Poverty Network (Pretoria, Southern African Regional Poverty Network).
- . Carter, M.; Agüero, J. 2005. *Analysis of the Child Support Grant: Evidence from the KwaZulu-Natal Income Dynamics Study, 1993 – 2004*. Report to the Department of Social Development, December 2005. Unpublished manuscript.
- Yap, Y.; Sedlacek, G.; Orazem, P. 2002. *Limiting child labour through behaviour-based income transfers: An experimental evaluation of the PETI Program in rural Brazil*. (Washington D.C., Banco Mundial).
- Yaschine, I. 1999. «The changing anti-poverty agenda: What can the Mexican case tell us?», en *Institute of development Studies, Bulletin*, vol. 30, núm. 2, págs. 47-60.

Parte B. Hechos y nuevos instrumentos legales posibles

Suplemento A. Un análisis estadístico de la brecha de la cobertura

Este capítulo comprende un análisis estadístico especialmente compilado de la «brecha de la cobertura». Presenta una evaluación global, centrándose especialmente en cada etapa de las contingencias seleccionadas (como la seguridad del ingreso en la vejez o el acceso a la asistencia médica). Se presta especial atención a la cobertura o a la ausencia de ésta, en relación con las mujeres trabajadoras. El análisis también apunta a cuantificar, en lo posible, la influencia de una gama de diferentes factores.

A la hora del análisis de la cobertura de la seguridad social, deberían analizarse algunas dimensiones.

La *primera* es una evaluación de la cobertura en relación con diferentes contingencias. Es conveniente categorizar la gama habitual de contingencias (como figuran en la lista, por ejemplo, del Convenio sobre la seguridad social (norma mínima), 1952 (núm. 102)), de conformidad con sus características «de larga duración» o «de corta duración», y esto corresponde a menudo a los respectivos acuerdos para su administración en un determinado país. Las prestaciones de larga duración se consideran, en general, comprendiendo las pensiones y el otorgamiento de seguridad del ingreso en la vejez, a los sobrevivientes (viudos y huérfanos) y a las personas con discapacidad. Las prestaciones de corta duración suelen administrarse en una o más «ramas» separadas, que incluyen las prestaciones de maternidad y de enfermedad, así como el apoyo al ingreso (y a los servicios afines) para aquellos que pasan a ser desempleados. Los programas de prestaciones para las víctimas de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales tienen características de corta duración y de larga duración. El otorgamiento del acceso a los servicios de salud (incluidos los acuerdos especiales, por ejemplo, en relación con los regímenes de salud laboral y accidentes del trabajo) son casi siempre administrados a través de sistemas dedicados a esas contingencias.

La *segunda* dimensión del análisis bucea en la distinción que deberá establecerse entre la cobertura *legal* (u «obligatoria») y la cobertura *efectiva*. En general, un subgrupo de la población se identifica como «legalmente cubierto» (para una o más ramas de la seguridad social), si existe una disposición legal que declare su derecho a cobertura y a prestaciones con arreglo a las circunstancias correspondientes (por ejemplo, el derecho a percibir una pensión al alcanzarse la edad de 65 años, o al apoyo al ingreso, si su ingreso cae por debajo de un umbral especificado o cuando ello ocurre). Sin embargo, está claro que, en realidad, el número de personas que participan verdaderamente en algún sistema de seguridad social y recibe, por tanto, prestaciones, descrito como la «cobertura efectiva», es más bajo que éste, por una serie de razones que incluyen la capacidad de efectuar las cotizaciones requeridas. La diferencia entre la cobertura legal y la cobertura efectiva puede ser especialmente marcada en el caso del acceso a la asistencia de la salud, por razones que incluyen, no sólo la asequibilidad financiera, sino también la disponibilidad física de instalaciones y servicios.

La *tercera* dimensión del análisis aborda la dificultad que, al estar en relación con una variedad de acuerdos de seguridad social, la cobertura está bien medida en términos del número de individuos *protegidos* (por ejemplo, la proporción del grupo específico que paga cotizaciones a un régimen de pensiones del seguro social) y en otros casos, tal medida puede ser imposible de realizar o no tener sentido a la hora de su cálculo (por ejemplo, el número de beneficiarios potenciales de una pensión pagada con carácter universal en un

país). En tal caso, puede ser de más utilidad medir la cobertura en términos del porcentaje dentro de un grupo específico (por ejemplo, todos los que pertenecen a la población mayor de 65 años) de aquellos que son «*beneficiarios reales*».

La medición de la cobertura está, no obstante, sujeta a varias dificultades, especialmente en los regímenes en lo que los pagos de las prestaciones a los individuos («*personas protegidas*», junto con sus dependientes) pueden estar condicionados a la verificación de recursos o sujetos a otras condicionalidades. En tales regímenes, puede ser muy difícil contar al grupo específico y así medir la cobertura en términos de las proporciones de las personas protegidas (en el sentido de, digamos, cotizantes a un régimen) o de los beneficiarios reales. Otro conjunto de problemas puede verse en relación con la categorización de *formal* o de *informal*, tanto del marco del empleo (la economía formal o informal) como de la situación de los trabajadores (incluso en la economía formal, muchos trabajadores pueden estar empleados con carácter informal). Con fines de análisis estadístico, por tanto, deberá establecerse muy ampliamente, en muchos casos, la definición de «*personas protegidas*».

Las secciones que figuran a continuación presentan una evaluación amplia del cuadro global relativo a la cobertura, primero en términos de la cobertura legal/obligatoria y luego de la cobertura efectiva, específicamente en lo que atañe a los regímenes de prestaciones en metálico que otorgan pensiones de vejez y en los sistemas de protección social de la salud. Por último, se examinan los recursos que los países invierten en seguridad social, junto con alguna evaluación selectiva de los resultados sociales.

A.1. Cobertura – regímenes obligatorios

En la mayoría de los países, el seguro social contributivo y otros regímenes obligatorios permiten sólo la participación de aquellos que tienen un salario formal o un empleo asalariado. Tanto la cobertura legal como la cobertura efectiva están, de este modo, firmemente correlacionadas con el porcentaje de esos empleados dentro del total de empleados.

Por consiguiente, esta sección comienza analizando los patrones del empleo. Globalmente (véase el cuadro A.1), menos de la cuarta parte de la población adulta mundial (una tercera parte de los hombres adultos y una quinta parte de las mujeres adultas) gozan de un empleo regular (formal o informal). De aquellos que tienen un empleo de cualquier tipo, menos de la mitad tiene un estatus contractual de trabajador asalariado o a sueldo. Sin embargo, mientras que en las economías desarrolladas casi el 85 por ciento de los empleados son asalariados o perciben un sueldo, esta cifra representa sólo aproximadamente el 20 por ciento en el sur de Asia y en el África Subsahariana, menos del 40 por ciento en el sudeste asiático y el Pacífico, apenas más del 40 por ciento en Asia Oriental y cerca del 60 por ciento en el norte de África, Oriente Medio y América Latina y el Caribe (véase asimismo el gráfico A.1). Empero, incluso en este grupo, no todos tienen un empleo formal y gozan, por tanto, de un acceso a prestaciones de seguridad social obligatorias (véase el recuadro A.1 – Empleo asalariado y cobertura de protección social).

Cuadro A.1. Personas en una situación de empleo asalariado o a sueldo en el mercado laboral

	Porcentaje de aquellos que tienen un empleo asalariado o a sueldo					
	Total		Hombres		Mujeres	
	Todos los empleados (%)	Población de edad laboral (%)	Todos los empleados (%)	Población de edad laboral (%)	Todos los empleados (%)	Población de edad laboral (%)
Asia Meridional	20,8	9,7	23,4	15,6	14,6	3,5
África Subsahariana	22,9	13,8	29,2	20,5	14,4	7,4
Sudeste asiático y el Pacífico	38,8	21,9	41,5	28,6	35,0	15,1
Asia Oriental	42,6	23,3	46,0	28,9	38,3	17,6
Norte de África	58,3	24,4	58,8	38,5	56,7	10,5
Oriente Medio	61,5	29,0	64,4	41,6	53,5	15,0
América Latina y el Caribe	62,7	38,6	60,6	46,1	65,8	31,8
Europa Central y Sudoriental (no pertenecientes a la UE) y la CEI	76,6	41,5	75,4	48,0	78,0	35,7
Economías desarrolladas	84,3	46,6	81,7	51,8	87,5	41,6
Mundo	46,9	26,5	47,4	33,0	46,0	20,1

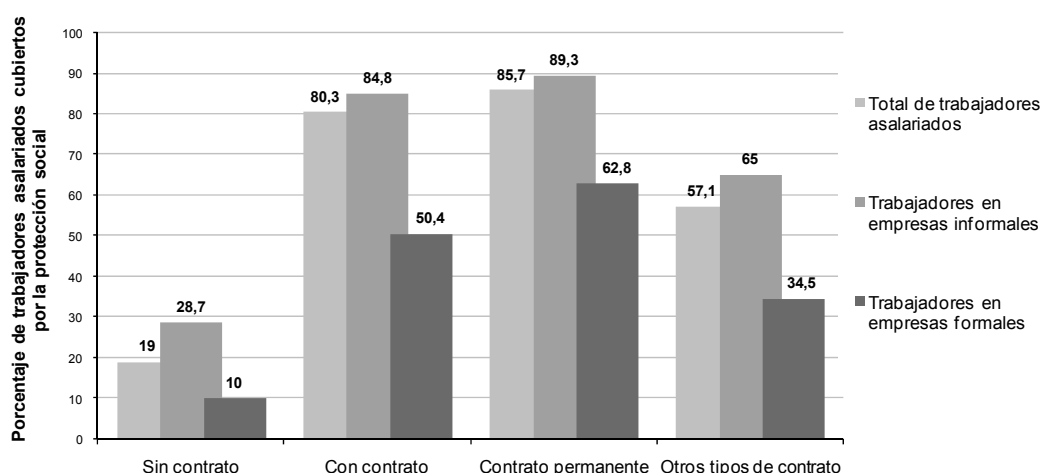
Fuente: Cálculos de la OIT basados en: Key indicators of the Labour Market, 5.ª edición, OIT, Ginebra, 2008, <http://www.ilo.org/public/english/employment/strat/kilm/> (utilizando estimaciones para 2006 de indicador 3: situación del empleo y del indicador 2: ratio del empleo y en la población). Clasificación por país – véase KILM.

Recuadro A.1
Informalidad del empleo y déficit de protección social y de empleo
entre los trabajadores asalariados: ilustración de América Latina
y de África (Zambia y la República Unida de Tanzania)

En 2005, la economía informal en América Latina (Tokman, 2007) constituía el 64,1 por ciento del empleo no agrícola. En la economía informal, se encontró un setenta y ocho por ciento de trabajadores informales, pero una minoría significativa de esos trabajadores (el 22 por ciento) está empleada en el sector formal (es decir, que son trabajadores no protegidos en establecimientos formales). El acceso a la protección habitualmente depende de una relación de empleo formalmente reconocida, clásicamente a través de un contrato de trabajo escrito. En 2005, las estimaciones pusieron de manifiesto que el 37,7 por ciento de los trabajadores asalariados de América Latina estaban empleados sin un contrato, un porcentaje que se concentra en la economía informal (el 68 por ciento de esos trabajadores), pero que también incluía el 26 por ciento de los trabajadores de los establecimientos formales.

Son sustanciales las diferencias en la cobertura de protección social (medidas por el porcentaje de trabajadores de cada tipo de situación contractual que cotizan a las pensiones de vejez) para aquellos trabajadores con o sin contratos escritos, con independencia de si están o no empleados en la economía informal o formal. En promedio, el 19 por ciento de los trabajadores sin contrato tienen acceso a la protección social, en comparación con una proporción cuatro veces más elevada en el caso de los trabajadores con contrato. La proporción de los trabajadores sin contrato en la economía informal que gozan de protección social, es de sólo el 10 por ciento, mientras que la proporción de esos trabajadores con contrato es cinco veces mayor. Como se muestra en el gráfico siguiente, el tipo de contrato también importa a la hora de la determinación del acceso a la protección social.

América Latina/ Cobertura de la protección social entre los trabajadores asalariados con arreglo al tipo de contrato

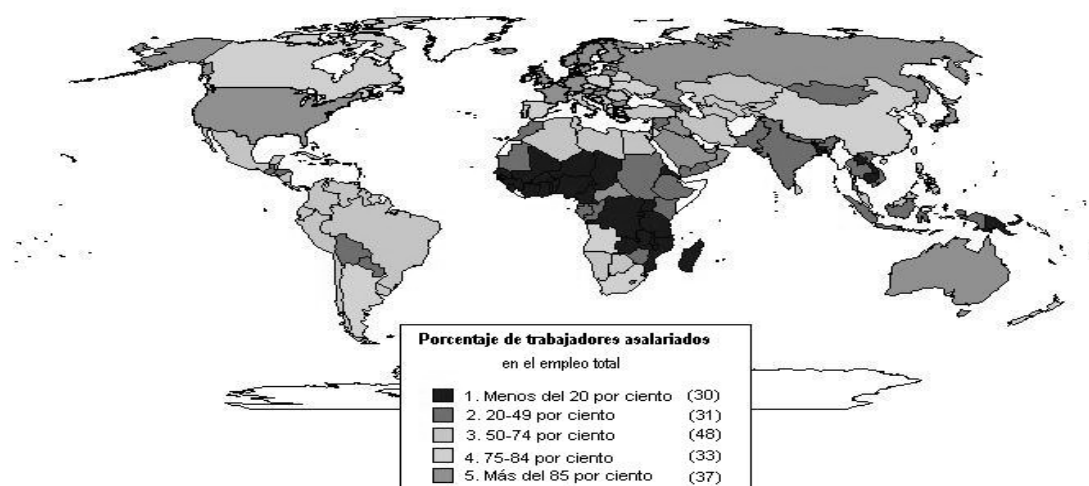


Fuente: ECLAC, en base a las encuestas de hogares de 16 países, en Tokman (2007).

Los ejemplos de África muestran el mismo patrón. En **Zambia**, con acuerdos de seguridad social muy específicos para los empleados formales, están todos, sin duda alguna, comprendidos en las disposiciones de seguridad social vigentes. Uno de los obstáculos para alcanzar una mayor cobertura de seguridad social puede encontrarse en que casi la mitad (el 49 por ciento del total, el 54 por ciento de las mujeres y el 47 por ciento de los hombres) manifiesta que, o no tiene un contrato con su empleador o no sabe si lo tiene. Por consiguiente, la mitad de todos los empleados (pero sólo el 19 por ciento de los empleados del sector público) manifiestan que sus empleadores no cotizan a la seguridad social o no saben si lo hacen. De manera similar, más de la mitad de todos los empleados (nuevamente el 19 por ciento de los empleados del sector público) indican que no tienen derecho a una licencia pagada o al menos no están enterados de este derecho. La misma situación podría aplicarse a otros derechos legales de los empleados regulados por la ley de empleo, como el pago por enfermedad o la licencia pagada de maternidad.

En la **República Unida de Tanzania**, según ILFS, de 2005/2006, el 8,6 por ciento de todos los empleados lo está en el empleo remunerado con el 39,1 por ciento de empleados remunerados (un 38 por ciento de hombres y un 42,2 por ciento de mujeres) trabajando en la economía informal. Sólo el 49 por ciento de los empleados remunerados (sin prácticamente diferencias de género) manifiesta que tiene un contrato escrito (el 38,9 por ciento con carácter permanente y el 10,7 por ciento, con un contrato escrito de naturaleza eventual). De los empleados remunerados que trabajan en empresas de la economía formal, el 70 por ciento tiene contratos escritos y el 15 por ciento contratos orales. Los correspondientes porcentajes de empleados que trabajan en empresas de la economía informal están invertidos, con la mayoría, el 61 por ciento, con contratos orales y sólo el 15 por ciento con contratos escritos, en la mayoría de los casos, con carácter eventual. Como en Zambia, la mayoría, más del 63 por ciento de todos los empleados remunerados (pero sólo el 28 por ciento de los empleados públicos y de otras organizaciones empresariales, y el 17 por ciento de los empleados remunerados con un contrato escrito permanente) manifiestan que sus empleadores no cotizan a la seguridad social o no saben si lo hacen. Sólo el 5 por ciento de los empleados remunerados que trabajan en la economía informal manifiestan que su empleador cotiza a alguno de los regímenes formales de seguridad social vigentes. La proporción correspondiente en el caso de los empleados remunerados que trabajan en la economía formal es naturalmente más elevada, situándose sólo por encima del 56 por ciento, pero está aún lejos de representar una cobertura total

Gráfico A.1. Porcentaje de trabajadores asalariados entre los que están empleados

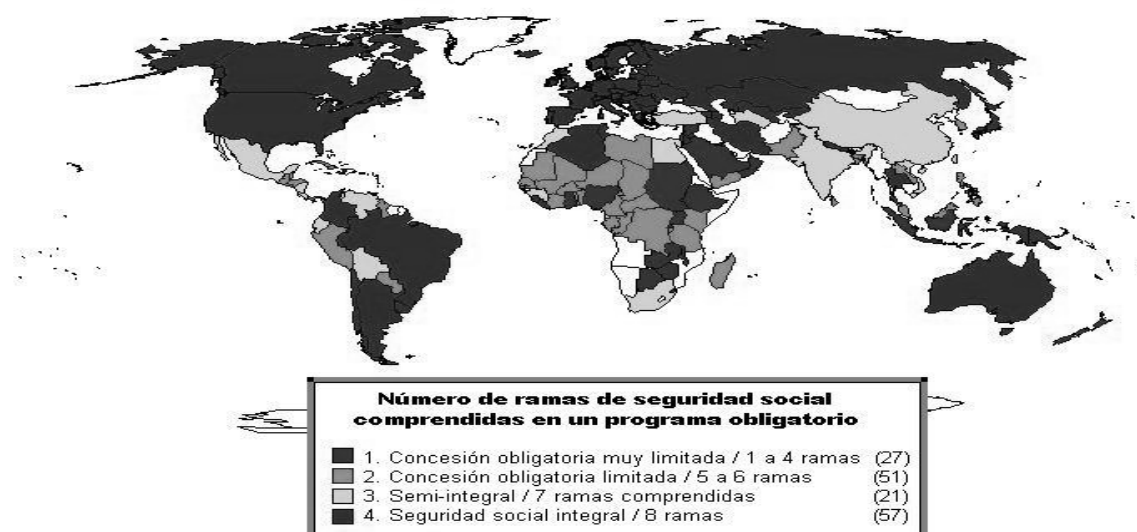


Fuente: LABORSTA base de datos. Departamento de Estadísticas de la OIT completado con datos de fuentes nacionales de estadísticas.

Los patrones de cobertura legal de la seguridad social siguen estrechamente los patrones de las estructuras del mercado laboral que se ilustran en el gráfico A.1 y en otras partes. Una manera improvisada de efectuar una evaluación del alcance de la cobertura es contar, en el caso de cada país, el número de ramas — de las ocho ramas — de la seguridad social que no sea la de la salud, en las que exista al menos un régimen vigente (aun cuando algunos de esos regímenes puedan comprender sólo a un pequeño porcentaje de la población).

Al tiempo que una gran mayoría de países de Europa, una mayoría de las Américas y países como Japón, Australia y Nueva Zelandia tienen unos regímenes que engloban a las ocho ramas de la seguridad social, sólo unos pocos países de África y Asia tienen tales sistemas «integrales» de seguridad social (véase el gráfico A.2).

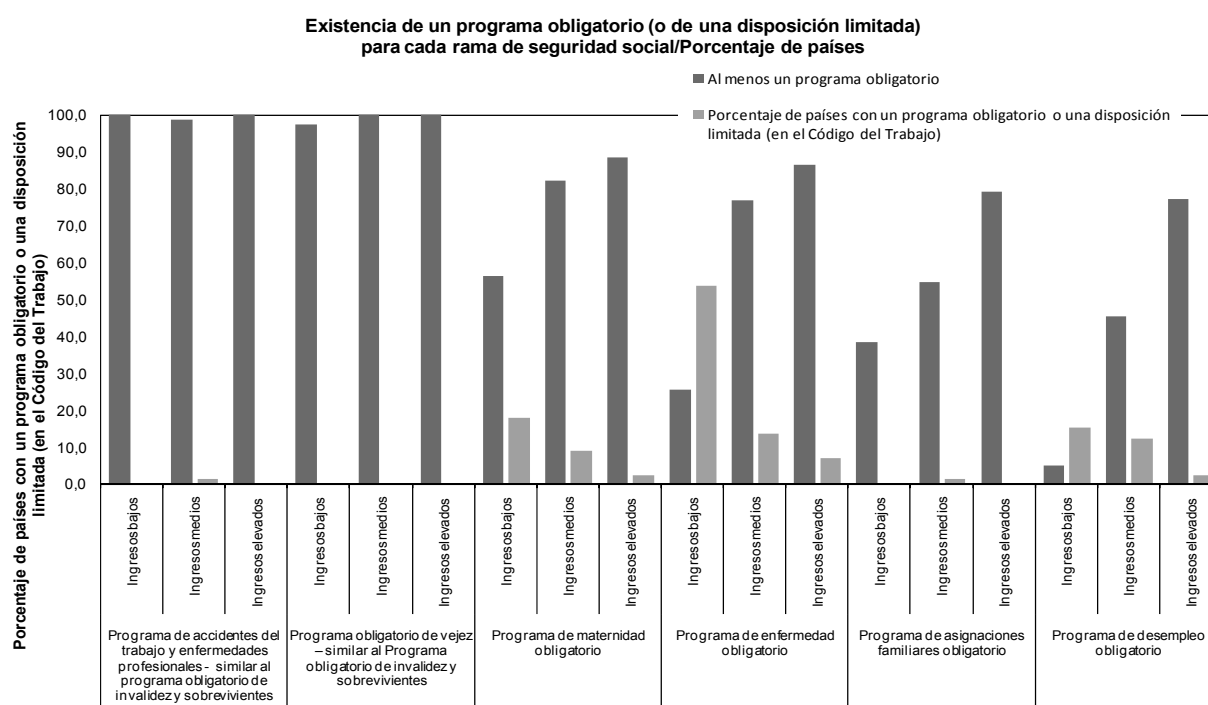
Gráfico A.2. Número de ramas de seguridad social comprendidas en los programas obligatorios (2008-2009)



Fuente: Social Security Database de la OIT sobre los programas y mecanismos. Basada principalmente en la información de la publicación SSA/AISS Social Security Programs Throughout the World (2008-2009).

Casi todos los países en el mundo — incluidos los de bajos ingresos — cuentan con un régimen obligatorio o disposiciones, aunque limitados, incluidos en el Código del Trabajo, que establecen obligaciones en caso de accidente del trabajo, al menos en régimen de pensiones. Estas disposiciones a menudo cubren, efectivamente, sólo a un pequeño porcentaje de la fuerza laboral, estando típicamente limitada a aquellos trabajadores del sector público y del sector privado de la economía formal. Algunos, como los organizados como «fondos de previsión», pagan prestaciones en forma de una cuantía fija y no una prestación periódica durante toda la duración de una contingencia, tal como lo exige, por ejemplo el Convenio sobre la seguridad social (norma mínima), 1952 (núm. 102). Es más raro encontrar cobertura para otras contingencias, como la licencia de maternidad pagada, la licencia de enfermedad pagada, prestaciones para familias con hijos y (muy rara vez) prestaciones de desempleo. Para esta última contingencia, existe el suministro en sólo aproximadamente el 10 por ciento de países de bajos ingresos, cerca de la mitad de países de ingresos medios y menos del 80 por ciento de países de ingresos elevados (véase el gráfico A.3).

Gráfico A.3. Alcance de la cobertura legal de la seguridad social



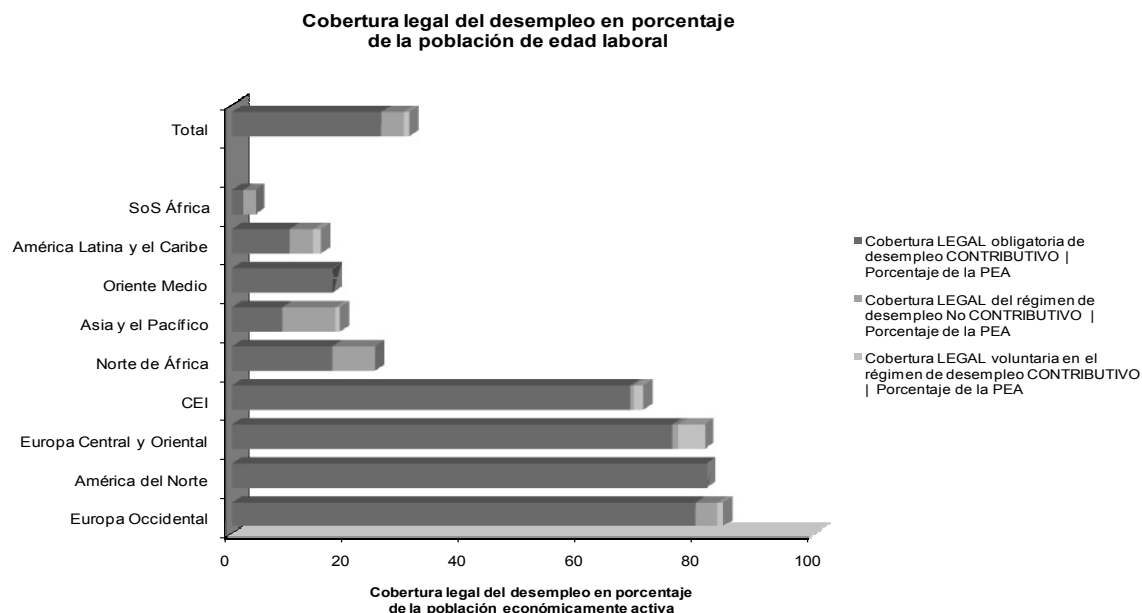
Fuente: Social Security Database de la OIT sobre los programas y mecanismos. Basada principalmente en la información de la publicación SSA/AISS Social Security Programs Throughout the World (2008-2009).

Sólo una tercera parte de los países, en el plano global (que representan el 28 por ciento de la población global total) tienen unos sistemas de protección social integrales que abarcan a todas las ramas de seguridad social, como se definen en el Convenio sobre la seguridad social (norma mínima), 1952 (núm. 102) de la OIT. Es clásico que esos sistemas cubran sólo a quienes tienen un empleo formal como trabajadores asalariados, constituyendo menos de la mitad de la población económicamente activa globalmente, pero más del 70 por ciento en los países con los sistemas de seguridad social integrales antes mencionados. Teniéndose en cuenta a aquellos que no son económicamente activos, puede estimarse que sólo un 20 por ciento de la población mundial de edad laboral (y sus familias) tiene un acceso *efectivo* a esos sistemas integrales de protección social.

En resumen, las tasas de cobertura varían ampliamente respecto de las diferentes contingencias y entre los países con diferentes niveles de desarrollo. Los programas de

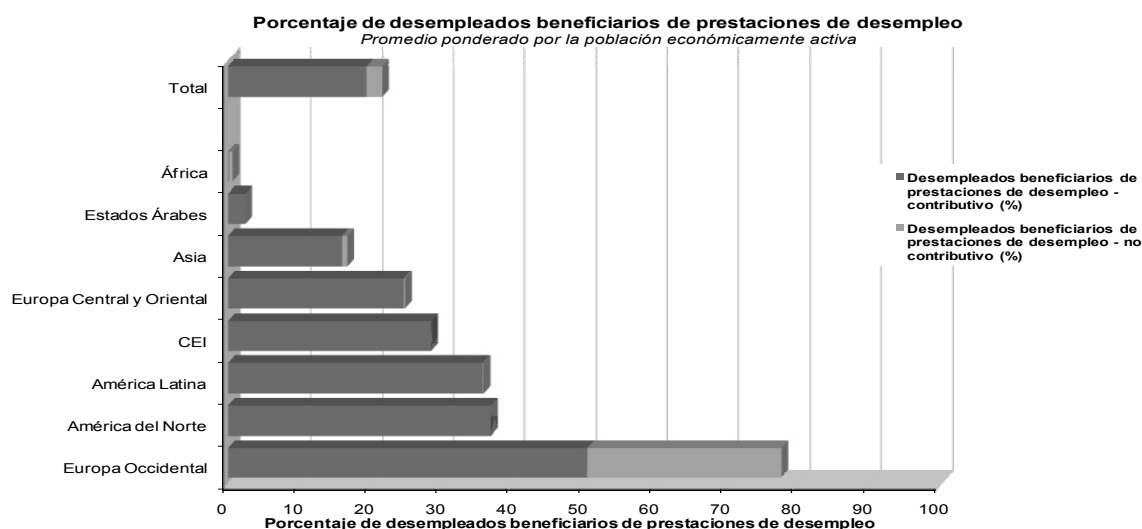
seguro de desempleo se encuentran en menos del 50 por ciento de los países, otorgándose una cobertura potencial *legal* a casi más de la tercera parte de la población mundial económicamente activa (oscilando entre el 3 por ciento del África Subsahariana y el 20 y el 30 por ciento del Norte de África, de Oriente Medio, de Asia y de América Latina, y hasta más del 70 por ciento de Europa y Norteamérica), pero su cobertura *efectiva* es significativamente inferior (véanse los gráficos A.4a y A.4b).

Gráfico A.4a. Cobertura legal del desempleo como porcentaje de la población de edad laboral y de la población económicamente activa (PEA), último año disponible



Fuente: Departamento de Seguridad Social de la OIT, basado en la publicación SSA/AISS Social Security Programs Throughout the World (2008-2009) y la legislación nacional; y LABORSTA base de datos. Departamento de Estadísticas de la OIT completado con fuentes nacionales de estadísticas.

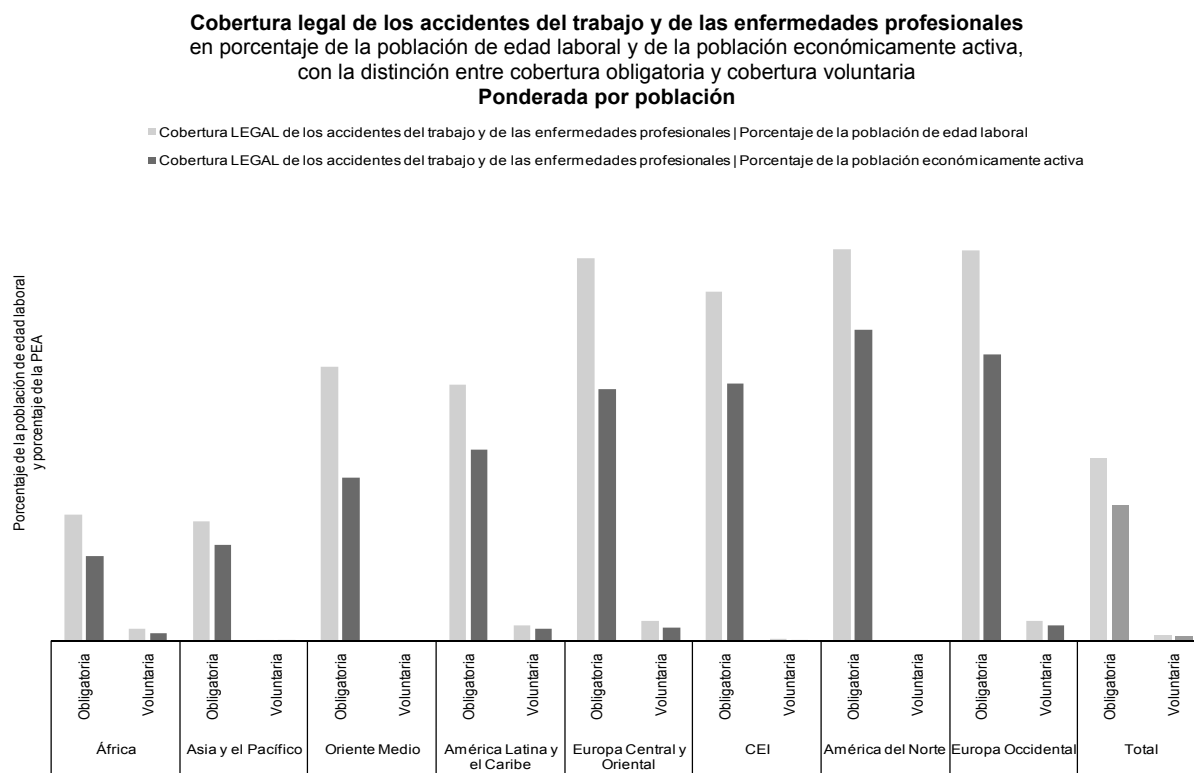
Gráfico A.4b. Cobertura efectiva en términos de los desempleados beneficiarios de prestaciones de desempleo



Fuente: Departamento de Seguridad Social de la OIT. Compilación de datos disponibles a nivel nacional recogidos en los regímenes de seguro de desempleo. Cálculos realizados por la OIT.

En la mayoría de los países existen programas de compensación de los accidentes del trabajo y de las enfermedades profesionales. Sin embargo, la cobertura legal estimada representa menos del 30 por ciento de la población de edad laboral y menos del 40 por ciento de la población económicamente activa (véase el gráfico A.5).

Gráfico A.5. Cobertura legal de los accidentes del trabajo y de las enfermedades profesionales como porcentaje de la población de edad laboral y de la población económicamente activa



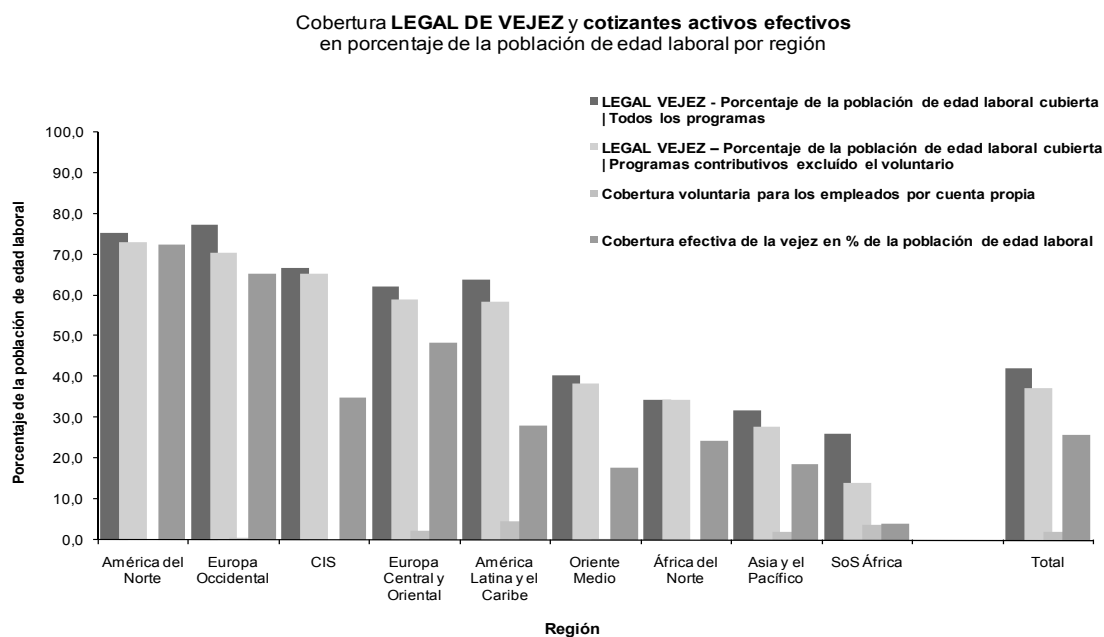
Fuente: Departamento de Seguridad Social de la OIT, basada en la publicación SSA/AISS Social Security Programs Throughout the World (2008-2009) y la legislación nacional; y LABORSTA base de datos. Departamento de Estadísticas de la OIT completado con fuentes nacionales de estadísticas.

Las siguientes secciones se centran con más detalle en la cobertura de los regímenes de prestaciones que otorgan específicamente una seguridad del ingreso en la vejez y prestaciones médicas, como se especifica en el Convenio sobre la seguridad social (norma mínima), 1952 (núm. 102), es decir, que se asegura una protección económica que posibilita que los hogares se permitan un acceso a los servicios de asistencia sanitaria.

A.2. Cobertura – pensiones de vejez

Globalmente, la cobertura teórica de los regímenes vigentes y obligatorios de pensiones contributivas deberían llegar a casi el 40 por ciento de la población de edad laboral (y al 50 por ciento de la población económicamente activa). Sin embargo, en la práctica, la cobertura efectiva llega a no más del 25 por ciento de los hombres y de las mujeres de edad laboral. Nuevamente, la variación es amplia, desde aproximadamente el 5 por ciento del África Subsahariana hasta el 20 por ciento del Norte de África, Asia y Oriente Medio, hasta el 30 por ciento de América Latina y hasta más del 50 por ciento de la mayoría de Europa y Norte de América (véase el gráfico A.6).

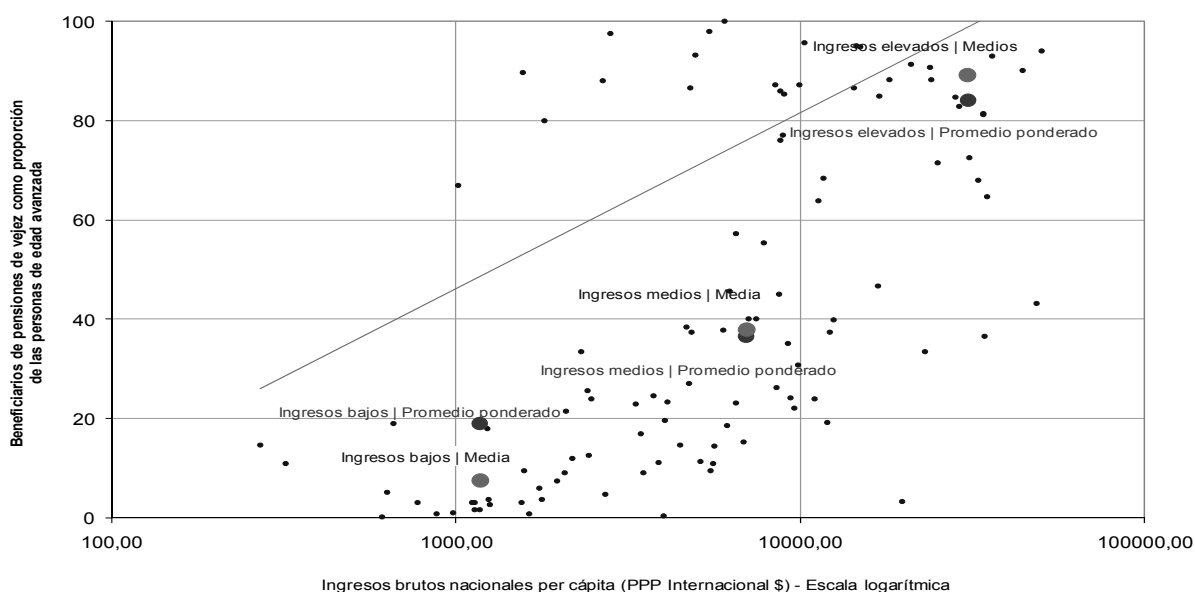
Gráfico A.6. VEJEZ: cobertura legal y cobertura efectiva en términos de cotizantes como porcentaje de la población de edad laboral por región



Fuentes: Departamento de Seguridad Social de la OIT, basado en la publicación SSA/AISS Social Security Programs Throughout the World (2008-2009) y la legislación nacional; y LABORSTA – base de datos. Departamento de Estadísticos de la OIT, completado con fuentes nacionales de estadísticas para la estimación de la cobertura legal; y compilación de datos disponibles a nivel nacional recogidos en los regímenes de seguridad social de pensiones para la cobertura efectiva.

Al mismo tiempo, en los países de elevados ingresos, el 75 por ciento de las personas de más edad (más de 65 años de edad) perciben alguna cuantía de pensión. En los países de bajos ingresos, la correspondiente se encuentra por debajo del 20 por ciento de las personas de edad avanzada (y en este grupo de países, la cifra media se sitúa justo por encima del 7 por ciento; véase el gráfico A.7).

Gráfico A.7. Beneficiarios de pensiones de vejez como proporción de las personas de edad avanzada en los países (por nivel de ingresos)

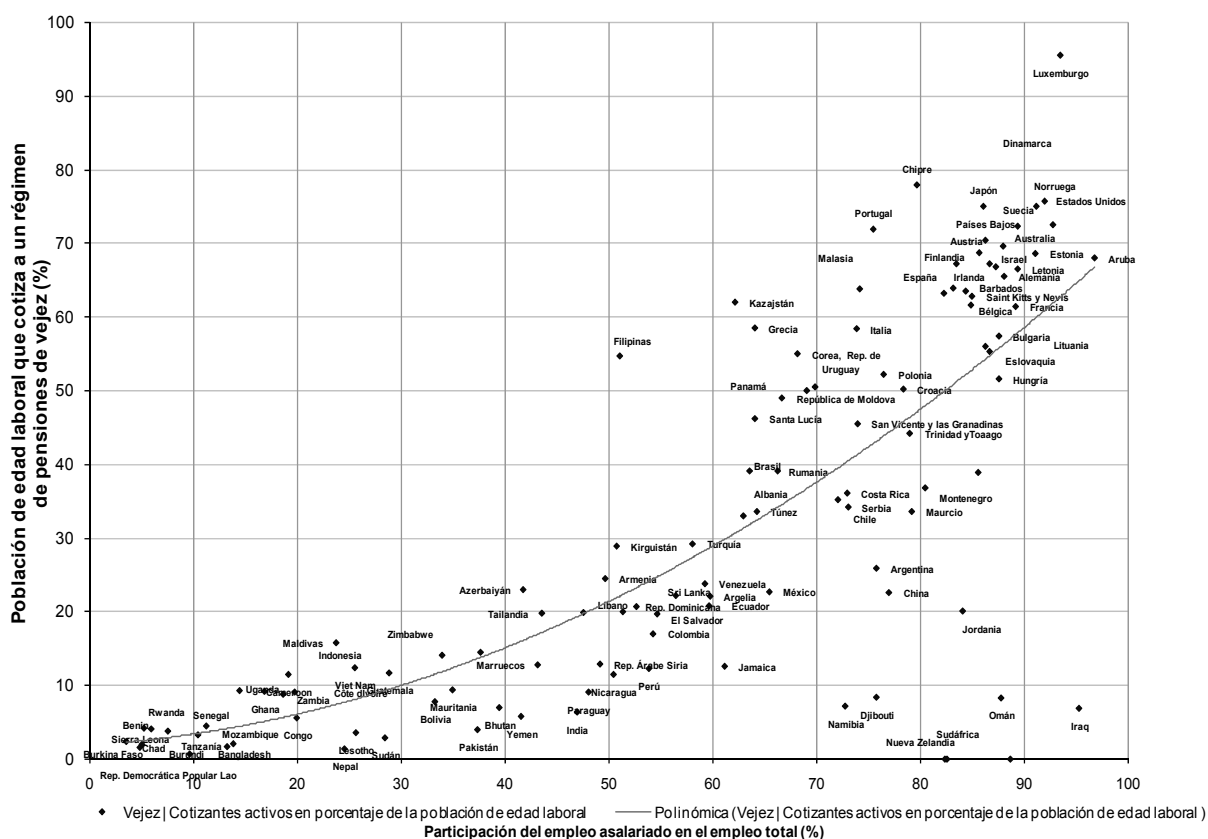


Fuente: Departamento de Seguridad Social de la OIT. Compilación de los datos disponibles a nivel nacional recogidos en los regímenes de seguridad social de pensiones; y UNDATA.

La necesidad de extensión de la cobertura es, por tanto, más urgente en los países en desarrollo, en los que las tasas de cobertura formal son muy bajas. Los regímenes de pensiones vigentes en esos países tienden a cubrir a una proporción limitada de la fuerza del trabajo (sobre todo, en el empleo asalariado formal, como se muestra en el gráfico A.8), mientras que en los países de elevados ingresos (y en un número creciente de países de ingresos medios), se alcanzó, o está cerca de alcanzarse, la cobertura universal de las pensiones. Sin embargo, con la creciente longevidad, la vida laboral «promedio», en proporción con el periodo promedio para el cual se obtiene la pensión, ha pasado a ser considerablemente más breve que hasta ahora. Esto, junto con las demandas cada vez mayores de asistencia de larga duración de las personas de más edad, significa que los sistemas de seguridad social atraviesan en la actualidad unas crecientes presiones financieras, lo que conduce, a su vez, a un requerimiento de reformas. Estas se traducirían en unas prestaciones promedio relativamente más bajas para las futuras generaciones de jubilados.

Entre tanto, se observa que un gran número de personas de más edad, especialmente de los países de ingresos bajos, están obligadas a seguir trabajando, especialmente en la economía informal, debido a que sus derechos de pensión, si es que los tienen, son demasiado bajos como para alejarlos de la pobreza en su vejez. Es típico que esas personas hayan pasado su vida laboral en la economía informal o en las zonas rurales, con lo cual no habrán tenido la oportunidad de participar en regímenes de pensiones contributivas, ni habrán podido beneficiarse de la asistencia social o del otorgamiento universal de pensiones.

Gráfico A.8. VEJEZ: Cotizantes activos efectivos como porcentaje de la población de edad laboral por participación en el empleo asalariado



Fuente: Departamento de Seguridad Social de la OIT. Compilación de los datos disponibles a nivel nacional recogidos en los regímenes de seguridad social de pensiones; y LABORSTA de la OIT completado con datos estadísticos nacionales.

Puede obtenerse un cuadro bastante somero de los patrones de jubilación, mediante el análisis de los niveles de actividad económica en las personas de edad avanzada, aunque los datos disponibles están insuficientemente detallados para calcular sus edades promedio cuando salen del mercado laboral en todos los países, y es poca la información que indica

en qué medida el retraso de la jubilación representa un asunto de opción individual. El cuadro A.2, muestra cómo las tasas de participación en la fuerza del trabajo de los mayores de 65 años se comparan con las tasas de actividad económica promedio para todos aquellos por encima de los 14 años. Aquí nuevamente, el análisis pone de manifiesto una clara dicotomía entre las partes desarrolladas del mundo y los países en desarrollo, en los que es rara la efectiva «jubilación» de la actividad económica. En el África Subsahariana, por ejemplo, el envejecimiento de los hombres puede clásicamente reducir sus tasas de actividad económica en no más del 20 por ciento. Una característica llamativa de las cifras para África es que no se había producido ningún cambio en este modelo entre 1980 y 2005. Un cuadro similar se ve en el Sudeste asiático. Las cifras vienen a sugerir que las mujeres de la mayoría de las regiones en verdad ven reducida su actividad económica en mayor medida que los hombres, según van envejeciendo, pero es evidente que muchos están ocupados en actividades no registradas por las encuestas sobre la fuerza del trabajo como el «empleo», como la asistencia brindada y la organización de los hogares para otros miembros de sus familias.

El cuadro A.2 también muestra la esperanza de vida estimada en los 65 años de edad para los hombres y las mujeres de diferentes partes del mundo. Es bien conocida la brecha entre la esperanza de vida *al nacer* entre las partes desarrolladas y en desarrollo del mundo, pero esta brecha es mucho menor en la vejez. Aun en los países más pobres, cuando las personas llegan a la edad de 65 años, vivirán un promedio de más de diez años, con profundas implicaciones para sus necesidades en términos de apoyo al ingreso y de una protección social más amplia.

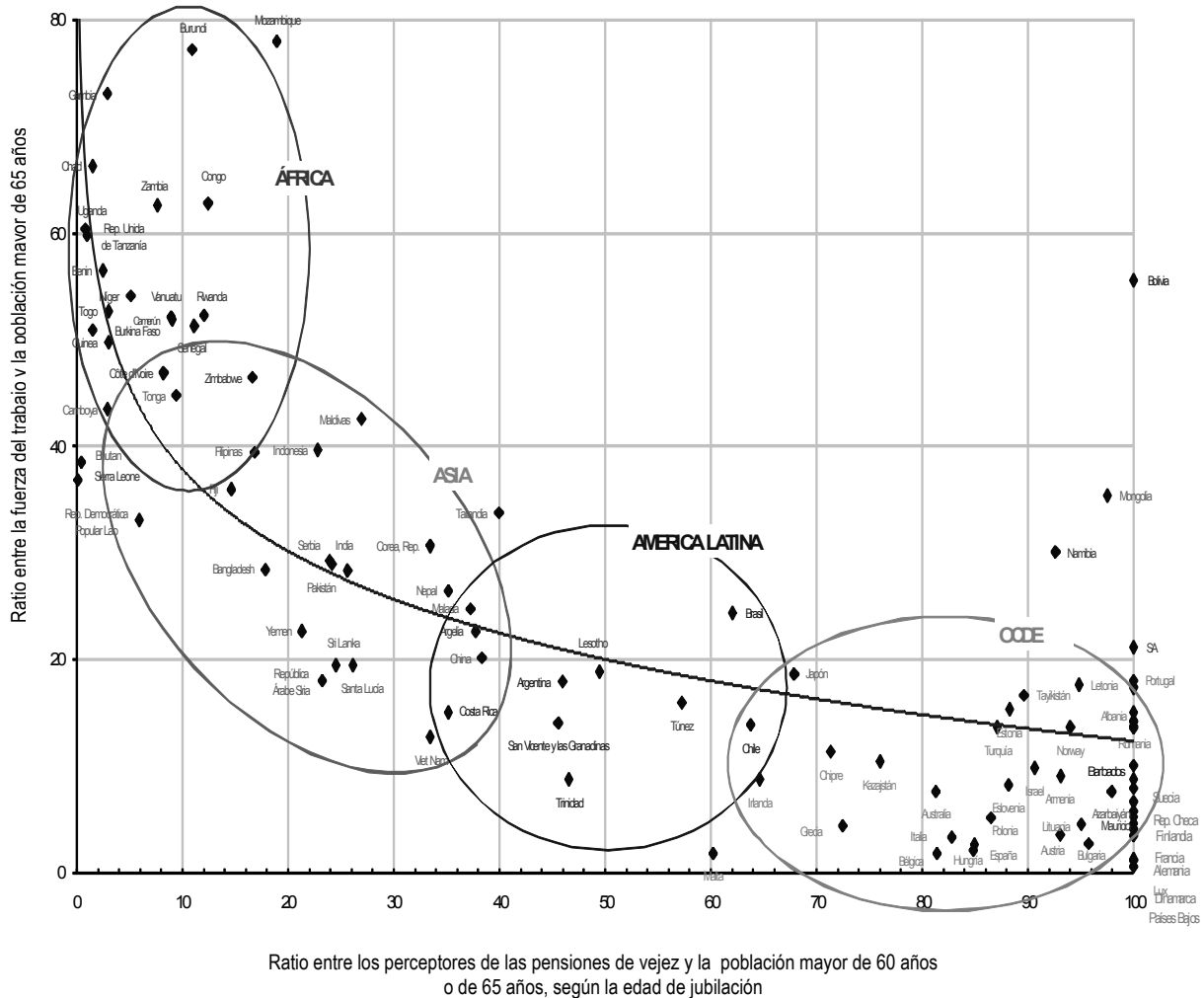
Cuadro A.2. Participación en el mercado laboral de las personas de edad avanzada (mayores de 65 años) y esperanza de vida a la edad de 65 años

	Participación en la fuerza del trabajo de los mayores de 65 años, % de la participación en la fuerza del trabajo de los mayores de 15 años				Esperanza de vida a los 65 años	
	Hombres		Mujeres		2000-2005	
	1980	2005	1980	2005	Hombres	Mujeres
África Meridional	84,4	85,0	55,1	56,5	10,96	12,38
África Occidental	81,4	82,3	58,7	56,3	11,36	12,50
África Oriental	82,7	81,5	62,5	59,1	11,31	13,00
Asia Meridional y Central	68,5	60,2	39,3	43,8	13,36	14,58
Sudeste asiático	62,0	57,9	38,4	32,7	13,36	15,33
América Central	73,6	56,6	53,4	34,0	16,24	18,16
América del Sur	43,5	44,5	22,2	25,4	15,35	17,98
Norte de África	59,9	42,9	61,5	22,3	12,81	14,58
Asia Occidental	46,2	42,7	35,7	40,5	13,16	15,14
El Caribe	47,3	38,2	29,1	17,0	15,30	17,67
Asia Oriental	38,3	33,5	10,8	16,9	14,81	17,53
África del Sur	33,0	32,9	20,6	12,5	10,69	14,18
Australia y Oceanía	19,1	19,9	10,4	9,9	16,49	19,86
Europa Oriental	20,2	15,4	8,7	10,7	11,56	15,27
Europa Septentrional	17,0	13,7	8,9	7,5	15,76	19,05
Europa Meridional	20,3	12,8	15,7	9,7	16,12	19,75
Europa Occidental	10,1	5,7	7,3	3,2	16,06	20,01
Mundo	40,6	38,2	18,4	21,5	14,39	16,95
Regiones más desarrolladas	21,9	19,3	12,2	12,2	15,47	18,92
Regiones menos desarrolladas	54,2	48,5	24,9	27,8	13,80	15,64

Fuente: 1) Participación de la fuerza del trabajo: cálculos propios basados en estimaciones de la población económicamente activa de la OIT y versión 5 de las proyecciones: 1980-2020; <http://laborsta.ilo.org/>; 2) Life expectancy: World population prospects (revisión de 2006), edición en CD-ROM (Naciones Unidas). Agrupación por país, según UNWPP (véase <http://esa.un.org/unpp/index.asp?panel=5>).

El gráfico A.9 muestra que el vínculo, en términos de correlación inversa, entre la cobertura de las pensiones de vejez y la participación de la fuerza del trabajo de las personas de más edad, es fuerte.

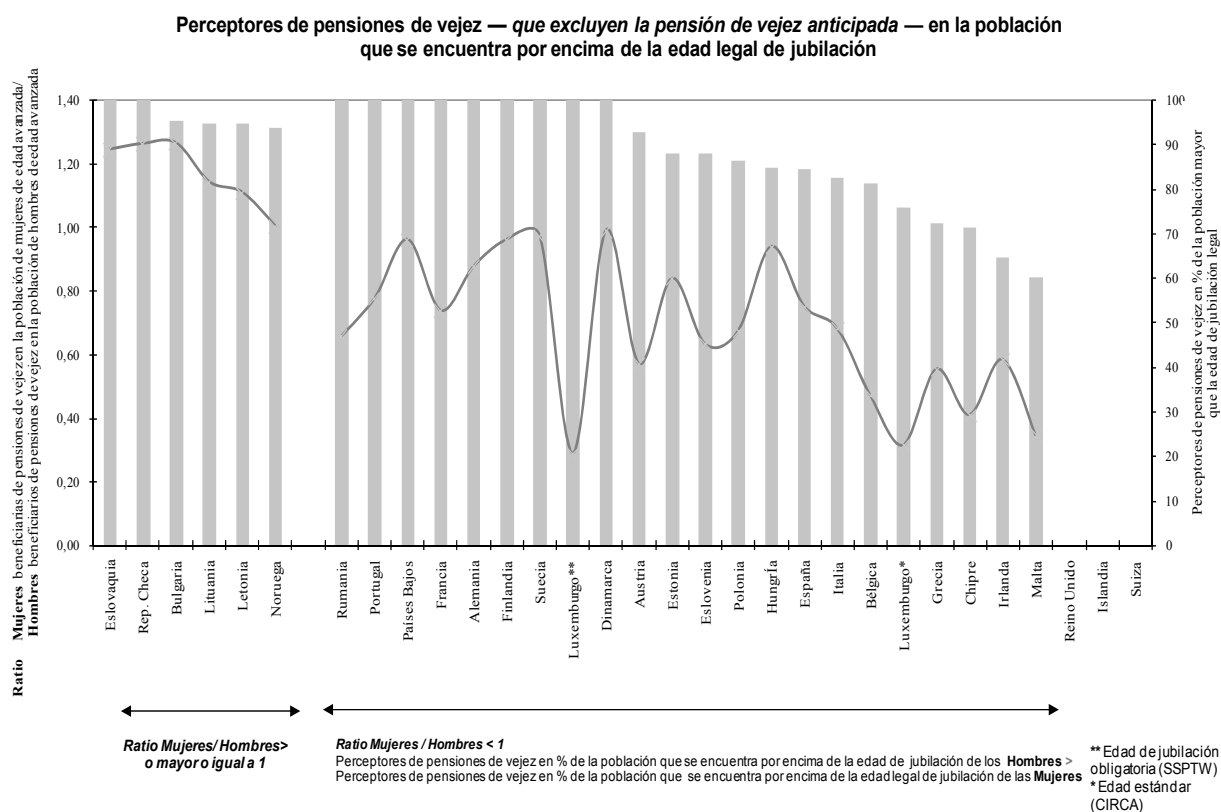
Gráfico A.9. Porcentaje de las personas de más edad que perciben pensiones y participación de la población de más de 65 años en la fuerza del trabajo



Fuente: Departamento de Seguridad Social de la OIT. Compilación de datos disponibles a nivel nacional recogidos en los regímenes de seguridad social de pensiones; y LABORSTA de la OIT para la Población Económicamente Activa de 65 años y más.

En la mayoría de los países de la OCDE, al menos, la cobertura obligatoria y, por tanto, el número de beneficiarios de pensiones, representa una proporción de la población que se encuentra por encima la edad de jubilación muy cercana al 100 por ciento. Por una serie de razones, el cuadro trazado por las estadísticas es un poco más complicado. En primer término, el recuento del número de pensionistas, incluirá las pensiones de «jubilación anticipada» pagadas en edades inferiores a la edad de jubilación normal. En segundo término, puede ser difícil el recuento exacto del número de pensiones pagadas (o contingentemente pagaderas) a las mujeres, dado que, si bien muchas mujeres carecen de derechos a pensión por propio derecho, tendrán finalmente derecho a percibir pensiones de viudedad. El gráfico A.10 muestra, por esta razón, que en muchos países de la Unión Europea, el porcentaje representado por un número de perceptores de pensiones de vejez de la población que supera la edad de jubilación es igual o más elevado que el 100 por ciento. Sin embargo, aun en aquellos países con cifras que muestran que este ratio es menor de uno, la cobertura real se encuentra, de hecho, cerca del 100 por ciento. Un ejemplo es Polonia, donde el número de mujeres que perciben pensiones de sobrevivientes es elevado.

Gráfico A.10. Unión Europea: perceptores de pensiones de vejez como porcentaje de la población que se encuentra por encima de la edad legal de jubilación



Fuente: EUROSTAT – Sistema Europeo de Estadísticas Integradas de Protección Social (SEEPROS), base de datos sobre los beneficiarios de prestaciones de pensiones. Cálculos realizados por la OIT.

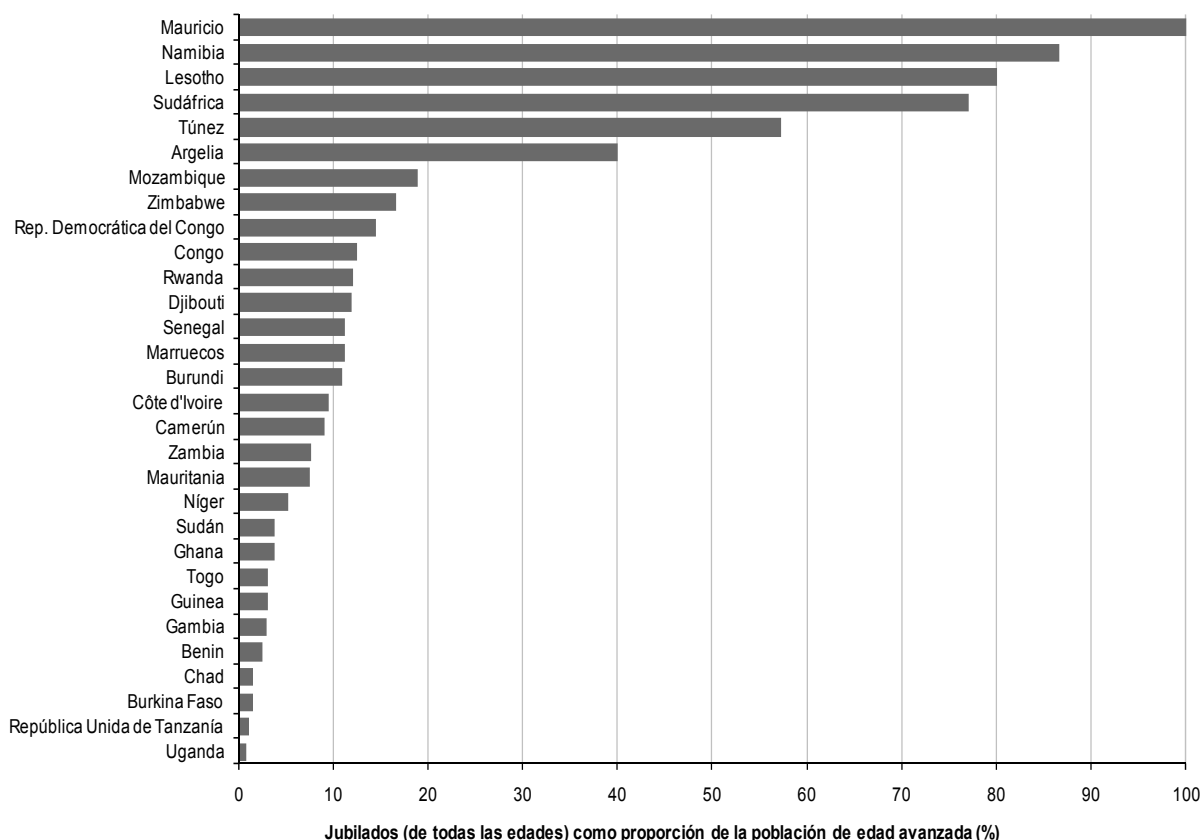
En los países que no pertenecen a la OCDE, es típico que sólo una minoría de las personas de edad avanzada perciban una pensión de los sistemas de seguridad social formales. Las tasas de cobertura más bajas de todos se dan en África, donde el 10 por ciento, o menos, de las personas de edad avanzada tienen algún derecho a pensión. Esta situación no mejorará radicalmente en el futuro, aun habiendo instaurado muchos países africanos regímenes de pensiones contributivas, primero debido a que esos regímenes son «jóvenes», con pocos afiliados que hubiesen cotizado un tiempo suficiente como para tener derechos acumulados a prestaciones, pero más importante porque es raro que no más del 10 por ciento de todos los que se encuentran en la fuerza del trabajo y en el empleo coticen a algún régimen de pensiones. La situación es significativamente mejor en los países con una más larga tradición de seguridad social y una economía formal de mayor magnitud (por ejemplo, Túnez o Argelia; véase el gráfico A.11).

La cobertura más elevada se encuentra en aquellos países africanos en los que, además de regímenes contributivos para quienes se encuentran en la economía formal, introdujeron pensiones universales (Mauricio, Namibia y Lesotho) o pensiones de asistencia social, alcanzando a una buena parte de la población (Sudáfrica)¹.

¹ La elevada cobertura refleja la inversión de recursos sustanciales: Mauricio y Sudáfrica gastan más del 5 por ciento de sus PIB en seguridad social, al tiempo que la mayoría de los países africanos subsaharianos asignan no más del 1 por ciento de sus PIB, una gran parte del cual puede representar las pensiones pagaderas a los funcionarios públicos.

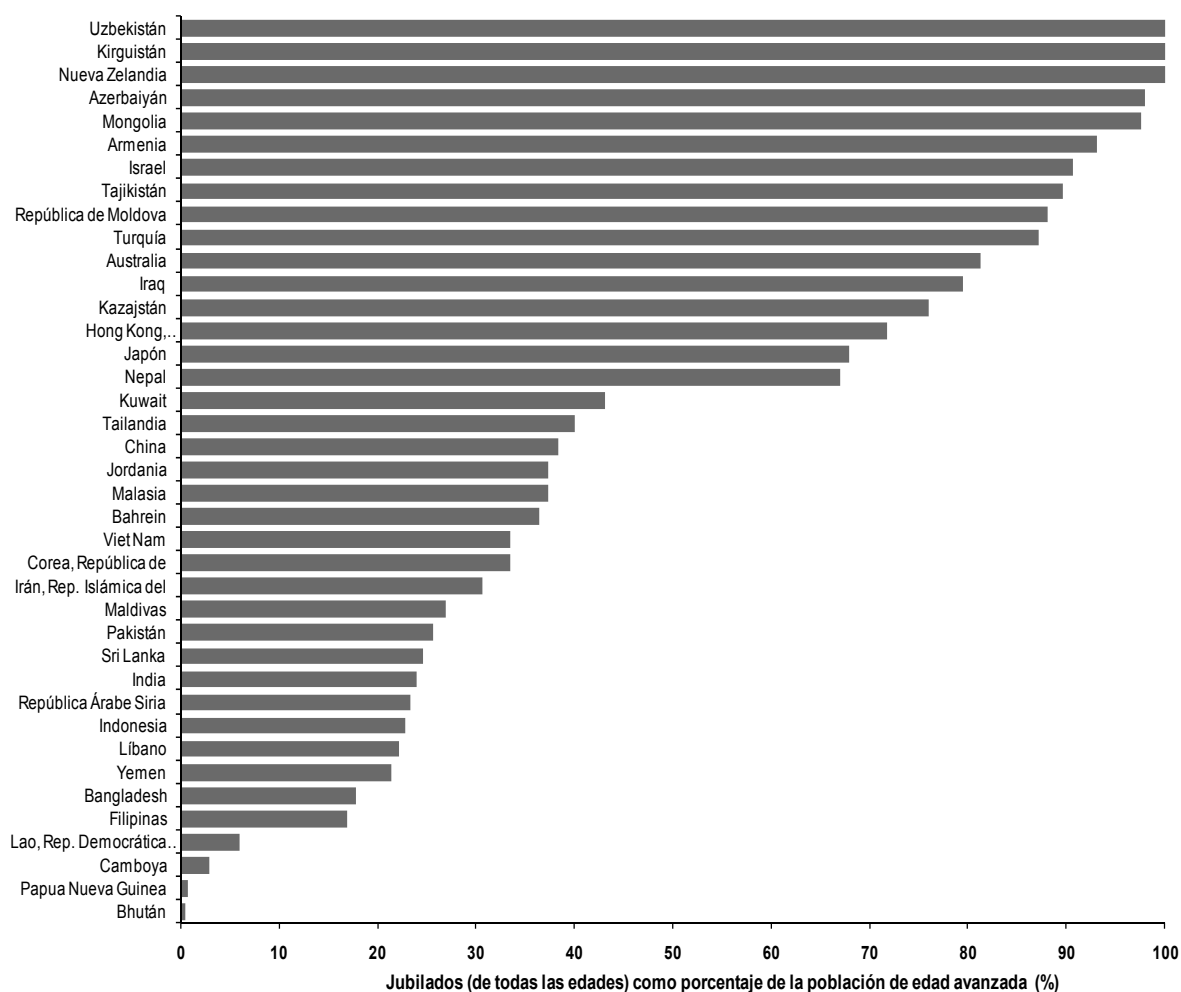
También en Asia, se aprecia un cuadro variado. Las estadísticas vienen a sugerir que las poblaciones de Mongolia y de los países de la ex Unión Soviética, gozan de unos niveles relativamente altos de cobertura. Sin embargo, el nivel general de gasto en seguridad social en algunos de esos países, junto con otras evidencias, viene a indicar que las pensiones reales pagadas son muy bajas, y probablemente insuficientes para mantener a las personas de edad avanzada alejadas de la pobreza. En el caso de Japón, la tasa estadística de cobertura se encuentra por debajo del 100 por ciento, debido sólo al hecho de que muchos japoneses se jubilan mucho después de los 60 años. En la mayoría de los demás países asiáticos, las tasas de cobertura efectiva en general oscilan sólo entre el 20 y el 40 por ciento. A diferencia de la situación de África, pueden esperarse, no obstante, en el futuro, algunas mejoras en la cobertura. En algunos países, ya se han acometido unas reformas de las políticas, constituyendo un notable ejemplo las iniciativas de China de otorgar al menos alguna cobertura a la población rural. Sin embargo, la mayoría afronta un creciente desafío para impedir una pobreza extendida y profunda en una población que envejece rápidamente y que trabaja sobre todo en la economía informal, sin ningún acceso a regímenes de seguridad social contributivos (véase el gráfico A.12).

Gráfico A.11. África: Jubilados (de todas las edades) como porcentaje de la población de edad avanzada (población de 60+ / 65+ años, según las estadísticas nacionales correspondientes), último año disponible



Fuente: Departamento de Seguridad Social de la OIT. Compilación de datos disponibles a nivel nacional recogidos en los regímenes de seguridad social de pensiones; y World Population Prospects (2008 revision). CD-ROM edition (Naciones Unidas), medium variant.

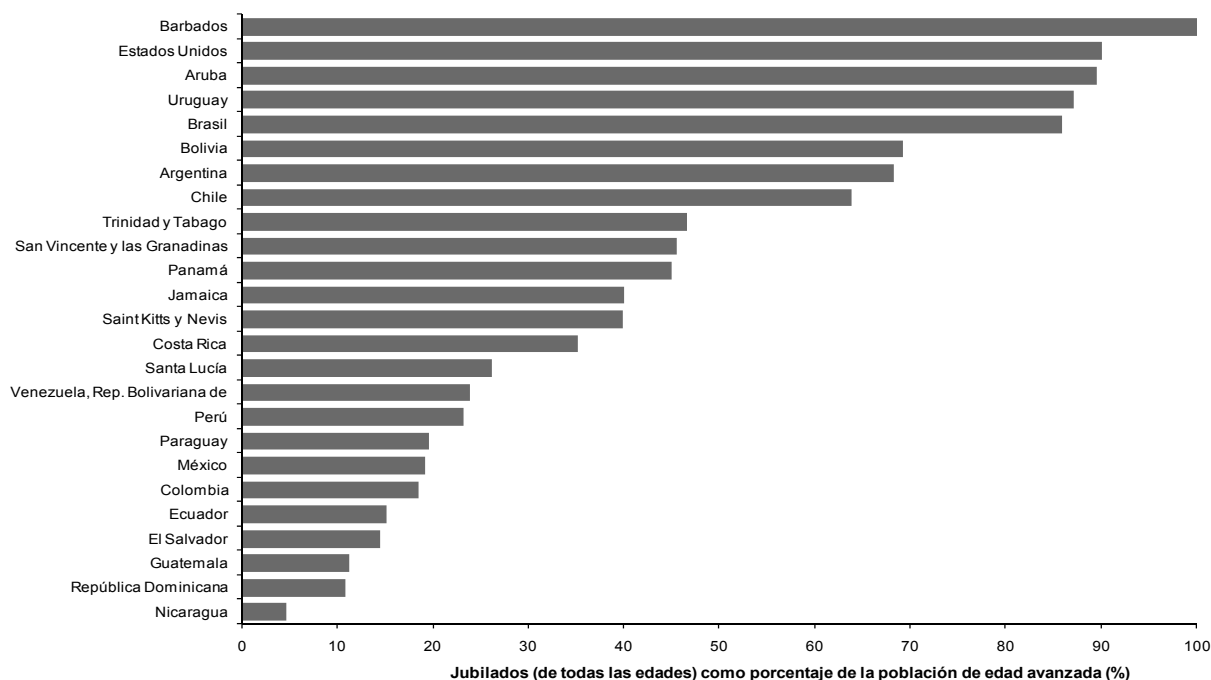
Gráfico A.12. Asia y Oriente Medio: jubilados (de todas las edades) como porcentaje de la población de edad avanzada (de 60+/65+ años, según las estadísticas nacionales correspondientes), último año disponible



Fuente: Departamento de Seguridad Social de la OIT. Compilación de datos disponibles a nivel nacional recogidos en los regímenes de seguridad social de pensiones; y World Population Prospects (2008, revisión). CD Rom edition (Naciones Unidas), médium variant.

En los países de América Latina y el Caribe, con su larga historia de seguridad social, la cobertura refleja en general el porcentaje de aquellos que trabajan en la economía formal (30-60 por ciento, con la excepción de algunas islas del Caribe, en las que es más grande la economía formal). En Brasil, las estadísticas vienen a indicar que el acceso a las pensiones contributivas, combinado con unas pensiones rurales y sociales financiadas con cargo a los impuestos, tienen como resultado que la mayoría de la población reciba algún apoyo al ingreso, si bien muchos no están aún cubiertos. Bolivia, que introdujo hace varios años unas pequeñas pensiones universales, ha tenido éxito en la cobertura de un gran porcentaje de las personas de edad avanzada, pero, tal y como muestran las pruebas, son todavía muchas las personas que, legalmente, deberían estar recibiendo prestaciones, y que no están aún cubiertas por el sistema (véase el gráfico A.13).

Gráfico A.13. América Latina y el Caribe: jubilados (de todas las edades) como porcentaje de la población de edad avanzada (de 60+/65+ años, según las definiciones nacionales correspondientes), último año disponible



Fuente: Departamento de Seguridad Social de la OIT. Compilación de datos disponibles a nivel nacional recogidos en los regímenes de seguridad social de pensiones; y World Population Prospects (2008, revision). CD-ROM edition (Naciones Unidas), medium variant.

Este estudio pone de manifiesto que, globalmente, existe una muy amplia diversidad entre los países de tasas de cobertura de jubilaciones y aquellos que alcanzaron unos niveles más elevados. La evaluación empírica conduce a la observación de que, de hecho, los países que obtuvieron mayor éxito en este sentido, son aquellos que complementaron los regímenes de pensiones contributivas con la introducción de pensiones no contributivas, pagaderas inmediatamente de modo de alcanzar, si no a todas las personas de edad avanzada, a aquellas que las necesitaban con más urgencia.

Otro grupo de observaciones empíricas atañe a la fuerte dimensión de género (conocida) de pobreza de las personas de edad. La esperanza de vida para las mujeres es generalmente más elevada que para los hombres, con lo cual un porcentaje significativo de las mujeres puede vivir en situación de pobreza durante un período relativamente largo. La probabilidad de que una mujer pierda a su cónyuge es más alta y las mujeres tienen menos probabilidades de volver a casarse que los hombres. Así, las mujeres mayores de 60 años sin cónyuge superan significativamente en número a sus homólogos masculinos y en un gran número de países son muchas las que deben trabajar para compensar el declinante apoyo intrafamiliar y la ausencia de unos regímenes de pensiones universales. En algunas sociedades, estos problemas se ven sin duda exacerbados por la exclusión social debida a la viudedad.

De modo similar, el patrón global de cobertura de las pensiones tiene una dimensión de género más sólida. En la mayoría de los países, las mujeres están subrepresentadas en la economía formal y se encuentran, por consiguiente, proporcionalmente subrepresentadas entre los cotizantes a regímenes de pensiones del seguro social. Cuando las mujeres en verdad participan en tales regímenes, es frecuente el caso de que sus cotizaciones se efectúen en unas tasas relativamente bajas (porque tienden a estar empleadas en unos trabajos de baja remuneración) y durante menos años que los hombres en un empleo comparable (en razón de que interrumpen sus trayectorias laborales para la crianza de los hijos y otras responsabilidades relativas a los cuidados), con el resultado general de que sus

pensiones finales son desproporcionadamente bajas. Además, el proceso de establecimiento de las rentas anuales de los regímenes de pensiones en base a los ahorros individuales, puede tener como consecuencia unas pensiones relativamente bajas en el caso de las mujeres, lo que viene a reflejar su comparativa longevidad.

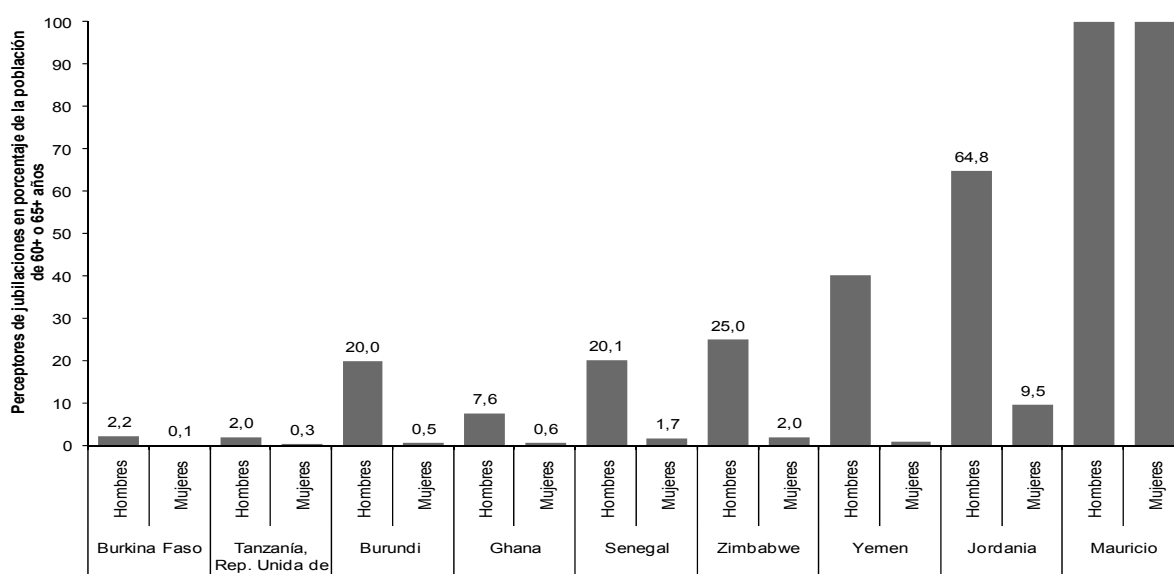
Otras características de los sistemas de pensiones que pueden, dependiendo de las circunstancias, quedar reflejadas en unas pensiones promedio relativamente bajas pagadas a las mujeres, incluyen la probabilidad de que sus derechos de pensión se deriven de las de sus maridos, en lugar de ser directamente acumuladas, y la dificultad de que se establezca una base satisfactoria para la división de los derechos de pensión en caso de divorcio. No obstante, el amplio cuadro global es tal que, tanto la mayoría de los hombres como la mayoría de las mujeres, al haber pasado sus vidas laborales en la economía informal, perciben unas pensiones mínimas o no perciben pensión alguna, con el resultado de que su seguridad de ingresos en la vejez depende de los activos acumulados, bajo la forma de ahorros, tal vez de una vivienda, de ganado y tierras, junto con unos mecanismos de apoyo familiares.

En resumen, aunque los indicadores de cobertura promedio pueden variar entre niveles más bajos (África) o más elevados (Europa), se observa, en todas las regiones, una brecha de género significativa: en casi todos los países, la cobertura de la vejez es, en el caso de las mujeres, mucho más baja que en el caso de los hombres (véanse los gráficos A.14 y A.16). Parece probable, dadas las múltiples fuentes de desequilibrio de género de los regímenes contributivos, que el desequilibrio general pudiera ser rectificado sólo a través de la extensión de los derechos de pensión a las mujeres en los regímenes no contributivos y de aquellos que otorgan unas garantías universales mínimas.

Sin embargo, una cobertura incompleta es un fenómeno extendido que también se ve en los países industrializados. Los grupos excluidos tienden a incluir de hecho, no sólo a las mujeres, por las razones ya apuntadas, sino también a los trabajadores de baja capacitación y a las minorías étnicas.

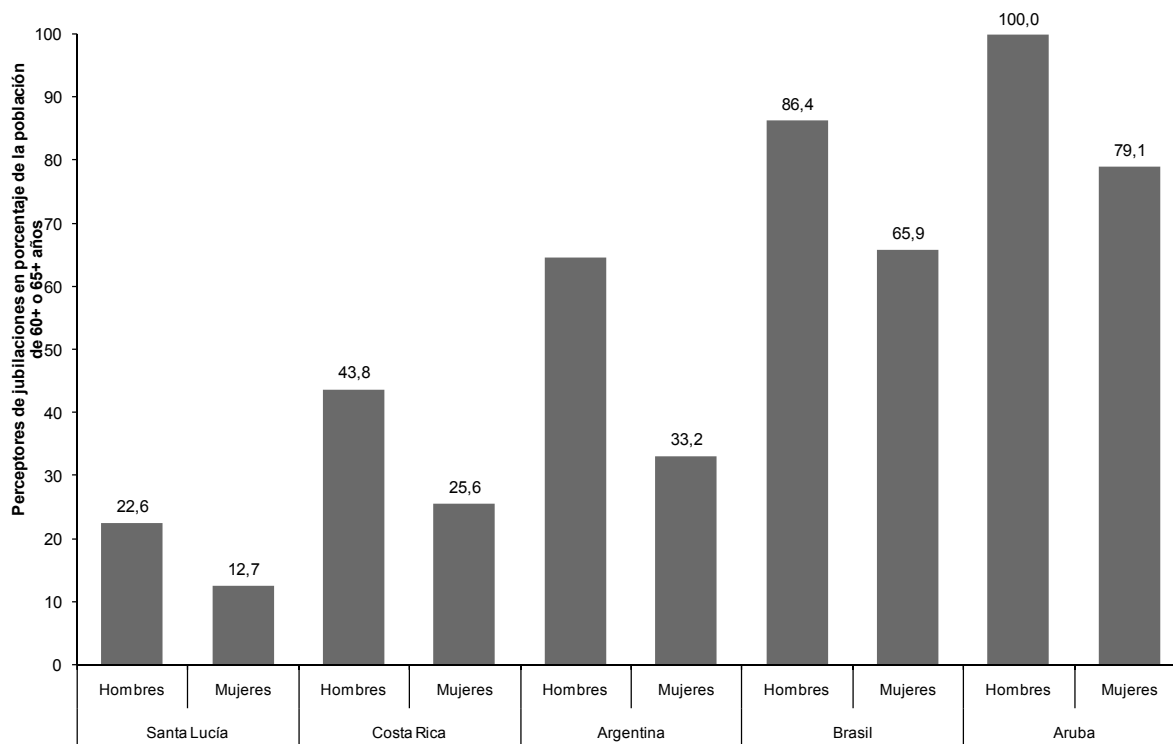
Gráficos A.14-A.16. Jubilados hombres y mujeres (de todas las edades) como porcentaje de las correspondientes poblaciones masculina y femenina mayores de 60 años, último año disponible

Gráfico A.14. África (último año disponible)



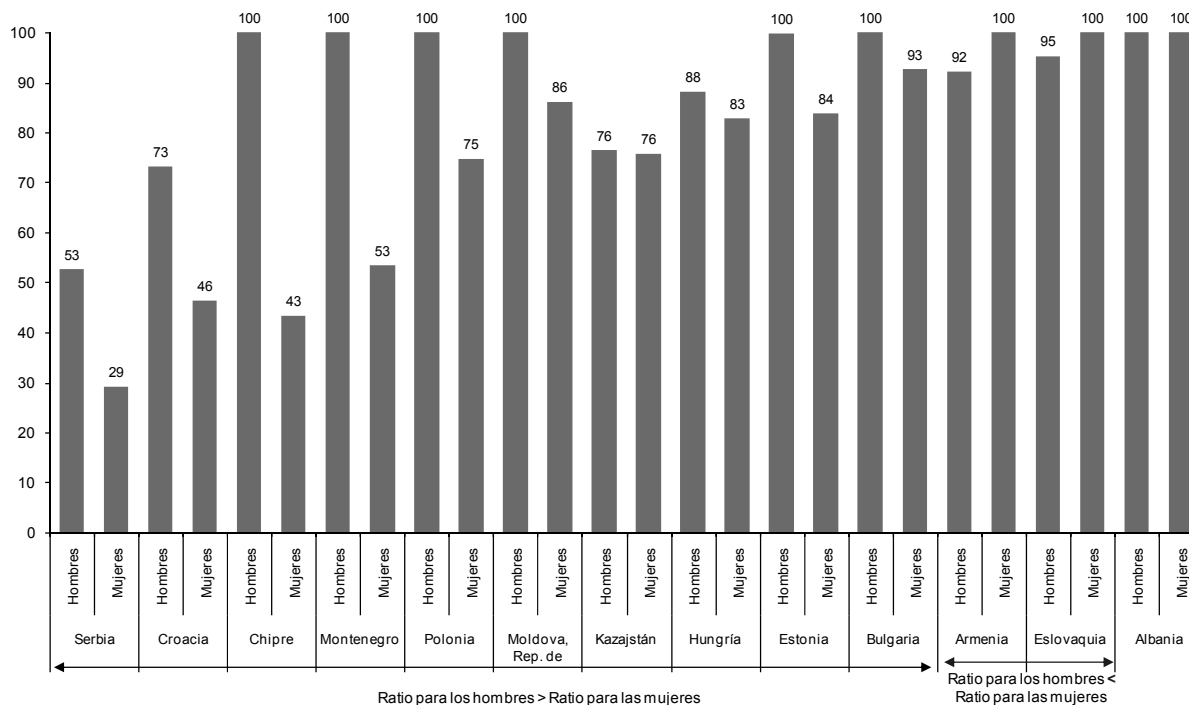
Fuente: Departamento de Seguridad Social de la OIT. Compilación de datos disponibles a nivel nacional recogidos en los regímenes de seguridad social de pensiones; y World Population Prospects (2008, revision). CD-ROM edition (Naciones Unidas), medium variant.

Gráfico A.15. América Latina y el Caribe (último año disponible)



Fuente: Departamento de Seguridad Social de la OIT. Compilación de datos disponibles a nivel nacional recogidos en los regímenes de seguridad social de pensiones; y World Population Prospects (2008, revision). CD-ROM edition (Naciones Unidas), medium variant.

Gráfico A.16. Europa Meridional y Oriental (último año disponible)



Fuente: Departamento de Seguridad Social de la OIT. Compilación de datos disponibles a nivel nacional recogidos en los regímenes de seguridad social de pensiones; y World Population Prospects (2008, revision). CD-ROM edition (Naciones Unidas), medium variant.

El mundo envejece. El cuadro A.3 muestra que, si bien los hombres y las mujeres mayores de 65 años de edad representan en la actualidad el 8 por ciento de la población mundial, esta cifra se proyecta para incrementarse hasta llegar al 16 por ciento en 2050. La

mayoría de las personas de edad avanzada que viven en países en los que en la actualidad sólo unas pequeñas minorías están cubiertas por alguna forma de regímenes de pensiones y en los que la seguridad social en general, incluido el acceso asequible a los servicios esenciales de asistencia médica, es un lujo: más del 60 por ciento de las personas de edad avanzada viven en la actualidad en países clasificados por la ONU como «menos desarrollados». Las proyecciones indican que, en 2050, las personas de edad avanzada de esos países representarán casi el 80 por ciento de la población mayor mundial, del cual el 60 por ciento vivirá en Asia y más de la mitad se encontrará sólo en China y en la India. El cuadro también muestra el predominio, en todas las regiones, de las mujeres entre las personas de edad avanzada.

Cuadro A.3. Población de edad avanzada proyectada – porcentajes en 2010 y 2050

	Población de 65+ años		Porcentaje de la población mundial de 65+ años		Porcentaje de mujeres entre la población de 65+ años	
	2010	2050	2010	2050	2010	2050
Mundo	100	100	8	16	56	55
Más regiones desarrolladas	37	22	16	26	59	57
Menos regiones desarrolladas	63	78	6	15	54	55
Menos regiones desarrolladas, excluida						
China	41	56	5	13	55	55
África	7	9	3	7	56	54
Asia	54	62	7	18	54	55
China	21	22	8	24	52	54
India	12	16	5	14	53	54
Europa	22	12	16	28	61	58
América Latina y el Caribe	8	10	7	19	56	57
América del Norte	9	6	13	21	57	56
Oceania	1	1	11	19	54	55

Fuente: *World Population Prospects* (2006, revisión). Edición en CD-ROM (Naciones Unidas), medium variant. *Country groupings according to UNWPP* (véase <http://esa.un.org/unpp/index.asp?panel=5>).

A.3. Cobertura – protección social de la salud

En general, es más alto el porcentaje de la población mundial que tiene un mayor acceso a los servicios de asistencia de la salud que a las diversas prestaciones en metálico concedidas a través de la seguridad social. No obstante, la OIT había estimado con anterioridad² que casi una tercera parte de la población mundial carecía de todo acceso a instalaciones y servicios sanitarios y, para muchos más, el gasto necesario para obtener una asistencia médica podía ocasionar una catástrofe económica para sus hogares, ante la falta de una protección social de la salud adecuada para cubrir o refinanciar tal gasto.

Dentro de las definiciones generales de seguridad social de la OIT, la *protección social de la salud* está concebida como una serie de medidas públicas o públicamente

² OIT (2008d), véanse las págs. 23-31.

organizadas y obligatorias de carácter privado frente a las tensiones sociales y a las pérdidas económicas derivadas de la enfermedad y del costo del tratamiento necesario. Esta rama de seguridad social tiene algunos rasgos distintivos:

- La protección social de la salud está estrechamente vinculada con el funcionamiento de un sector económico específico: el sector de la salud, que requiere un enfoque que integre las necesidades y las demandas de los beneficiarios y que procura el suministro de asistencia médica, la disponibilidad de una infraestructura de la salud, la propia fuerza del trabajo del sector de la salud, oportunidades de empleo y una capacidad administrativa. La situación del lado de la oferta determina, en gran medida, un acceso potencial a servicios de asistencia médica de calidad en un país.
- Globalmente, una proporción significativa de los fondos para la financiación de la asistencia de la salud, se paga directamente bajo la forma de gasto directo a los proveedores de asistencia médica, como las instalaciones sanitarias, los médicos, las enfermeras, las farmacias, etc. En muchos países, se observan tales pagos a pesar del hecho de que nominalmente debería disponerse de una asistencia médica gratuita.

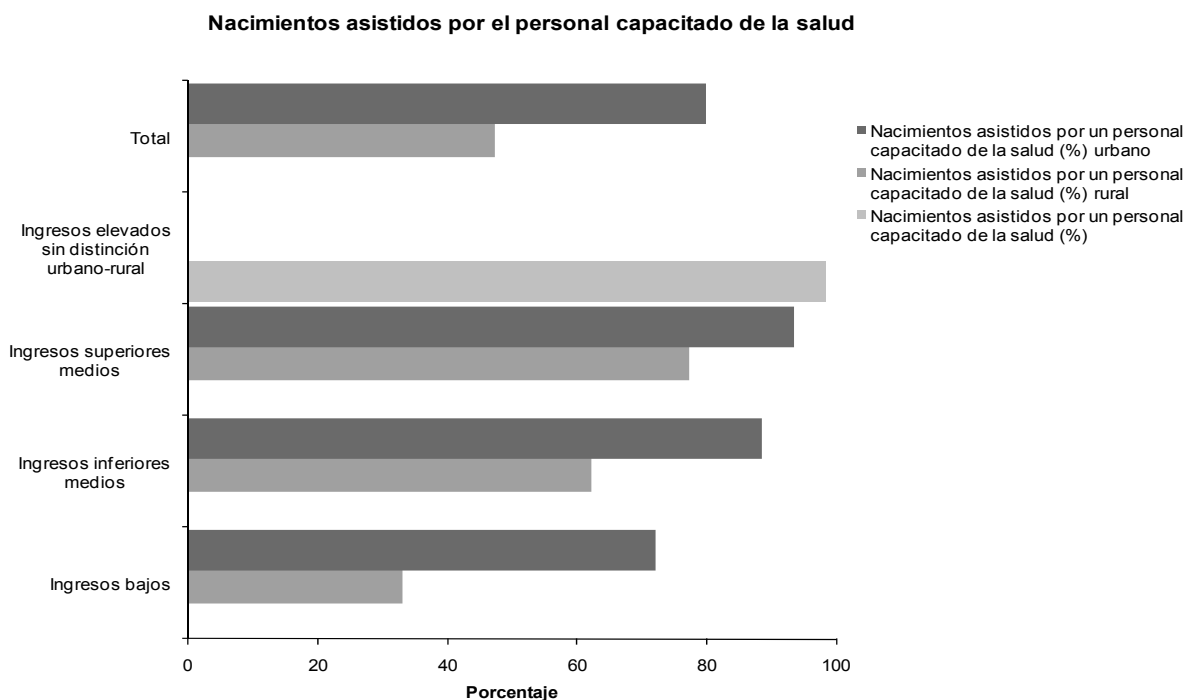
En este contexto, la protección social de la salud requiere que se brinde una cobertura eficaz que combine la protección económica con un acceso efectivo a una asistencia médica de calidad.

Los asuntos que han de abordarse en un enfoque hacia una *protección económica* efectiva, incluyen el riesgo de empobrecimiento debido a acontecimientos catastróficos relacionados con la salud, la incidencia de los gastos directos efectuados directamente a los proveedores, los gastos de transporte para llegar a las instalaciones de asistencia médica, especialmente en las zonas rurales, y la capacidad de los individuos de cumplir con los copagos.

El *acceso efectivo* a los servicios de la salud, a los medicamentos y a los artículos de asistencia médica, requiere una disponibilidad física de infraestructura y de equipos de asistencia sanitaria, personal, suministros y productos médicos, así como la provisión de unos servicios asequibles e idóneos. Los servicios deben ser accesibles para todos, incluso en zonas alejadas, y asequibles. Otras dimensiones de una cobertura efectiva se relacionan con la adecuación y la calidad de los servicios sanitarios, con los requerimientos específicos de género y con su aceptabilidad, por ejemplo, para las poblaciones indígenas.

En muchos países, el problema de suministro de un acceso equitativo a los servicios de asistencia médica, con independencia de que el lugar de residencia de la persona sea acude y la gente que vive en las zonas rurales, típicamente tenga mucho menos acceso que la que vive en zonas urbanas. El gráfico A.17 aporta una importante ilustración que muestra que el porcentaje (global) de nacimientos esperados por el personal calificado de la salud es más bajo en las zonas rurales que en las zonas urbanas, en todos los países, salvo los de elevados ingresos. Sin embargo, esta diferencia es mucho más elevada en los países de bajos ingresos, en los que es clásico que la mayoría de la población viva en las zonas rurales.

Gráfico A.17. Desigualdades en el acceso a los servicios de salud para las madres* en las zonas rurales y urbanas de países con diferentes niveles nacionales de ingresos (2006)



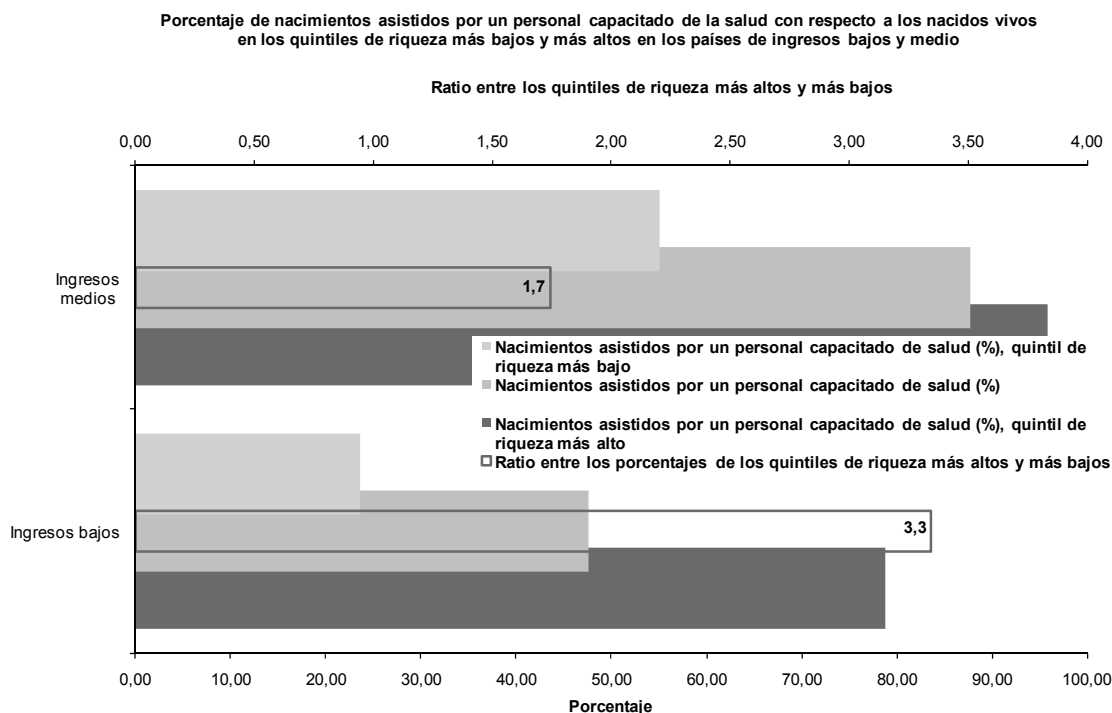
*Porcentaje de nacimientos asistidos por un personal capacitado de la salud.

Fuente: Sistema de Información Estadística de la OMS (WHOSIS), 2008, Ginebra.

Otro análisis pone de manifiesto que tales diferenciales urbanos-rurales observados reflejan no sólo las diferencias en la disponibilidad física de los servicios de asistencia médica de zonas geográficas específicas, sino también unos niveles generales más bajos de ingresos y de riqueza de los hogares de las zonas rurales. El gráfico A.18 muestra diferencias en el acceso a los servicios de salud para las madres por quintil de riqueza. En los países de ingresos medios, las cifras muestran que en el 20 por ciento más rico de los hogares, la proporción de nacimientos asistidos por un personal capacitado de la salud es casi el doble (1,7 veces) respecto del 20 por ciento de los hogares más pobres. A diferencia del grupo de países de bajos ingresos, el diferencial correspondiente entre los quintiles más ricos y los quintiles más pobres es más que el triple (3,3 veces), siendo en muchos países aún más grande el diferencial.

Esas amplias brechas apuntan a la significación de un acceso equitativo en la planificación de la disponibilidad de los servicios de salud y la protección económica de los trabajadores y de sus familias. Las brechas en la protección económica se encuentran, de hecho, entre las razones fundamentales de la subutilización de los servicios de salud de los países en desarrollo y entre las peores franjas de las poblaciones de todos los continentes.

Gráfico A.18. Desigualdades en el acceso a los servicios de salud para las madres* por quintil de riqueza (2006)



* Porcentaje de nacimientos asistidos por un personal capacitado de salud por quintil de riqueza.

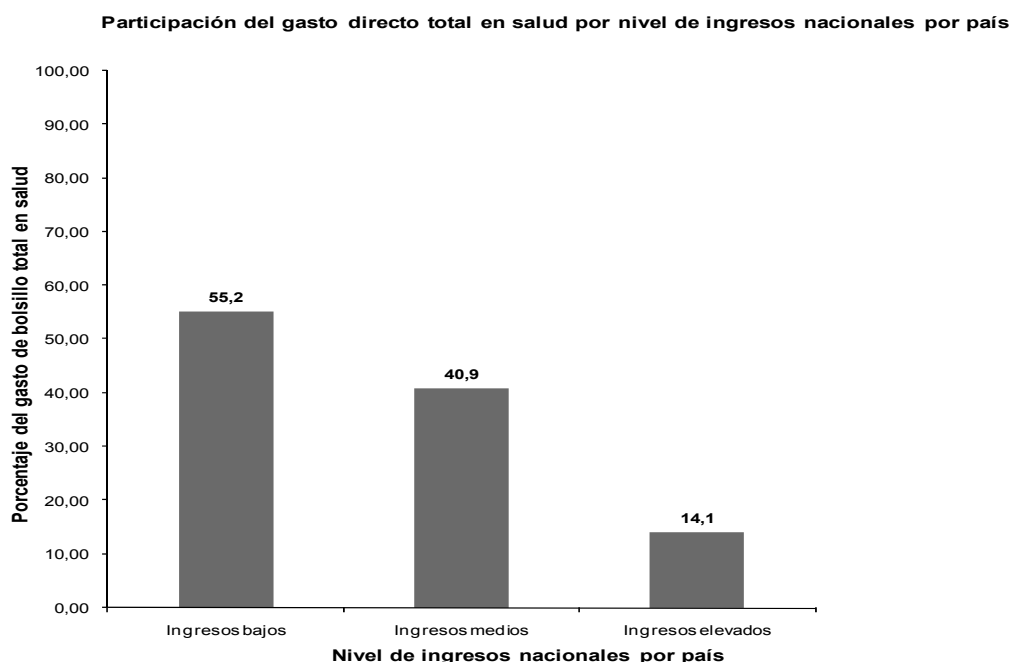
Fuente: Sistema de Información Estadística de la OMS (WHOSIS), 2008, Ginebra.

Los gastos directos que tienen que efectuar los hogares en ausencia de unos mecanismos de protección económica, no sólo generan barreras económicas al acceso y reducen la asequibilidad de los servicios de asistencia médica, sino que también, como se muestra en una variedad de estudios, empuja a la gente a la pobreza o ahonda la pobreza existente. Esos estudios miden el impacto de los costos sanitarios en la pobreza³. En Senegal, por ejemplo, la brecha de la pobreza aumentó, pasando del 54 por ciento de la línea de la pobreza, antes de que se previera el gasto sanitario, al 64 por ciento, después de esa previsión (Scheil-Adlung *et al.*, 2006).

El gráfico A.19 muestra los márgenes generales de los gastos directos en los países de ingresos bajos, superiores-medios y elevados. En los países de ingresos bajos, más de la mitad (55 por ciento) del gasto en salud está sufragado en promedio por los gastos directos, si bien en muchos países, como Camboya, la India y Pakistán, las personas pueden cargar con hasta el 80 por ciento del gasto total de la salud, con sólo un pequeño porcentaje de la población cubierto por alguna forma de mecanismos de protección social de la salud, como los servicios financiados con cargo a los impuestos o los seguros sociales o de carácter comunitario. La cifra promedio correspondiente para los gastos directos en los países de ingresos medios, es del 40 por ciento, mientras que en los países de ingresos elevados, es del 10 por ciento. El gráfico A.20 muestra que existe una fuerte correlación entre la participación del gasto directo y la incidencia de la pobreza.

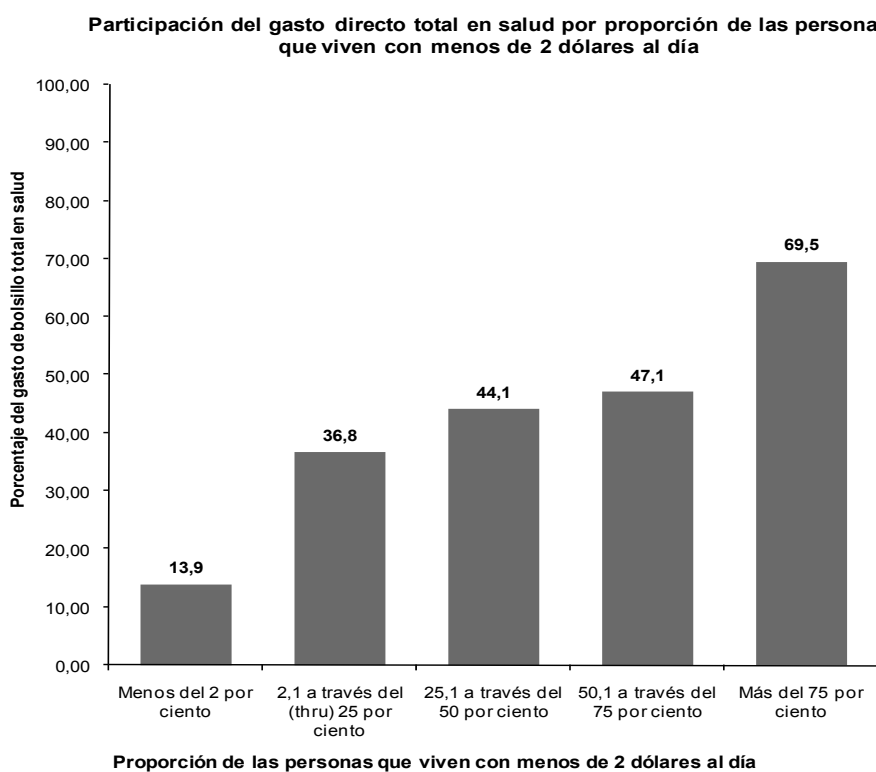
³ El impacto de la intensidad de la pobreza, se mide a través de la diferencia en la brecha de la pobreza normalizada, antes y después de los pagos sanitarios. Viene a indicar cuánto más tiene que contribuir cada hogar, a efectos de llevar a todos los pobres por encima de la línea de la pobreza, en razón del pago de los servicios sanitarios.

Gráfico A.19. Gasto directo como porcentaje del gasto total en salud, en los países de ingresos bajos, superiores-medios y elevados (2006)



Fuente: Sistema de Información Estadística de la OMS (WHOSIS), 2008, Ginebra. Cálculos realizados por la OIT.

Gráfico A.20. Gasto directo como porcentaje del gasto total en salud por incidencia de la pobreza (porcentaje de la gente que vive en un país con menos de 2 dólares al día)



Fuente: Sistema de Información Estadística de la OMS (WHOSIS), 2008, Ginebra. Cálculos realizados por la OIT.

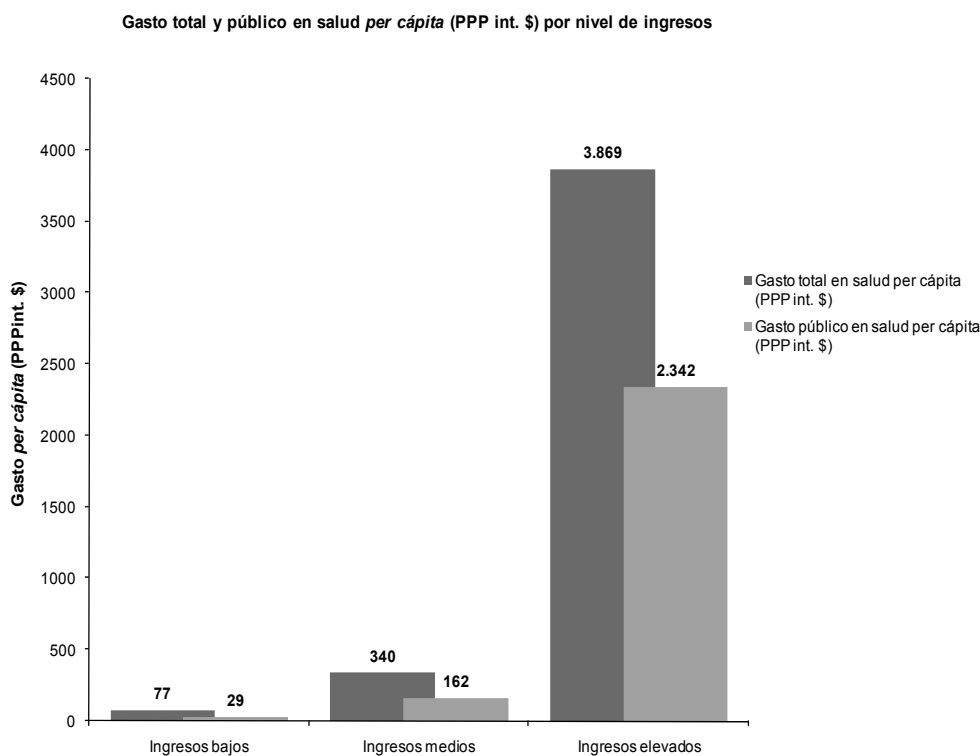
Un objetivo importante de la protección social de la salud es asegurar la asequibilidad de los servicios para los trabajadores y sus familias, tanto en la economía informal como en la economía formal. La asequibilidad, con esta finalidad, significa la ausencia de barreras económicas a los hogares que reciben servicios de salud cuando los necesitan, y abarca los aspectos relativos al acceso a los servicios a todos los que los necesitan y a la prevención de la pobreza relacionada con la salud. La asequibilidad puede evaluarse en términos de la participación del gasto directo de la asistencia médica por parte de un hogar con la totalidad de los ingresos (o gastos) de los hogares netos de los gastos de subsistencia (en la alimentación y en la vivienda básica), que pueden compararse con un valor de umbral seleccionado. La determinación de ese valor de umbral (más allá del cual el gasto directo en salud del hogar se considera que tendrá probablemente un impacto catastrófico en su situación económica), idealmente requiere una investigación en los verdaderos patrones de gasto del hogar. El nivel seleccionado variará, sin duda alguna, según los países, y podrá asimismo hacerlo según los hogares de diferentes niveles de ingresos. Sin embargo, un enfoque amplio, pero aún de utilidad, basado en patrones globales, puede apuntar (en el caso de los hogares que viven por encima de los niveles de subsistencia) a un umbral más allá del cual el gasto catastrófico en salud se considera teóricamente inasumible — por ejemplo, en un estudio reciente ⁴ — en un nivel de, digamos, el 40 por ciento de los ingresos del hogar que quedan después de las necesidades de subsistencia. En todas las circunstancias, es importante tener en cuenta la capacidad de los hogares de asumir cualquier pago requerido ⁵.

En los países de bajos ingresos, la capacidad de alcanzar los objetivos clave en materia de políticas de salud, como los especificados en los Objetivos de Desarrollo del Milenio, es generalmente un asunto de preocupación, en vista de la limitada disponibilidad de los fondos. El gasto en salud pública *per cápita* ascendió a (PPP) dólares de los Estados Unidos, en 29 países de bajos ingresos, en 2007, en comparación con los 162 dólares de los Estados Unidos de los países de ingresos medios, y de los 2.342 dólares de los Estados Unidos de los países de ingresos elevados (véase el gráfico A.21). En general, los países de ingresos más bajos presentan unos niveles más altos de gasto privado en salud que el sector público, pero esto simplemente viene a reflejar la limitación del acceso de las capas más ricas de sus poblaciones y no compensa el bajo gasto público de tal manera que se promueva la cobertura universal. El impacto de una financiación inadecuada o baja en los países pobres se ve reflejado en estadísticas tales como las tasas de fallecimiento debidas a las enfermedades transmisibles, que son el 36,4 por ciento más elevadas en los países de ingresos bajos y medios que en los países de ingresos altos, en los que representan sólo el 7 por ciento de todos los fallecimientos (Deaton, 2006).

⁴ Esta definición se basa en la definición de la OMS de «gasto catastrófico en salud», como define X. Scheil-Adlung *et al.* (2007).

⁵ El Convenio sobre la seguridad social (norma mínima), 1952 (núm. 102) (artículo 10) establece que «El beneficiario o su sostén de familia podrá ser obligado a participar en los gastos de asistencia médica recibida por él mismo en caso de estado mórbido; la participación del beneficiario o del sostén de la familia deberá reglamentarse de manera tal que no entrañe un gravamen excesivo» y su artículo 71 resalta adicionalmente que la financiación de la seguridad social en general debería evitar «que las personas de recursos económicos modestos tengan que soportar una carga *demasiado onerosa*».

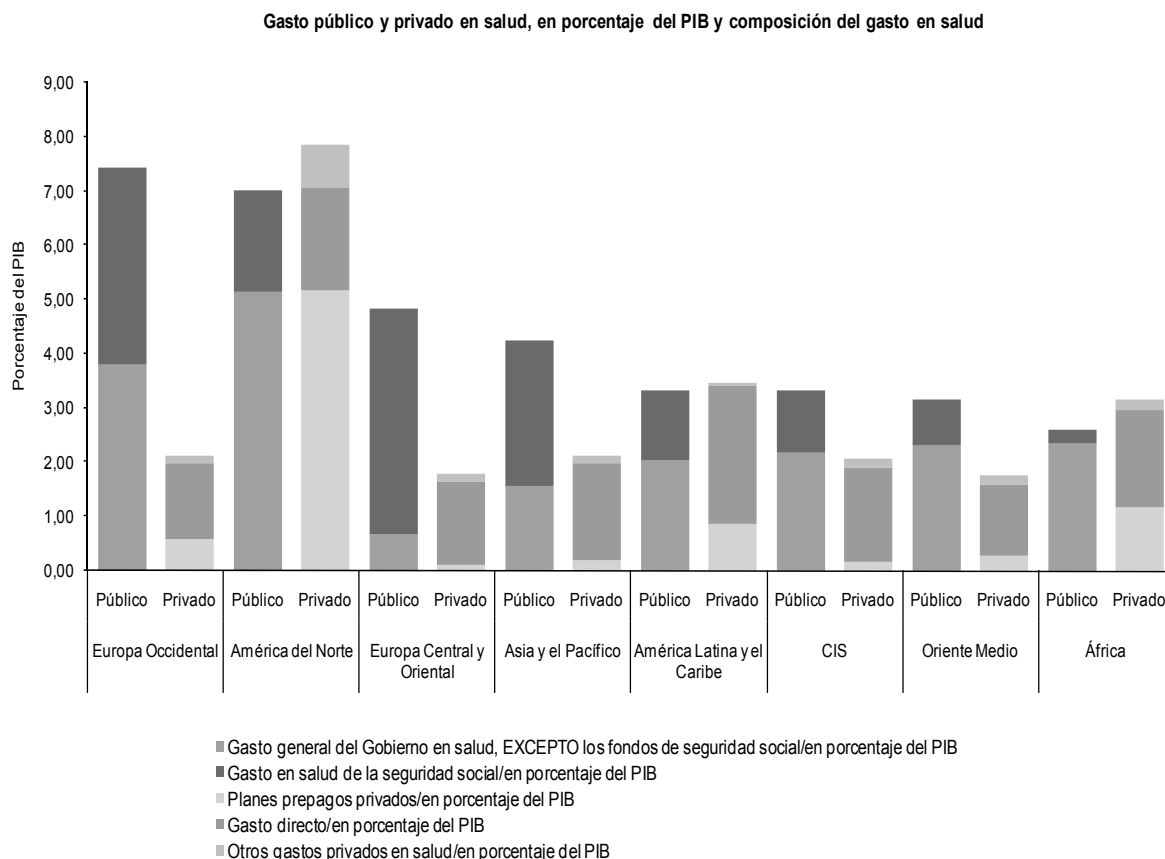
Gráfico A.21. Gasto total y público en asistencia médica *per cápita* (\$PPP) en los países por su nivel de ingreso nacional (2007)



Fuente: Sistema de Información Estadística de la OMS (WHOSIS), 2008, Ginebra. Cálculos realizados por la OIT.

Los países utilizan una gama de fuentes diferentes de financiación de la protección social de la salud. El gráfico A.22 muestra que, en 2006, en tanto fuentes públicas de financiación, los presupuestos del Estado y los regímenes sociales de seguro de salud, habían dominado (en términos de promedios, ponderados por magnitud del PIB y no por población) en Europa, en la CEI, en los países de Oriente Medio y en los países asiáticos, el gasto privado dominó en África, mientras que en América del Norte y en América Latina y el Caribe, la financiación procedió de fuentes privadas y públicas en partes aproximadamente iguales. La fuente final de la mayor parte de la financiación pública de la asistencia de la salud de África, América del Norte y América Latina, Oriente Medio y la CEI es la tributación general, al tiempo que en Asia y en Europa Central y Oriental, es dominante la financiación del seguro social. En Europa Occidental — nuevamente en promedio —, la financiación de la asistencia médica procede casi en partes iguales del seguro social de salud y de los presupuestos del Estado (ingresos procedentes de los impuestos generales). Excepcionalmente, en los EE.UU. predomina el seguro privado de salud. En todas las regiones del mundo, se observa que el nivel general de gasto directo se encuentra entre el 1 y el 2 por ciento del PIB. Sin embargo, mientras que en algunos países (Europa), constituye sólo una pequeña parte del gasto general en salud, en otros (países de bajos ingresos; véase el gráfico A.19 anterior), constituye más de la mitad del gasto total en salud.

Gráfico A.22. Niveles de financiación de la asistencia médica por fuentes (como porcentaje del PIB), 2006

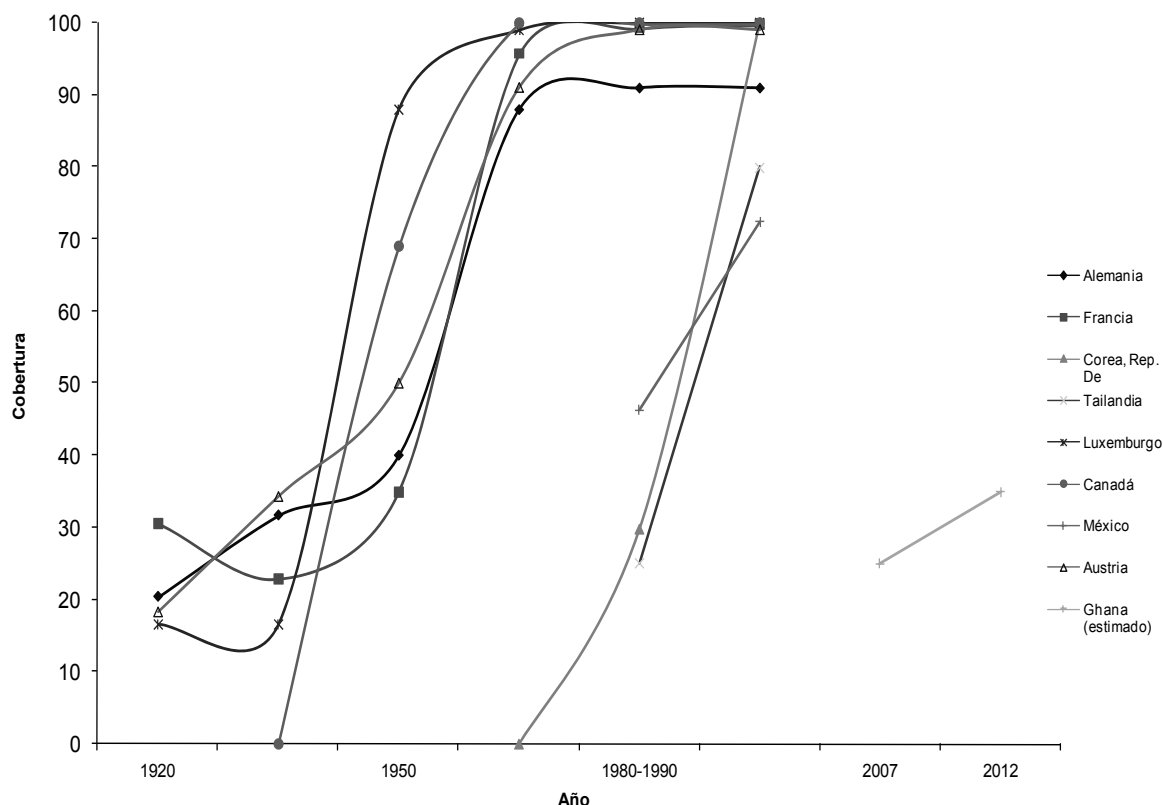


Fuente: Se basa en los datos de 2006 de la OMS.

Todos los países, especialmente aquellos que tienen unos niveles de ingresos bajos, están preocupados por maximizar la asunción fiscal de la protección social de la salud. Para algunos, sobre todo para los países subsaharianos, africanos y asiáticos, unos recursos nacionales escasos están complementados por la ayuda extranjera. Para todos, sin embargo, la asunción puede maximizarse mediante una concesión eficiente de atención primaria, secundaria y preventiva, mediante el uso de medicamentos genéricos y la reducción al mínimo de los precios de los proveedores, a través, por ejemplo, de unos mecanismos de acreditación. Los paquetes de prestaciones deberían diseñarse con una perspectiva general de mantener, mejorar y restablecer la salud, y garantizar la capacidad individual para el trabajo.

Los progresos realizados hacia la cobertura universal pueden alcanzarse rápidamente, incluso en países de bajos ingresos. El gráfico A.23 viene a ilustrar los progresos a lo largo del tiempo en nueve países seleccionados.

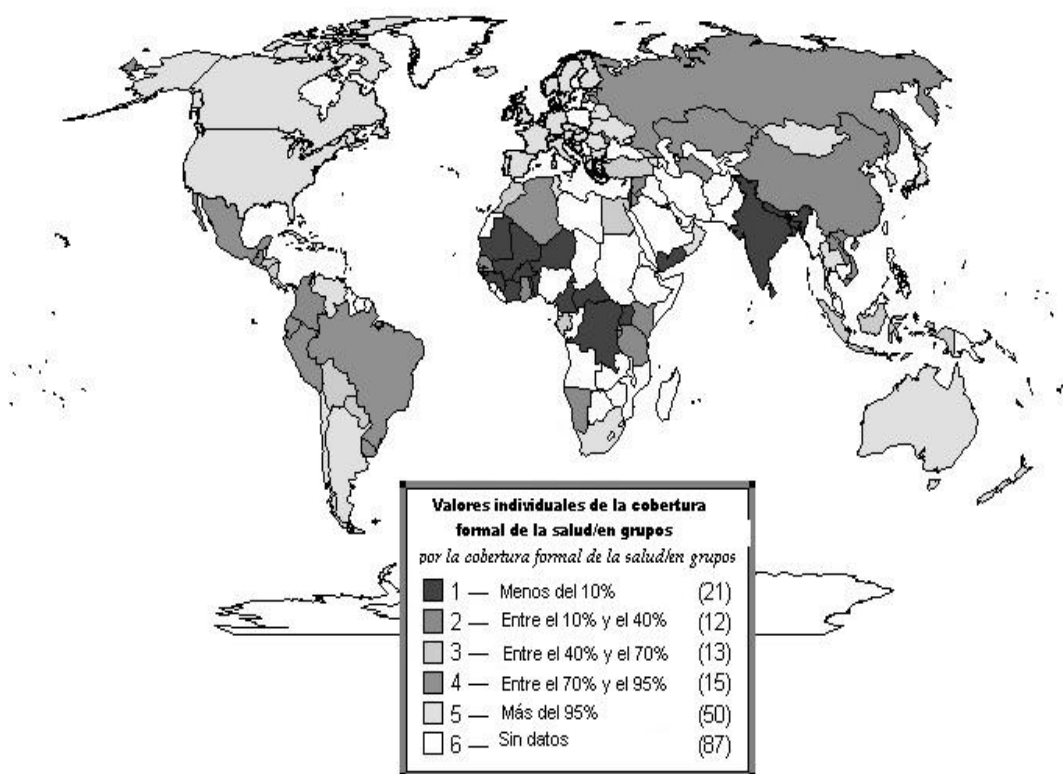
Gráfico A.23. Logro de la cobertura universal en el seguro social de salud



Fuente: OIT: *Compulsory sickness insurance*, Ginebra, 1927 (para los años que van de 1920 a 1925); *OECD Health Data 2005* (para los años que van de 1970 a 2000).

En la década de 1920, países como Alemania y Austria establecieron una cobertura obligatoria para un 30 por ciento de sus poblaciones totales, mientras que otros (por ejemplo, Francia y Noruega) tenían unas tasas de cobertura formales de aproximadamente el 20 por ciento, y Japón, sólo el 3,3 por ciento. Cincuenta años más tarde, cada uno de esos países había alcanzado entre el 90 y el 100 por ciento de cobertura, tiempo en el que sus niveles de PIB *per cápita* oscilaban entre 1.997 dólares (Austria) y 3.985 dólares (Canadá). En 1980, la República de Corea cubría a un 30 por ciento de la población total y registraba un PIB *per cápita* de 1.632 dólares. En 2000, alcanzaba el 100 por ciento de la cobertura formal, con un PIB *per cápita* de 5.429 dólares, tiempo en el que los países comparados habían avanzado hacia unos niveles del PIB tres veces más elevados. Esta finalización por la República de Corea de su cobertura de protección social de la salud se había alcanzado, de este modo, con una mayor compresión tanto de los parámetros temporales como de la capacidad económica. A pesar de este ejemplo, sin embargo, en muchos países incluso la cobertura legal — por no mencionar el acceso efectivo a los servicios de salud — sigue siendo muy baja (véase el gráfico A.24).

Gráfico A.24. Cobertura formal de la salud (porcentaje de la población comprendida en la ley)



Fuente: OIT (2008d).

En muchos países africanos, la cobertura formal total sigue situándose por debajo del 1 por ciento de la población total, por ejemplo, en Malí, Níger y Uganda (cuadro A.4), mientras que incluso en América Latina, donde fue típico que los países introdujeran sus primeros regímenes públicos de seguros hace muchas décadas y movilizaran múltiples vehículos para el otorgamiento social de la salud, la cobertura legal/obligatoria dista mucho de ser completa (cuadro A.5), con unas tasas que siguen encontrándose por debajo del 65 por ciento, en países como Bolivia, El Salvador y Honduras.

Cuadro A.4. Porcentaje de la población con una cobertura formal de protección social de la salud en países africanos seleccionados, 2007

Países	Côte d'Ivoire	Rep. Democrática del Congo	Kenya	Malí	Mauritania	Níger	Uganda
Cobertura formal de protección social de la salud	5,0	0,2	25,0	2,0	0,3	0,7	0,1

Fuente: OIT (2008d).

Cuadro A.5. Porcentaje de la población con una cobertura formal de protección de la salud en países seleccionados de América Latina y en años seleccionados entre 1995 y 2004

País	Régimen público	Seguro social	Seguro privado	Otro	Total
Argentina	37,4	57,6	4,6	1,4	100
Bolivia	30,0	25,8	10,5	0,0	66,3
Colombia	46,7	53,3			100
Ecuador	28,0	18,0	20,0	7,0	73
El Salvador	40,0	15,8	1,5		57,3
Haití	21,0		38,0		60,0
Honduras	52,0		1,5		65,2
Nicaragua	60,0			0,5	68,4

Fuente: Mesa-Lago (2007).

Los datos sobre la cobertura efectiva son muy limitados, tanto en el plano global como en el nacional. A pesar de los importantes esfuerzos de muchas instituciones nacionales e internacionales para desarrollar y aportar datos sobre el acceso a los servicios de salud, especialmente para los pobres, se siguen dando aún brechas en la información. Las estadísticas nacionales se compilan a partir de bases que tienden a ser parciales, específicas y no comparables, con lo cual no permiten evaluaciones comparativas de cobertura y acceso efectivos. Mientras que se dispone de algunos datos en torno al porcentaje de la población con una cobertura obligatoria/legal, el gasto directo como porcentaje del total, la densidad del personal médico con aptitudes específicas, junto con algunos indicadores de infraestructura y unos niveles generales de utilización y de gasto en salud, la medida del acceso efectivo debe realizarse en términos de algunas dimensiones interrelacionadas, incluida la asequibilidad real de la asistencia médica para los hogares y la disponibilidad de servicios y de infraestructura.

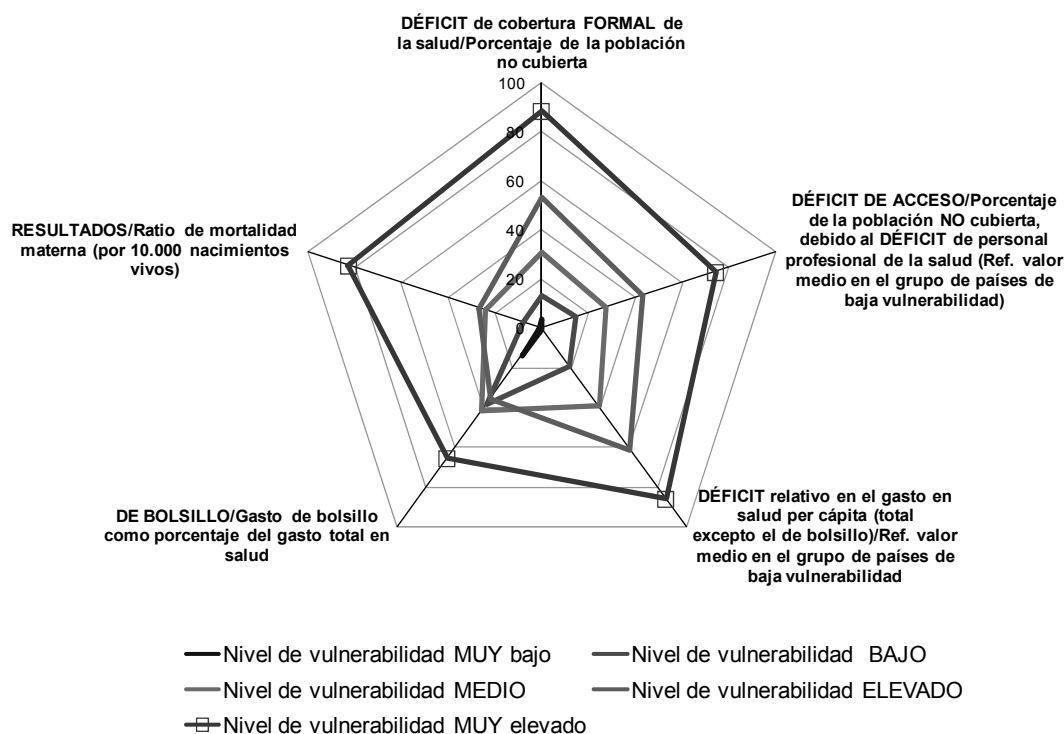
Con todo, es posible trazar un cuadro multidimensional de cobertura de la salud, en base a un conjunto de indicadores clave que reflejen la situación en un país o grupo de países, en relación tanto con el acceso a los servicios de salud como con el nivel de protección económica. Los indicadores útiles que comprenden estos aspectos, incluyen:

- la brecha de la cobertura formal medida por el porcentaje de personas que no están formalmente/legalmente cubiertas por la protección social de la salud;
- el déficit de protección económica medido por la proporción de gasto directo en el gasto total en salud y la incidencia del gasto catastrófico en salud;
- el déficit de acceso, en términos de nivel de recursos asignados a los servicios de asistencia médica medidos como proporción del gasto total real en salud (menos gasto directo) *per cápita* para un determinado valor de punto de referencia (aquí, el valor medio para los países de baja vulnerabilidad), y
- el déficit de acceso, medido por el porcentaje de la población no cubierta, debido a un número insuficiente de personal médico calificado (utilizando como punto de referencia la densidad media del personal médico en los países de baja vulnerabilidad); la mortalidad materna medida como el ratio por 10.000 nacimientos vivos es también de utilidad como indicador, aunque bastante indirecto, de la adecuación del acceso.

La combinación de estos indicadores es bastante complejo, pero está pasando a disponerse de nuevos enfoques para el análisis estadístico, a través de indicadores

indirectos, y el gráfico A.25 brinda un medio de visualización del resultado de tal análisis. Los países han sido agrupados en cinco niveles de «vulnerabilidad», definidos mediante dos criterios: i) el porcentaje de la población que se encuentra por debajo de la línea de la pobreza de 2 dólares al día, y ii) el empleo asalariado como porcentaje del empleo total como un intermediario para la extensión de la informalidad del empleo y los grupos representados en los pentágonos «concéntricos» que se muestran en el diagrama. El grupo de más elevada vulnerabilidad incluye los países con más alta incidencia de la pobreza y la proporción más baja de empleo asalariado.

Gráfico A.25. Déficit multidimensional de cobertura de la salud en países de diferentes niveles de vulnerabilidad

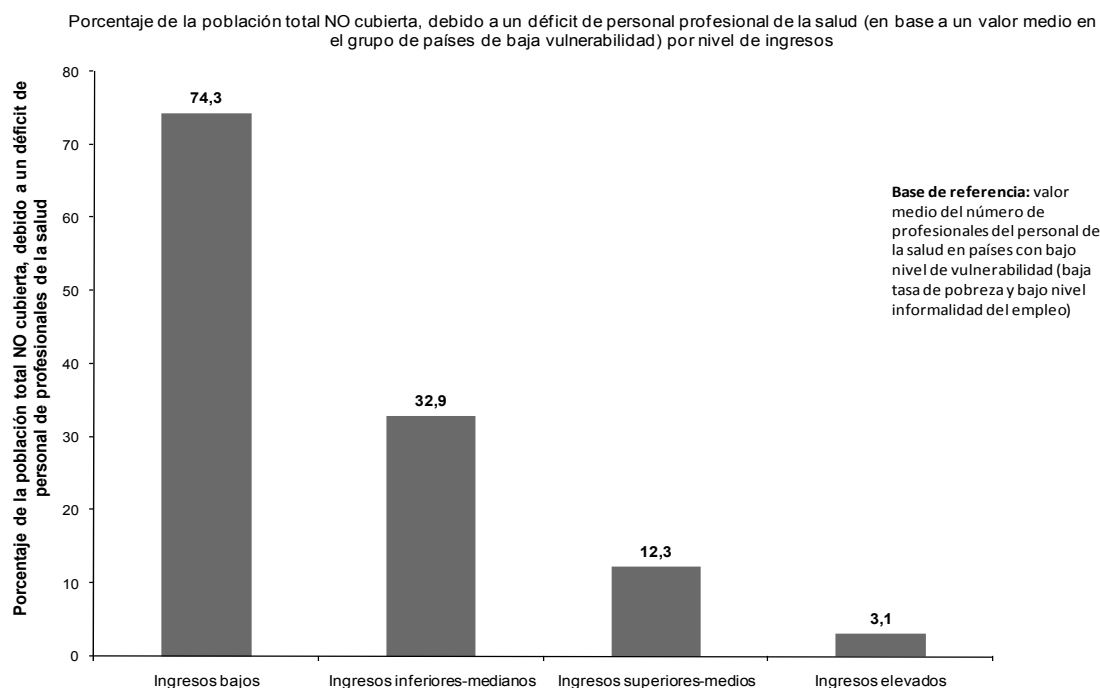


Fuente: Sistema de Información Estadística de la OMS (WHOSIS), 2008, Ginebra. Cálculos realizados por la OIT.

Los cinco ejes del gráfico representan el conjunto seleccionado de indicadores de cobertura. Los resultados clave para los países clasificados como los más «vulnerables» en términos de los criterios anteriores — el pentágono extremo — muestra que casi el 90 por ciento de la población carece de alguna forma de cobertura formal (legal). Este déficit se ve confirmado por los demás indicadores, incluido el bajo nivel de protección económica con más del 50 por ciento del gasto total en salud cubierto por el gasto directo de los hogares. Estos países también tienen el ratio de mortalidad materna más elevado, de 82 fallecimientos por 10.000 nacimientos vivos en promedio y el déficit más alto de gasto *per cápita*, con un valor medio del 85 por ciento. Además, el indicador de déficit de acceso medido por la densidad relativa de profesionales de la salud, pone de manifiesto que casi el 75 por ciento de la población de esos países puede no tener acceso a servicios de salud en razón de la falta de personal médico.

Otros pormenores técnicos pueden encontrarse en los estudios pertinentes de la OIT ⁶. Empero, el gráfico A.26 viene a ilustrar con más detalle el déficit de acceso global, que se estima en un tercio de la población global que no tiene acceso a servicios de salud cuando los necesitan. El déficit oscila entre el 75 por ciento de los países de bajos ingresos y unos pocos apenas en los países de ingresos elevados.

Gráfico A.26. Porcentaje de la población total NO cubierta, debido a un déficit de personal médico calificado



Fuente: Sistema de Información Estadística de la OMS (WHOSIS), 2008, Ginebra. Cálculos realizados por la OIT.

⁶ Otra publicación de la OIT (2008d) utiliza valores para Tailandia como un punto de referencia (32 miembros del personal médico calificado por 10.000 de la población y llegándose a una estimación de más del 30 por ciento no cubierta). Aquí, utilizamos 25 en referencia al informe de la OMS de 2006, que afirma que se ha estimado que los países con menos de 25 profesionales de la asistencia médica (contando sólo a médicos, enfermeros y parteras) por 10.000 de la población no habían alcanzado las tasas de cobertura idóneas para las intervenciones seleccionadas de atención primaria de la salud como se priorizaba en el marco de los Objetivos de Desarrollo del Milenio.

Suplemento B. Exploración de las opciones prácticas en materia de políticas – experiencias de los países

Este suplemento explora una diversa gama de experiencias de los regímenes que funcionan en la actualidad, algunos de los cuales están aún desarrollándose en países de todo el mundo. La mayoría está seleccionada para poner de manifiesto las perspectivas de una aplicación efectiva y exitosa. Sin embargo, también es de utilidad examinar las consecuencias para los individuos, si se ve limitada o ausente, en un determinado país, la protección efectiva con arreglo a la protección social. Esta sección sobre Sierra Leona, por ejemplo, destaca las implicaciones específicas en relación con la cobertura de la asistencia social esencial de la salud.

B.1. Acceso a la asistencia esencial de la salud

B.1.1. Tailandia

En Tailandia, la cobertura de la asistencia de la salud con los auspicios del Gobierno, consta fundamentalmente de tres componentes: regímenes otorgados por el empleador; seguro de salud con arreglo a los regímenes de seguridad social; y el régimen universal de asistencia médica, y regímenes otorgados por el Gobierno para sus propios empleados¹. Estos regímenes otorgados por el empleador se componen del Régimen de Prestaciones Médicas de los Funcionarios Públicos (CSMBS) y del Régimen de Prestaciones Médicas de las Empresas del Estado. El CSMBS cubre a los empleados gubernamentales, a los pensionistas y a los dependientes (cónyuge, padres y a no más de tres hijos menores de 20 años de edad). El Régimen de Prestaciones Médicas de las Empresas del Estado cubre a los empleados de las empresas del Estado y a sus dependientes. A efectos de extender la cobertura a los trabajadores privados de la economía formal, la Ley de la Seguridad Social se aplicó en 1991, creándose, así, el Seguro de Salud de la Seguridad Social (SSO). Inicialmente otorgaba una protección de la salud a las empresas con 20 o más trabajadores. En 2002, la cobertura se extendió para incluir a todas las empresas con al menos un empleado. Sin embargo, en 2001, Tailandia adoptó una medida radical hacia la consecución de una cobertura total de la asistencia médica de la población, al introducir un régimen universal de asistencia de la salud, popularmente llamado en la actualidad, el «régimen UC» (antes conocido como el régimen «30 Baht»). El régimen brinda a todo ciudadano Thai que no esté afiliado al régimen SSO, ni al CSMBS, un acceso a los servicios de salud suministrados por las redes de proveedores designadas con carácter de distrito (se componen de centros de salud, de hospitales de distrito y de hospitales cooperativos provinciales). Una visión general de las características cardinales de los regímenes sociales de protección de la salud se muestra en el cuadro B.1 más abajo, mientras que el cuadro B.2 muestra algunos indicadores estadísticos resumidos de protección social de la salud logrados a través de esos regímenes.

¹ OMS, 2005: *Social Health Insurance, selected case studies*, Manila, Nueva Delhi y OIT, 2004: *Financing universal healthcare in Thailand: A technical note to the Government*, Ginebra.

Cuadro B.1. Visión general de la protección social de la salud en Tailandia

Características	Régimen de Seguridad Social	CSMBS	UC
Afiliación	Empleados privados	Empleados gubernamentales, trabajadores del sector público y sus dependientes, incluidos los padres, los cónyuges y los hijos	Empleados por cuenta propia y empleados no cubiertos por el CSMBS y el SSS
Tipo	Obligatorio	Prestaciones ocupacionales	Obligatorio
Financiación			
Fuente	Cotizaciones por los empleados, por los empleadores y por el Gobierno, del 1,5 % de cada nómina (reducidas al 1 % desde 2004)	Impuestos generales	Impuestos generales
Autoridad	Oficina de la Seguridad Social	Ministerio de Finanzas	Oficina Nacional de Seguridad de la Salud (NHSO)
Pago del proveedor	Capacitación	Tarifa por servicio	Presupuesto general y capitación
Prestaciones	Servicios de pacientes ambulatorios e internados en instalaciones públicas y privadas; prestaciones de maternidad; inmunización y educación de la salud; prestaciones en metálico	Servicios para pacientes ambulatorios en instalaciones públicas; servicios para pacientes internados en instalaciones públicas y privadas (sólo en casos de urgencias); prestaciones de maternidad; prestaciones de revisiones físicas anuales	Servicios para pacientes ambulatorios y pacientes internados en instalaciones públicas y privadas; prestaciones de maternidad; inmunización y educación de la salud
Acceso a un proveedor	A través de un hospital concertado o su red; con requisito de inscripción en el registro	El afiliado está libre de elegir un proveedor	A través de un hospital concertado o su red; con el requisito de inscripción en el registro

Fuente: J. De la Rosa/Scheil-Adlung, Enabling transition to formalization through providing access to health care: The examples of Thailand and Ghana, Inter-regional Symposium on the informal economy enabling transition to formalization, Ginebra, 27-29 de noviembre de 2007.

Cuadro B.2. Indicadores seleccionados de protección social de la salud en Tailandia, 2007

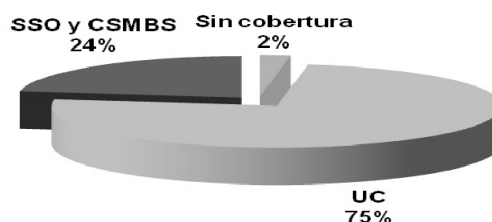
Indicadores seleccionados de protección social de la salud	Porcentaje
Cobertura formal total como porcentaje de la población (régimenes de seguro de salud estatales, sociales, privados y mutuales)	97,7
Gasto total en salud como porcentaje del PIB	3,3
Gasto directo como porcentaje del gasto total en salud	28,7
Gasto directo como porcentaje del gasto privado en salud	74,8

Fuente: OIT (2008d).

A grandes rasgos, por tanto, los individuos de Tailandia pueden tener acceso a una gama integral de servicios de salud, en principio sin co-pagos o tarifas pagadas por el usuario, incluidos los servicios ambulatorios («pacientes externos»), los servicios para los pacientes internados y la asistencia por maternidad, suministrados por proveedores públicos y privados, en el marco que pone el acento en los aspectos relativos a la prevención y a la rehabilitación.

A partir de 2006-2007, la cobertura legal general para el seguro de salud de Tailandia alcanzó casi al 98 por ciento de la población. De esta cifra, cerca del 75 por ciento representaba la cobertura del régimen UC y el equilibrio a través de la cobertura del SSO y del CSMBS (gráfico B.1) (Jongudosmuk, 2006). En consecuencia, el enfoque plural de Tailandia ha tenido éxito en el logro de una cobertura casi universal en un período de tiempo relativamente corto.

Gráfico B.1. Cobertura de la protección social de la salud en Tailandia, 2006



Fuente: OIT (2008d).

El papel del régimen UC ha sido determinante para el otorgamiento de protección social de la salud a los más pobres de la sociedad, especialmente a los trabajadores de la economía informal cuyas necesidades de asistencia médica inspiraron el desarrollo de este régimen. Sin embargo, sigue siendo un problema que tiene que ser aún abordado adecuadamente, el hecho de que los gastos directos sigan representando una proporción significativa del gasto total en salud (28,7 por ciento en 2007, comprendido el 74,8 por ciento del gasto privado en salud) ².

El desarrollo plural de ambos regímenes, el específico y el universal, con carácter coordinado, constituye un rasgo particular del enfoque de Tailandia a la protección social de la salud y ha movilizó con éxito una variedad de fuentes de ingresos, incluidos los ingresos gubernamentales generales y los impuestos earmarked (destinados, asignados), junto con las cotizaciones y las primas, de ahí que avance la aceleración de una creciente cobertura, especialmente de los pobres. Las zonas principales de cooperación entre regímenes incluyen la gestión del sistema de información, los estándares de los servicios de salud y de las instalaciones sanitarias, y el sistema de reclamaciones y de auditorías ³.

El uso de diferentes modalidades de pago al proveedor por diferentes servicios ha conducido, además, a unas repercusiones positivas. Las modalidades de pago se extienden de los pagos de tarifa por servicio para promover el uso de servicios subutilizados a la capitación y a los métodos combinados de casos para controlar los costos de la asistencia de los pacientes internados. Sin embargo, existe margen para una mayor integración de los diversos regímenes, sobre todo en relación con los pagos del proveedor y el establecimiento de unos incentivos dirigidos a una mejor calidad.

² OIT (2008d).

³ Sakunphanit, T. 2008. Universal Health Care Coverage through Pluralistic Approaches: Experience from Thailand. Series: Social Security extension initiatives in East Asia (Bangkok, Oficina Subregional de la OIT para Asia Oriental).

Si bien se instauró un paquete de prestaciones integral, aún se requieren ajustes, en particular de cara a los preparativos vinculados con el envejecimiento de la población. Un enfoque será el de integrar el otorgamiento de una asistencia de larga duración, de modo de abordar el déficit anticipado de asistencia familiar que redundará en un descenso de la tasa de fertilidad y en una esperanza de vida más larga.

B.1.2. Ghana

En Ghana, el seguro de salud formal es relativamente nuevo, aun cuando, a lo largo de muchas décadas, se había brindado un apoyo en tiempos de necesidad de asistencia médica y, por ejemplo, de duelo, a través de redes tradicionales e informales basadas en el capital social y en la solidaridad. Si bien se disponía de una asistencia de la salud, en buena medida con carácter de un otorgamiento de dinero por servicio, las crecientes desigualdades inherentes en el sistema han venido siendo preocupantes, habiendo conducido más recientemente a la aplicación del Régimen Nacional del Seguro de Salud (NHIS). Su misión indicada es: «asegurar un acceso universal equitativo para todos los residentes de Ghana a unos servicios de salud esenciales de aceptable calidad, sin el requisito de un gasto directo en el momento de uso del servicio». La ley núm. 650 identifica tres grandes tipos de seguro de salud en el país:

- 1) Regímenes de seguro de salud mutuales de distrito (o de carácter comunitario): operan en un distrito con una afiliación abierta a todos los residentes del distrito.
- 2) Regímenes privados de seguro de salud comerciales: son regímenes privados con fines de lucro que no se limitan a una determinada región o a un distrito concreto de Ghana, con lo cual la afiliación se encontraba abierta a todos los residentes de Ghana en esa zona.
- 3) Regímenes privados de seguro de salud mutuales (de carácter comunitario): sirven a grupos específicos de personas — miembros, por ejemplo, de un club, de una iglesia o de cualquier otra organización — que se reúnen para constituir sus propios regímenes de seguro de salud mutuales; habitualmente, la afiliación está abierta sólo a los miembros de las organizaciones de que se trata.

A efectos del funcionamiento legal en el país, se requiere que todo régimen se inscriba en el registro del Gobierno. Éste aporta el respaldo financiero directo, sólo a los regímenes de seguro de salud mutuales de distrito, como parte de su estrategia de reducción de la pobreza en curso. Los regímenes de seguro de salud mutuales de distrito de carácter comunitario constituyen, de este modo, los cimientos sobre los cuales el Gobierno construye su programa nacional de seguro de salud.

Las primas del NHIS se basan en general en la capacidad de pago de los participantes. Las comisiones de seguros de la comunidad identifican y categorizan a los residentes en cuatro grupos sociales, a saber, los pobres esenciales, los pobres, la clase media y los ricos, y gradúan sus respectivas cotizaciones en consecuencia. Los pobres esenciales⁴ (o indigentes), junto con aquellos que tienen más de 70 años de edad y los ex cotizantes para la jubilación al Fideicomiso de Seguridad Social y Seguro Nacional (SSNIT), están exentos del pago de toda prima o cotización.

⁴ El NHIS define a los pobres esenciales como «los adultos que están desempleados y no reciben ningún apoyo identificable y constante de otra procedencia para sobrevivir» (República de Ghana, Folleto del NHIS, n.d., 6; Consejo Nacional del Seguro de Salud, 2007).

Si bien las cotizaciones varían ligeramente según el distrito, quienes se encuentran en la economía informal en general pagan aproximadamente 72.000 ... (o 7,2 GH ..., unos 5 dólares de los Estados Unidos). En el caso de aquellos que están en la economía formal y que participan en el SSNIT, el 2,5 por ciento se deduce mensualmente como su cotización al seguro de salud. Los trabajadores de la economía formal deberían, así, pasar a ser, automáticamente, afiliados al NHIS, pero aún tienen que inscribirse en el registro de sus regímenes de seguro de salud mutual de distrito correspondientes. El Gobierno también introdujo un arancel a las ventas del 2,5 por ciento, para respaldar la financiación del NHIS. Para todos los cotizantes, la cobertura se extendió a sus hijos y dependientes menores de 18 años de edad.

El paquete de prestaciones del NHIS incluye los servicios generales para los pacientes ambulatorios, los servicios para los pacientes internados, la salud bucal, la asistencia oftalmológica, las urgencias y la asistencia materna, incluida la asistencia prenatal, el parto normal y algunos partos complicados. Sólo unos pocos artículos «especializados», que incluyen los medicamentos antirretrovirales para el VIH y el alojamiento «VIP» para los pacientes internados en hospitales, están excluidos del paquete del seguro de salud. De conformidad con el Instrumento Legislativo (IL), que acompaña a la ley núm. 650, en Ghana está cubierto alrededor del 95 por ciento de todas las necesidades esenciales o de todos los problemas de salud comunes.

Los datos de la sede del NHIS de Ghana, en Accra, vienen a indicar que en 2008, unos 12,5 millones de ghanianos o el 61 por ciento de la población nacional total de 20,4 millones, se había inscrito en el registro del NHIS ⁵. El mayor número de afiliados, en términos absolutos, son de la región de Ashanti (2,8 millones), de la región de Brong Ahafo (1,5 millones), de la región de la Gran Accra (1,4 millones) y de la región oriental (1,4 millones). Del total de las inscripciones, unos 6,3 millones (o ligeramente más del 50 por ciento) son niños menores de 18 años de edad, 867.000 (o el 6,9 por ciento) tienen más de 70 años de edad, y 303.000 (o el 2,4 por ciento) se clasifican como «indigentes», todos los cuales se encuentran, en principio, exceptuados del pago de cotizaciones ⁶.

Cuadro B.3. Indicadores seleccionados de protección social de la salud en Ghana, 2006

Indicadores seleccionados de protección social de la salud	Porcentaje
Cobertura formal total como porcentaje de la población (regímenes estatales, sociales, privados y mutuales del seguro de salud)	61
Déficit de acceso nacional relacionado con el personal como porcentaje de la población	66
Gasto total en salud como porcentaje del PIB	4,5
Gasto directo como porcentaje del gasto total en salud	68,2
Gasto directo como porcentaje del gasto privado en salud	100

Fuente: OIT (2008d), y régimen NHIS de Ghana, datos de 2008.

La experiencia de Ghana pone de manifiesto que es posible que un país — cuya fuerza de trabajo en la economía informal equivalga al 90 por ciento de la fuerza de trabajo total — afronte con éxito desafíos tales como una insuficiente financiación, una baja calidad de los servicios y la exclusión, mediante la introducción de unos regímenes múltiples de protección social de la salud que van de unos regímenes de carácter comunitario a un seguro nacional de salud para diferentes grupos de la población, llevándolos progresivamente a una alineación. Aquí, la experiencia viene a indicar que una

⁵ Informe operativo del 31 de diciembre de 2008, NHIS, Ghana.

⁶ *Ibid.*

importante llave para el éxito reside en asegurar el acceso a todos los ciudadanos, al tiempo que se apunta específica y simultáneamente a los pobres.

Un segundo aspecto de aplicación exitosa se encuentra en el otorgamiento de un paquete integral de prestaciones que cubra las necesidades esenciales. Sin embargo, siguen las preocupaciones vinculadas con los asuntos relativos al acceso y a la calidad, señalando que el déficit de acceso equivale al 66 por ciento de la población total, constituyendo los gastos directos una cifra cercana al 70 por ciento del gasto total en salud (cuadro B.4).

B.1.3. Mongolia

En 1993, Mongolia introdujo un régimen social de seguro de salud, en un momento en el que el país pasaba de una economía planificada y centralizada a una economía de mercado, por lo cual estaba aplicando unas medidas fundamentales de reforma socioeconómica. El impulso principal de la política se dirigió a movilizar los recursos financieros adicionales para el sector de la salud y a otorgar una protección económica para la población de bajos ingresos y vulnerable. Se está aproximando a una cobertura universal, a través de la inscripción en el sistema del seguro, y, si bien esto se había alcanzado en virtud de unas subvenciones públicas extensas para categorías específicas de la población, tales subvenciones se están reduciendo gradualmente, a medida que algunas categorías de la población, como los pastores, van pasando a ser económicamente autosuficientes. Como se muestra en el cuadro B.4, las tasas de cobertura son elevadas en la mayoría de los grupos de población y equivalen al 77,3 por ciento de la población total.

Cuadro B.4. Mongolia: cobertura legal de los grupos de población

Grupo	Tasa de cobertura
Empleados	88,0
Hijos menores de 16 años	100,0
Ciudadanos sin ingresos, salvo la pensión	100,0
Mujeres que cuidan de los hijos	100,0
Personas vulnerables	100,0
Servicio militar	100,0
Estudiantes a tiempo completo	24,6
Pastores	56,4
Otros	81,2
Cobertura legal como porcentaje de la población total	77,3
Gasto directo	
Como porcentaje del gasto total en salud	33
Como porcentaje del gasto privado en salud	91,1

Fuente: OIT/OMS/GTZ/ADB, Strengthening the capacity and multi-sector collaboration to improve social health insurance in Mongolia, Project Report, Ulaan Batar, 2008.

La especificación del paquete de prestaciones es con carácter inclusivo, pero no se ha aplicado en su totalidad. En particular, se considera que el paquete de prestaciones prometió más de lo que pudo otorgar en términos de calidad. Sin embargo, La Constitución de Mongolia (artículo 16.6) garantiza: «el derecho a la protección de la salud y a la asistencia de la salud» y reconoce que esos derechos incluyen el otorgamiento de una asistencia médica gratuita para los pobres. La Ley de la salud, de 1998, establece que: «el Estado brindará algunos tipos de asistencia y servicios médicos a los ciudadanos de manera gratuita, como prevé la Constitución». La ley sitúa en una lista los servicios que han de

brindarse y las condiciones que han de tratarse con carácter gratuito, con independencia de si el paciente está o no asegurado. Se incluyen, entre otras cosas: servicios de emergencia y de ambulancias; la asistencia de la tuberculosis, del cáncer, de las enfermedades mentales, del embarazo, del parto y del posparto; y el tratamiento de las lesiones ocasionadas por los desastres naturales, los accidentes repentinos o las enfermedades contagiosas. El Gobierno tiene la competencia de actualización de la lista de las enfermedades cuyo tratamiento es gratuito y emitir la reglamentación que rige la dispensación de un tratamiento gratuito. Así, el enfoque dual de introducir un régimen social de seguro de salud para la población general, complementado con unos servicios específicos financiados con cargo a los impuestos ha permitido que el país se aproxime a una cobertura casi universal.

Con todo, a pesar de los espectaculares resultados del régimen de protección social de la salud, siguen existiendo algunos problemas de mayor envergadura, que incluyen el hecho de que los hogares privados corran con los gastos directos importantes, equivalentes al 33 por ciento del gasto total en salud. Administrativamente, la escasa alineación de la salud y de la legislación sobre la administración del sector público, ha tenido como consecuencia no sólo un déficit de cobertura del sistema del seguro social de la salud, sino también las necesidades y expectativas no satisfechas de los asegurados en cuanto a la calidad de los servicios. Estos problemas derivan principalmente de una falta de coordinación y de colaboración entre los grupos de interés clave en los años recientes, lo que viene a reflejar las limitaciones del diálogo social y nacional.

B.1.4. Sierra Leona

El actual sistema de financiación de la salud de Sierra Leona es un reflejo de las restricciones generales de la fase de recuperación posterior al conflicto y se caracteriza por unos gastos directos elevados, por una baja calidad de los servicios, por una escasez de medicamentos y por una falta de infraestructura de salud, especialmente en las zonas rurales, lo que conduce a unas desigualdades significativas en el acceso a los servicios de salud.

En la actualidad, los servicios nacionales de salud están financiados, en gran medida, por gastos directos (100 por ciento del gasto privado en salud, en ausencia de un seguro privado), representando la mayoría el gasto en medicamentos. La financiación pública de la salud comprende, en buena medida, la asistencia técnica externa. A pesar de los grandes esfuerzos dirigidos a mejorar la situación, el gasto per cápita en salud fue descendiendo desde 2003, de aproximadamente 4 dólares a 1,5 dólares.

Los grupos vulnerables, es decir, los niños menores de cinco años, los niños de edad escolar, las embarazadas y las mujeres en período de lactancia, los discapacitados y los mayores de 60 años de edad deberían, en teoría, recibir unos servicios gratuitos, pero, como se reitera más adelante, la política no está claramente aplicada y son muchos los ejemplos de pacientes que tienen que pagar la «inscripción en el registro» y la consulta a un médico o a una enfermera ⁷.

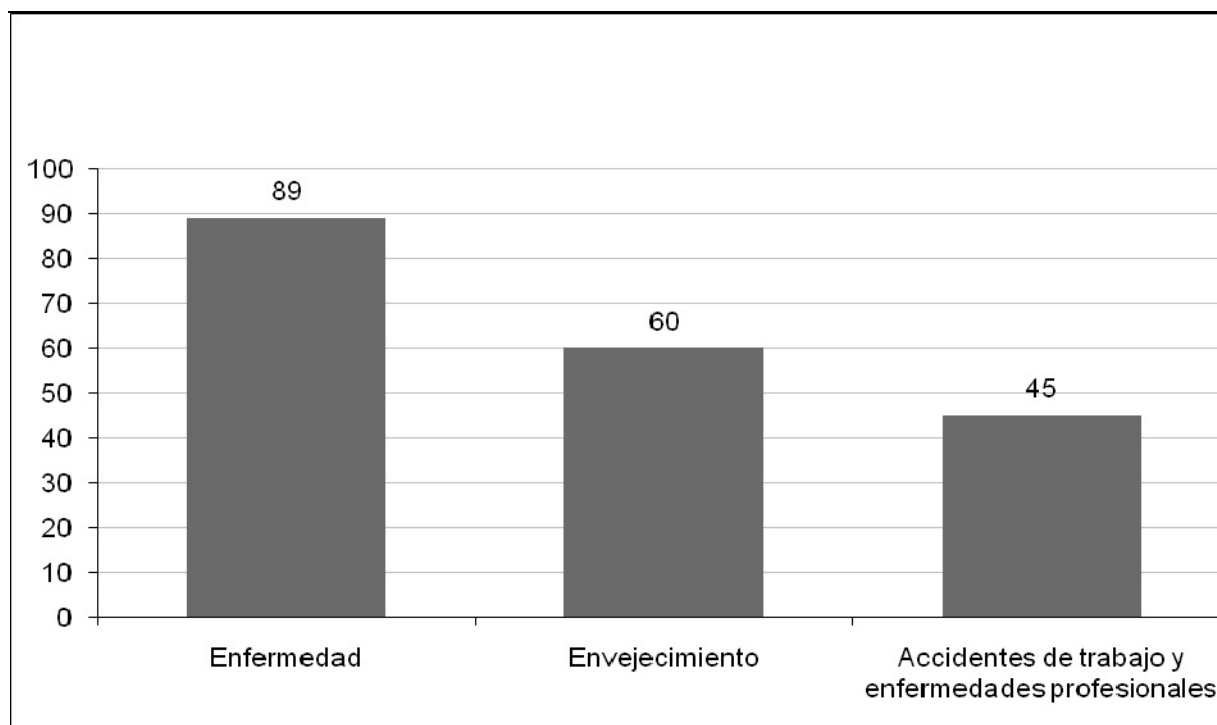
Ante este contexto, no sorprende que una reciente «Encuesta piloto sobre las prioridades y necesidades de la seguridad social» ⁸, identifique los riesgos más comúnmente percibidos como «enfermedad» (mencionados por el 89 por ciento de los encuestados), «envejecimiento» (el 60 por ciento) y «los accidentes del trabajo y las enfermedades profesionales» (el 45 por ciento) (véase el gráfico B.2). La «enfermedad» se

⁷ OIT (2008f).

⁸ *Ibid.*

situó en el primer puesto de los riesgos percibidos y todos los grupos encuestados (por edad y género) indicaron su buena disposición, a pesar de la alta incidencia de la pobreza en el país, a pagar las cotizaciones a la seguridad social, en unas tasas probables que oscilaban entre el 5 y el 10 por ciento de su ingreso mensual. Ante esta situación, el Gobierno solicitó recientemente a la OIT que emprendiera una evaluación dirigida a la mejora de la protección social de la salud, especialmente para los pobres.

Gráfico B.2. Percepciones públicas: prioridades y necesidades de la seguridad social en Sierra Leona



Fuente: Cleeve, E. A. 2007. Pilot survey on social security priorities and needs. Final report. National Social Security and Insurance trust (Freetown).

Si bien en Sierra Leona el sistema de asistencia de la salud se caracteriza por unos costos muy elevados y unas tasas consecuentes bajas de utilización de los servicios, no existen vehículos para un fondo común de riesgos eficiente (regímenes de seguro). Por consiguiente, las principales estrategias adoptadas por el Gobierno incluyen una extensión generalizada de la protección social de la salud, construyéndose partenariados con los grupos de interés y centrándose en la atención primaria de la salud, con miras a mejorar, no sólo la prevención y el control de la enfermedad, sino también la salud de la madre y de los hijos. Se pone un gran acento en la provisión de servicios, gratuitos en teoría, para los más vulnerables de la población: niños que van a la escuela, menores de cinco años, mujeres embarazadas, madres en período de lactancia con una duración de hasta 12 meses, y los ciudadanos mayores de 65 años de edad. Sin embargo, como se señalara antes, está claro que la política de suministro gratuito en general no se aplica. El número de miembros del personal es inadecuado⁹ y las instalaciones y los equipos de asistencia sanitaria son de baja calidad, de modo que, en realidad, es muy escaso el acceso a la asistencia médica.

⁹ Existe un déficit severamente crítico de personal calificado fuera de Freetown y el ratio entre médicos y población recomendado por la OMS de 1:12.000, se encuentra casi 25 veces por debajo de éste en el distrito de Kailahun. De los 10 médicos recientemente formados, alrededor de 8 dejarán el país tras la graduación. La única escuela de medicina del país tiene un promedio de 8 médicos graduados al año (fuente: OIT: 2008f).

Los fondos actuales disponibles — incluidos los fondos de los donantes — son evidentemente insuficientes para brindar incluso el paquete más básico y esencial de servicios de salud a la población. El Gobierno, por tanto, investiga en el presente las posibles estrategias, en un marco de protección social de la salud extendido. Se evalúa el uso y la asignación vigentes de los fondos, con miras a mejorar los aspectos de equidad, solidaridad y eficiencia, junto con el desarrollo de un paquete esencial de prestaciones de atención primaria que pueda efectivamente brindarse. La sostenibilidad de más largo plazo requerirá que la dependencia de los fondos de los donantes sea sustituida progresivamente por la financiación nacional, organizada en base al fondo común de riesgos. Un componente importante de la actual postura política general es una mayor responsabilidad local, a través de la descentralización y la desconcentración, como consecuencia de las cuales, tras la Ley de los Gobiernos Locales, de 2004, las competencias de las instalaciones de atención primaria de la salud se trasladaron a los Consejos de Distrito. Sin embargo, las competencias de la atención de nivel terciario se mantuvieron en el ámbito del Gobierno Nacional.

B.2. Seguridad del ingreso — vejez

Los aumentos más espectaculares observados en la actualidad en la cobertura de seguridad social a escala mundial, se alcanzaron a través de regímenes no contributivos de transferencia social (para la seguridad del ingreso). Alrededor de 30 países en desarrollo ya han establecido con éxito los elementos de unos paquetes de seguridad social básicos, a través de esos programas de transferencia social. Los ejemplos incluyen el programa «*Bolsa Familia*» de Brasil y el programa «*Oportunidades*» de México, al tiempo que en Sudáfrica, Namibia y Nepal, se aplicaron con éxito unos sistemas básicos de pensiones financiados con cargo a los impuestos. El programa *Bolsa Familia*, que es tal vez el régimen de transferencia social más grande del mundo, cubre en la actualidad a 46 millones de personas a un costo que ronda el 0,4 por ciento del PIB. Sudáfrica ha extendido asimismo mucho la cobertura de su sistema de subvenciones por hijos a más de 4 millones de destinatarios a lo largo de la última década. En la India, el régimen nacional de garantía del empleo rural de 100 días (NREGS) se extendió por toda la nación (véase más adelante), mientras que se aprobó una nueva ley que establece la extensión de la cobertura básica de seguridad social a aproximadamente 300 millones de personas que hasta el momento no estaban cubiertas. Empero, las posibilidades de una extensión progresiva, incluso en países mucho más pobres, se ilustra mediante el caso de Nepal, donde se habían adoptado actualmente las primeras medidas para extender el alcance de su régimen universal de pensiones, mediante la reducción de la edad para las prestaciones, pasando finalmente de los 75 a los 65 años.

Las pruebas ponen de manifiesto que algo puede hacerse con éxito en casi todas partes, como sugería un meta-estudio¹⁰ realizado por la OIT, que se basaba en un análisis de aproximadamente 80 estudios «primarios» de los nuevos programas de transferencia de metálico que se habían desarrollado en unos 30 países en desarrollo durante los últimos diez años y que ya aportan elementos de un piso de transferencia social (véase la parte A, capítulo 3 y cuadro 3.1). Estos programas ya alcanzan a un número de beneficiarios que se encuentra entre 300 y 350 millones (excluidas las nuevas disposiciones de seguridad social para el sector no organizado de la India). Como se ilustra en la sección que viene a continuación, los regímenes no contributivos de transferencia social vigentes ejercen un impacto positivo en la pobreza, en la salud y en la alimentación, en el estatus social de los destinatarios, sobre todo mujeres, en la actividad económica y en las inversiones

¹⁰ Muchas de las pruebas y muchos de los argumentos presentados aquí están extraídas de una publicación de la OIT de próxima aparición (Cichon *et al.*).

empresariales de pequeña escala, especialmente en la agricultura, al tiempo que se evitan importantes efectos negativos en la participación del mercado laboral de las poblaciones pobres a las que sirven.

B.2.1. Sudáfrica

El objetivo principal de un sistema de pensiones es evitar la pobreza en la vejez. El programa de pensiones sociales de Sudáfrica se extendió gradualmente a la población mayoritariamente negra a lo largo de los decenios de 1980 y de 1990, alcanzando ahora a alrededor de 2,2 millones de beneficiarios (AISS, 2008). Hasta la reciente introducción de las subvenciones de apoyo a los hijos, las pensiones sociales constituían la fuente primordial de apoyo para los hogares pobres del país. La Asamblea Nacional aprobó, en 2008, una nueva ley, con miras a — como se observara, por ejemplo, en una evaluación de la AISS — facilitar y equiparar el acceso a las pensiones sociales, a través de la reducción de la edad de derecho a pensión para los hombres, para igualarse con la de las mujeres, que es a los 60 años. El cambio se introducirá paulatinamente a lo largo de tres años, de modo que en 2010/2011 habrá igualdad de acceso para todos los que llegaran a los 60 y más años de edad y que cumplieran los criterios de ingresos para la pensión social. Para 2008, se asignaron 1,2 billones de Rand de Sudáfrica (ZAR) (equivalentes a más de 150 millones de dólares de los Estados Unidos) para aportar una igualdad de edad de las asignaciones de vejez (AISS, 2008).

La pensión otorga una prestación mensual cercana a los 70 dólares de los Estados Unidos a aquellos que superan la edad que da derecho a pensión y que viven en situación de pobreza. La pensión social está sujeta a verificación de recursos y se financia con cargo a los impuestos. El costo anual de bastante más de 13,2 billones de ZAR corresponde a aproximadamente el 1,4 por ciento del PIB y constituye hasta el 38 por ciento del gasto total de la transferencia en metálico del Departamento de Desarrollo Social (HelpAge, 2009).

Son pocas las pruebas de las que se dispone en torno a la eficacia de la concesión de la pensión, aunque un estudio (Woolard, 2003, pág. 6) sugiere que unos 500.000 beneficiarios potenciales pueden no asumir, o no recibir, sus derechos.

Impacto

Aunque los pensionistas son los destinatarios directos, se reconoce ampliamente que la pensión social se comparte en los hogares más pobres, respaldándolos efectivamente (Ardington *et al.*, 1995). Las pruebas vienen a indicar que la aplicación del régimen de pensiones ha sido eficaz, no sólo evitando que muchos pensionistas vulnerables cayeran en una pobreza de larga duración, sino también limitando la profundidad de la pobreza realmente experimentada. Según HelpAge International (2003, pág. 14), la brecha de la pobreza sería «las dos terceras partes mayor en Sudáfrica, si se eliminaran los ingresos en concepto de pensiones no contributivas y la brecha de la indigencia sería una quinta parte mayor». El mismo informe indica asimismo que la pensión reduce la vulnerabilidad de los hogares, a medida que los hogares de los beneficiarios dan muestras de una mayor seguridad económica y de una menor probabilidad de experimentar un descenso de los niveles de vida (*ibid.*, pág. 21).

Si bien existen evidencias que han suscitado comentarios extendidos y favorables, según los cuales las pensiones habían mejorado significativamente la situación de la mujer en los hogares rurales, su valor en este sentido puede, de hecho, ser aún más grande. Un reciente estudio que hace uso de la evaluación de diez años del régimen, señala el valor del régimen en cuanto a que «llega a las zonas rurales». El número de mujeres beneficiarias se acerca al triple del número de hombres (Razavi, 2007, pág. 391), pero puede considerarse que el régimen desempeña un amplio y efectivo papel en el suministro «a los trabajadores

sin remuneración de una garantía de seguridad económica parcial en sus años de vejez, aportándoles un lugar remunerado en el hogar» (*ibid.*, pág. 391).

Se manifestaron preocupaciones en torno a que el régimen de pensiones puede ejercer un impacto negativo en la participación del mercado laboral, a través de la generación de desincentivos para aquellos de edad laboral que buscan trabajo en general, especialmente si ello requiere migraciones fuera de sus países. Sin embargo, parece que al respecto no se adujeron evidencias firmes y basadas en estadísticas. De hecho, Posel *et al.* (2004, pág. 17) sugiere que «cuando las pensiones sociales son significativas, como ocurre en el caso de las mujeres trabajadoras migrantes, el efecto es positivo. Nuestros resultados también vienen a sugerir que los ingresos en concepto de pensiones percibidos por las mujeres específicamente, pueden ser importantes, no sólo porque ayudan a las mujeres que se encuentran en plenitud de vida a superar las restricciones de los ingresos de las migraciones, sino también porque posibilitan que las abuelas se ocupen de los nietos». De modo más general, en opinión de Sagner (2000, pág. 547), el impacto en los lazos sociales ha sido bastante significativo en cuanto a que la pensión ha desempeñado un papel relevante en la reintegración de las personas de edad avanzada en funciones socialmente significativas. Por ejemplo, «las pensiones de vejez no sólo tenían un valor económico directo, sino que también era de una notable significación social y simbólica».

Parece en verdad, sin embargo, que ha existido alguna correlación del desarrollo del régimen de pensiones con la composición del hogar. En una importante encuesta de hogares (9.000) realizada en Sudáfrica en 1993, se encontró que «los hogares con ingresos en concepto de pensiones tienen más hijos que el promedio, 2,28 frente a 1,69» (Case y Deaton, 1996, pág. 11).

B.2.2. Namibia

Las pensiones no contributivas de Namibia se dirigen, al igual que en el régimen de Sudáfrica, a reducir la pobreza en la población de edad avanzada. Las pensiones se introdujeron por primera vez para los ciudadanos blancos en la década de 1940 (bajo la administración sudafricana del territorio) y se extendieron a toda la población en 1973. De conformidad con la presente ley, un ciudadano de Namibia que resida en Namibia (que no se encuentre fuera del país durante un período no mayor de seis meses) y que tenga más de 60 años, tiene derecho a una pensión de vejez. Este derecho es incondicional, al margen de cualquier activo, ingreso y/u otro tipo de pensión de los regímenes de cotización definida, un derecho extendido con carácter de igualdad a cada pensionista, fuese rico o pobre (Shleberger, 2002, pág. 5). En 2001, habían sido 100.000 los beneficiarios. Aproximadamente el 95 por ciento de las personas elegibles habían percibido la pensión en 2001, en comparación con alrededor del 48 por ciento de 1993-1994. Los beneficiarios perciben unos 30 dólares de los Estados Unidos (Pelham, 2007, pág. 4) al mes, siendo el costo total equivalente a aproximadamente el 0,8 por ciento del PIB (HelpAge, 2009).

Impacto

La investigación en el norte de Namibia puso de manifiesto que entre una cuarta parte y la mitad de los ingresos en concepto de pensiones puede invertirse en empresas productivas (información de HelpAge, 2006, pág. 5). También se ha atribuido al programa el impulso a las pequeñas empresas (Barrientos y Scott, 2008b, pág. 18) y el estímulo a las industrias y a las infraestructuras microeconómicas (Devereux, 2001, pág. 33; DFID, 2005, pág. 17). Además, los ingresos en concepto de pensiones tuvieron como consecuencia que los pensionistas pasaran a ser más dignos de crédito (Devereux, 2001, págs. 34-35). Se identificaron algunos efectos multiplicadores significativos. Por ejemplo, la investigación del DFID señaló que «los beneficiarios de pensiones sociales habían podido utilizar su dinero para invertir en la agricultura y en el ganado para sus familias» (*ibid.*, pág. 17).

En términos de vínculos sociales, parece que «la pensión social confirió un estatus a los miembros de la familia que, de no haber sido así, hubiesen sido considerados como cargas económicas» (*ibíd.*, pág. 16). Este punto de vista es reiterado por Shleberger (2002, pág. 15), quien sugiere que las pensiones habían contribuido a mejorar la situación social de las personas de edad avanzada: «una o dos personas de edad avanzada de un hogar pueden aportar una red de protección social esencial a todo el hogar. Así, los jubilados son mantenidos en las familias y se los cuida». Del igual modo, las pensiones parecen haber conducido a un empoderamiento significativo dentro de los hogares para algunas mujeres de las zonas rurales socialmente conservadoras (Devereux, 2001, pág. 49).

Se sabe que las pensiones sociales han afectado a la composición de los hogares. Los hijos fueron enviados con los abuelos con la esperanza de que sus ingresos en concepto de pensiones los mantuvieran. Este es especialmente el caso de los hogares de la «generación media perdida», en los que uno o ambos progenitores fallecieron como consecuencia del SIDA. Una crítica habitual a los regímenes de seguridad social orientados a los hijos (es decir, un hogar/cuidador es elegible cuando un hijo vive con ellos) «es que pueden conducir a que las familias acojan a más hijos en un intento de asegurar más ingresos del régimen de transferencia de metálico» (Save the Children *et al.*, 2005, pág. 35) y la posibilidad de que las familias «importen» niños de la familia ampliada, de modo de maximizar, así, sus derechos de transferencia, es naturalmente motivo de una cierta preocupación de los encargados de las políticas. No obstante, existen pruebas contundentes de que han sido, en general, positivos los resultados de que los abuelos cuidaran a los niños y utilizaran los ingresos de las pensiones para su manutención y bienestar.

B.2.3. Brasil (Prévidencia Rural o «pensión rural»)

El objetivo específico de este programa es la reducción de la pobreza y de la vulnerabilidad en las personas de más edad contratadas en el empleo rural y que están excluidas de los regímenes del seguro social (Barrientos *et al.*, 2008a, pág. 27). El actual régimen social de pensiones rurales de Brasil se remonta a la Ley de la Seguridad Social, de 1991, y otorga una pensión no contributiva tanto a los hombres como a las mujeres (de más de 60 años y de más de 55 años, respectivamente) que participan en la «economía rural familiar» (Schwarzer y Querino, 2002, pág. v) y que puedan demostrar al menos 15 años de participación en la agricultura, en el sector de la pesca o en actividades similares. El régimen de pensiones rurales abarca a 7,5 millones de personas con un costo del 1,5 por ciento del PIB¹¹ y otorga prestaciones que incluyen las pensiones de vejez y de sobrevivientes, junto con las prestaciones de discapacidad, de maternidad, de enfermedad y de accidentes del trabajo y enfermedades profesionales. Las prestaciones están vinculadas con el salario mínimo que en la actualidad equivale a cerca de 200 dólares de los Estados Unidos. El programa está financiado, en gran parte, por los impuestos generales¹².

Impacto

Un estudio comunicado por HelpAge (HelpAge, 2003, págs. 14-15) viene a sugerir que la presencia en un hogar de un beneficiario de una pensión no contributiva puede estar asociada con una incidencia reducida de la pobreza en los miembros del hogar en un 21 por ciento. Schwarzer y Querino (2002, págs. 12-13) también encontraron que el régimen rural de pensiones desempeña un papel medular en el alivio de la pobreza en el ámbito rural. Formularon el siguiente comentario:

¹¹ Ministério da Previdência Social. 2008, Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, 2008 y Banco Central do Brasil, 2008.

¹² *Ibid.*

... sólo el 14,3 por ciento de los hogares de los beneficiarios rurales de la seguridad social se encuentran por debajo de la línea de la pobreza exógena (natural) de la mitad del ingreso familiar *per cápita* de un salario mínimo oficial. Si se aplica una línea de la pobreza endógena (es decir, ajustada a los precios locales), sólo el 0,4 por ciento de los hogares de los beneficiarios rurales sufren de una extrema pobreza, el 8,8 por ciento se encuentra en situación de pobreza, y el 2,7 por ciento apenas puede subvenir a las necesidades muy básicas de todos los miembros del hogar con el ingreso disponible.

La pensión rural se ha asociado con una mayor actividad económica de pequeña escala. Delgado y Cardoso (2000) encontraron que muchos beneficiarios utilizan una parte de las transferencias para comprar semillas y herramientas, con miras a apoyar sus economías, por ejemplo, la actividad agrícola, la incidencia de un empleo continuo más elevada en los beneficiarios de las pensiones rurales, si se la compara con otros programas de pensiones de Brasil. Hay indicios de que el régimen ha ejercido un efecto en la redistribución del ingreso regional, de ahí los niveles generales mejorados de la igualdad del ingreso en el país. Schwarzer y Querino (*ibid.*, págs. 14-15) afirman que:

...En el caso de un gran número de municipios e incluso de estados... el régimen de pensiones rurales tiene una sólida función en la redistribución regional del ingreso. En aproximadamente el 40 por ciento de los municipios de *Pará*, por ejemplo, el volumen de transferencias de ingresos a las familias vía seguridad social, es mayor que las transferencias fiscales de igualamiento recibidas por las 15 administraciones municipales respectivas de los fondos federales y regionales oficiales (el «*Fundo de Participação de Municípios*» y el «*Cota-Parte do ICMS*»).

Las pensiones sociales también están vinculadas con unas mayores oportunidades de participación democrática en otras áreas de la vida civil. Schwarzer y Querino (*ibid.*, pág. 14) señalan, por ejemplo, que:

... los sindicatos rurales locales, conocidos como «*Sindicato de Trabalhadores Rurais*» (STR), al igual que sus asociaciones regionales y nacionales (la regional FETAGRI y la nacional CONTAG), financian sus actividades, en parte, con los ingresos de una «cotización de solidaridad» del 2 por ciento de la pensión, pagada a cambio de los servicios prestados por el sindicato en el momento de la jubilación.

B.3. Seguridad del ingreso — prestaciones por hijos

B.3.1. Brasil (Bolsa Família)

El programa *Bolsa Família* («estipendio familiar», al que se hace referencia en algunos estudios como BFP) se lanzó en 2003 y se lo considera en general como el programa de mayor calado de transferencia condicional de metálico (CCT) del mundo. Se puso en práctica tras la fusión de cuatro regímenes de transferencias en metálico pre-existentes en Brasil. En 2008, cubría a cerca de 112,35 millones de familias (estimadas en un número de 47 millones de personas), correspondiendo a aproximadamente una cuarta parte de la población de Brasil. El presupuesto para el programa de 2008, fue de 5,5 mil millones de dólares de los Estados Unidos¹³, el 0,3 por ciento del PIB¹⁴. Se espera que la cobertura se extienda para llegar a cubrir, a finales de 2009, a 12,4 millones de familias (Ananias de Sousa, 2009).

¹³ Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, 2008, tasa de cambio de la ONU para enero de 2009: dólar de los Estados Unidos = 2.3 Reales.

¹⁴ Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (2009).

El programa tiene algunos objetivos específicos: *a)* reducir la pobreza y las desigualdades actuales, aportando un nivel mínimo de ingresos para las familias sumamente pobres; y *b)* romper la transmisión intergeneracional de la pobreza, haciendo que esas transferencias estén condicionadas al cumplimiento de los requisitos de «desarrollo humano» por parte de los beneficiarios (por ejemplo, asistencia de los hijos a la escuela, asistencia a las clínicas para la vacunación, y un acuerdo de visitas prenatales). El programa *Bolsa Família* fue concebido por el Gobierno brasileño como parte de un conjunto integrado de políticas sociales. Esto comprende la seguridad de la comida y la alimentación, la asistencia social (incluidos los servicios psicosociales), las transferencias en metálico y los servicios sociales básicos. Más recientemente, se estableció el programa PlanSeQ, que se dirige a ayudar a las familias beneficiarias a obtener unas calificaciones profesionales y a prepararlas para el empleo en trabajos que tuviesen una demanda (especialmente en el sector del turismo). En la actualidad, unas 212.000 personas participan en actividades del PlanSeQ. A efectos de fijación de unas metas de desarrollo humano de nivel más elevado, se requiere, para la elegibilidad, que los individuos hayan completado al menos el cuarto grado de escolaridad ¹⁵.

Sólo los hogares más pobres (los que tienen un ingreso mensual que no supera los 60 reales brasileños/27 dólares de los Estados Unidos al mes, a partir de marzo de 2009) tienen derecho a la prestación básica, cuyo nivel está fijado actualmente en 62 reales; los niveles de prestaciones en aumento varían, dependiendo de los ingresos del hogar y de la composición del hogar ¹⁶. Una descripción útil del mecanismo de intervención específico la aportan Lindert *et al.* (2007, pág. 34), que explican que la especificidad del subsidio se hace «a través de una combinación de métodos: asignaciones geográficas y evaluaciones familiares en base a los ingresos *per cápita*». La especificidad geográfica tiene lugar en dos niveles: federal y local. Las evaluaciones familiares las realiza el registro *Cadastro Único*, valiéndose de una prueba de recursos no verificada para determinar la elegibilidad individual (*ibid.*, pág. 35).

Las familias inscritas en el programa deben estar de acuerdo en asegurar que se cumplan tres requisitos importantes: i) la vigilancia prenatal y posnatal; ii) la vigilancia de la alimentación y de la vacunación para los hijos de 0 a 7 años de edad; y iii) una asistencia escolar de al menos el 85 por ciento, en el caso de los hijos de edades comprendidas entre los 6 y los 15 años de edad, y del 75 por ciento, en el caso de los adolescentes de 16 a 17 años de edad (*ibid.*). En la actualidad, alrededor de 795.000 familias (el 7 por ciento) han visto sus prestaciones bloqueadas, pendientes de la investigación en cuanto a si cumplían con las condiciones del programa.

Un reciente cambio en el programa *Bolsa Família* ha sido su integración con el Programa de Erradicación del Trabajo Infantil (PETI). Se identificó a unas 450.000 familias que incluían a los hijos que trabajaban, y en 2008, el programa abordó las necesidades de 875.000 niños (Ananias de Sousa, 2009). Este cambio condujo a una vigilancia especialmente estrecha de la condición relativa a las prestaciones de que las familias aseguren la asistencia de sus hijos a la escuela. Esto y las demás

¹⁵ Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (2009).

¹⁶ Además, los hogares muy pobres pueden percibir prestaciones adicionales variables por cada hijo hasta un máximo de tres hijos (0-15), para los adolescentes (16-17) y en caso de embarazo. Las familias muy pobres pueden percibir hasta un total de 182 reales al mes. Si los hogares tienen un ingreso mensual que oscila entre 60 reales y 120 reales, pueden percibir unas prestaciones adicionales variables, dependiendo del número de hijos, de adolescentes y de mujeres embarazadas. El derecho de transferencia puede ser de hasta 120 reales. Sin embargo, en tales casos, no existe el derecho a un subsidio básico. Fuente: Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, 2009, www.mds.gov.br/bolsafamilia/o_programa_bolsa_familia.

«condicionalidades» del programa no son, de hecho, consideradas (necesariamente) como punitivas, sino como indicadores, cuyo incumplimiento pudiera servir para identificar los casos de vulnerabilidad y facilitar una mejor comprensión de las necesidades de las familias en términos de utilización de los servicios (*ibíd.*).

El programa *Bolsa Família* informa que su intervención específica es relativamente exacta, alcanzando, por tanto, un nivel elevado de eficacia en el otorgamiento de la prestación: el 80 por ciento de su gasto en prestaciones declarado se paga a las familias que viven por debajo de la línea de la pobreza (la mitad del salario mínimo *per cápita*) (Soares *et al.*, 2006, pág. 1). Esta evaluación está corroborada por Lindert *et al.*, que manifiestan que el programa había mostrado unos resultados específicos excepcionales: «con el 73 por ciento de transferencias que va al quintil más pobre y el 94 por ciento que va a los dos quintiles más pobres (2007, pág. 116). Sin embargo, existen pruebas en otra parte de una filtración considerable. En otro estudio realizado por Soares *et al.* (2007b), la inclusión de un error de filtración, definido como el ratio entre quienes no son pobres (los beneficiarios) y el número total de beneficiarios, se cuantificó en el 21 por ciento, en 2004, y en el 45,1 por ciento, en 2006.

Impacto

Se detectó que las tasas de los indicadores de asistencia escolar, de abandono escolar y de progresión del año escolar, habían mejorado en el caso de los hijos asistidos por el programa, en comparación con los hijos que vivían en similares hogares no beneficiarios. Según la evaluación del impacto efectuada por CEDEPLAR (2007), las probabilidades de no asistencia escolar y de abandono escolar de los hijos son de 3,6 y de 1,6 puntos porcentuales más bajas, respectivamente, para las familias que participaban en el programa, en comparación con sus homólogas no beneficiarias. Sin embargo, se encontró que la probabilidad de que los hijos de las familias que participaban de hecho no avanzaran en sus estudios escolares era de cuatro puntos porcentuales. Una posible razón de esto se encuentra en el hecho de que la mayoría de los hijos en los que se centra el programa, nunca habían asistido a la escuela, con lo cual habían comenzado su escolaridad con un nivel inferior de logros educativos, con el resultado de que tenían dificultades en avanzar al ritmo de sus pares.

Encuestas como la efectuada en la Universidad de Pernambuco, vienen a indicar que los beneficiarios del programa *Bolsa Família* gastan la mayor parte del dinero en comida (en las zonas rurales, se acerca al 90 por ciento), en la salud y la educación de los hijos (libros y útiles escolares) y en ropa para los hijos (Duarte *et al.*, 2008).

Como puntualizan Lindert *et al.* (2007), el programa ha venido a demostrar un gran impacto en la pobreza y en las desigualdades. Los resultados de la «encuesta anual de hogares (PNAD, 2004) revelan que el BFP representaba una parte significativa (20-25 por ciento) de la reciente (e impresionante) reducción de las desigualdades y el 16 por ciento de la reciente caída de la pobreza extrema».

No se demostraron repercusiones negativas significativas en la oferta de trabajo o en los desincentivos laborales. En cambio, el Centro Internacional de la Pobreza calculó que, en 2004, las tasas de participación en la fuerza del trabajo de las familias beneficiarias, habían sido de 2,6 puntos porcentuales más altas que en el caso de las no beneficiarias. La participación de la mujer en el mercado laboral es de 4,3 puntos porcentuales más alta en las familias beneficiarias, en comparación con las no beneficiarias, habiéndose encontrado que el diferencial era hasta de 8 puntos porcentuales más elevado en las familias beneficiarias en el decil de ingresos más pobre (Soares, 2008).

B.3.3. México (*Progres*a/*Oportunidades*)

*Progres*a (*Programa de Educación, Salud y Alimentación*) se lanzó por primera vez en 1997. Se desarrolló como un programa de transferencias condicionales en metálico para los hogares rurales pobres de México, y se dirigió a la reducción y a la prevención de la pobreza. En 2002, el programa cambió de nombre, llamándose *Oportunidades* y extendiéndose a las zonas urbanas con algunos componentes adicionales de formación y de apoyo a la microempresa.

Oportunidades se ha convertido en la actualidad en el principal programa contra la pobreza del Gobierno mexicano. El programa tiene un presupuesto autorizado de 3,6 mil millones de dólares de los Estados Unidos, lo que representa aproximadamente el 0,32 por ciento del PIB. Los costos de suministro del programa equivalen a un 4 por ciento de los pagos de transferencias (SEDESOL, 2009). Sus objetivos declarados incluyen la ayuda a las familias pobres de las comunidades rurales y urbanas para que inviertan en desarrollo humano, «mejorando la educación, la salud y la alimentación de sus hijos y conduciendo a una mejora prolongada de su futuro económico y la consecuente reducción de la pobreza en México» (Banco Mundial, 2009, pág. 1).

Se trata de un programa de transferencia de metálico condicional (CCT) que abarca a alrededor de 5 millones de familias pobres de México (SEDESOL, 2007, pág. 7). El pago continuo de prestaciones está condicionado a que los padres (habitualmente la madre) garanticen que sus hijos se hagan revisiones clínicas periódicas, que reciban las vacunas fundamentales y que mantengan un nivel especificado de asistencia escolar. Los niveles de prestaciones se van incrementando a medida que los hijos van creciendo y entrando en grupos de un grado más elevado, con la intención de mantener a los hijos de más edad en la escuela y alejados del trabajo, preservándose, por tanto, el objetivo de desarrollo humano¹⁷. El programa apunta a las comunidades más pobres y la elegibilidad se determina a través de una verificación de medios simulada y de unos exámenes de las comunidades

El Centro Internacional de la Pobreza (2007, pág. 1) señala que la especificidad de los programas ha sido «extraordinaria». Soares *et al.* (2007a, pág. 14) manifiestan que: «el 80 por ciento de los ingresos de *Oportunidades* va al 40 por ciento de los mexicanos más pobres». Sin embargo, los errores de exclusión y de inclusión son relativamente elevados. En México, la proporción de todos los pobres que perciben prestaciones de *Oportunidades* se estima en sólo el 30 por ciento, mientras que en términos de error de inclusión, un 36 por ciento de los beneficiarios puede categorizarse como no pobre (Soares *et al.*, 2007b, pág. 2). Además, tanto *Progres*a como posteriormente *Oportunidades* han hecho una importante contribución al descenso de las desigualdades. Si bien la parte de los ingresos totales representados por *Oportunidades* ha sido muy pequeña, un 0,5 por ciento, el análisis del Centro Internacional de la Pobreza del PNUD indica que el programa ha sido responsable de cerca del 21 por ciento de la reducción de las desigualdades, medido por el

¹⁷ *Oportunidades* concede a las familias que participan subsidios monetarios educativos por cada hijo menor de 22 años de edad y que estuviese matriculado en la escuela entre el tercer grado de la enseñanza primaria y el tercer año de la enseñanza secundaria. El subsidio consiste en lo siguiente: 12,5 dólares de los Estados Unidos por suplemento de consumo de la familia; 8-16,5 dólares de los Estados Unidos por hijo que se encuentre en la escuela primaria al mes y 15,5 dólares de los Estados Unidos para materiales escolares al año; 24-30,5 dólares de los Estados Unidos por hijo que se encuentre en la escuela secundaria al mes, más 20,5 dólares de los Estados Unidos para materiales escolares al año; hasta un máximo de 75 dólares de los Estados Unidos por hogar al mes; la prestación media de hogar es de un 21 por ciento del consumo del hogar (Barrientos *et al.*, 2008a, pág. 68).

índice de Gini, que cayó en aproximadamente 2,7 puntos en el período en el que se realizó el estudio (Soares *et al.*, 2007a, pág. 1).

Impacto

El programa *Progresas/Oportunidades* ha mejorado la salud de los hijos, teniendo un gran impacto en un mayor crecimiento de los niños y reduciendo la probabilidad de una atrofia en el desarrollo de aquellos que se encontraban en el rango de edades críticas de 12-36 meses (Skoufias, 2005, pág. 56). Ha generado unos resultados igual de positivos para la salud de los adultos, puesto que las evaluaciones revelan que los miembros de los hogares beneficiarios son significativamente más sanos que sus homólogos. En promedio, «los beneficiarios de *Progresas* tienen un 19 por ciento menos de días con dificultades en sus actividades cotidianas, el 17 por ciento presenta menos días de incapacidad, el 22 por ciento, menos días en cama y pueden caminar una distancia un 7 por ciento más larga que los no beneficiarios» (*ibid.*).

El programa ha tenido muchos efectos educativos positivos. Se ha producido un aumento de la matriculación escolar. En el nivel de la escuela secundaria, «se produjo un ascenso proporcional de la matriculación de los niños, del 5 al 8 por ciento, y de las niñas, del 11 al 14 por ciento» (*ibid.*, pág. 50). Es importante señalar, empero, que la matriculación no debería confundirse con la asistencia. De las medidas consideradas, los logros educativos también se incrementaron en el 10 por ciento (*ibid.*, pág. 51). Esta estadística es de especial interés, dado que se sabe que una mejora en los resultados educativos está correlacionada con el aumento de las ganancias potenciales una vez que los hijos llegan a la adultez y entran en el mercado laboral. Las proyecciones indican que cuando los hijos «alcanzan la edad adulta, tendrán unas ganancias permanentemente más elevadas del 8 por ciento, como consecuencia del mayor número de años de escolaridad» (*ibid.*).

Mientras que la reducción del trabajo infantil no se incluyó en los objetivos explícitos a la hora del diseño del *Progresas*, se ha asociado, no obstante, con un nivel reducido del trabajo en aquellos de edades comprendidas «entre los 8 y los 17 años, entre el 10 y el 14 por ciento, en relación con el nivel observado antes del programa» (Rawlings, 2005, págs. 149-150). Además, «el impacto fue mayor en el caso de los niños de edades comprendidas entre los 12 y los 13 años, aunque no hubo una reducción significativa [observada] en los niños de 16 a 17 años. En el caso de las niñas, se produjo también una reducción significativa» (Tabatabai, 2006, pág. viii).

Al igual que en el caso del programa *Bolsa Familia* de Brasil, no han surgido pruebas estadísticas que sugieran que el programa pudiera asociarse con desincentivos laborales. Los informes regulares muestran que no se había producido «ninguna reducción en las tasas de participación en la fuerza del trabajo, tanto en hombres como en mujeres» (Skoufias, 2005, pág. 38). Sin embargo, según Molyneux (2007, pág. 29), «el programa no había generado unas oportunidades de empleo en quienes habían finalizado el colegio que les permitieran superar el ciclo de la pobreza». Esto podría indicar una necesidad de más medidas directas para complementar el régimen, a efectos de superar las barreras para entrar en el mercado laboral.

B.4. Seguridad del ingreso — otras transferencias en metálico

La llegada de programas de transferencia en metálico, saludada como una nueva «familia» de prestaciones en el amplio terreno de la seguridad social, merece una atención especial y una nueva discusión. Existen pruebas considerables en estos momentos en cuanto al impacto, sobre todo de los CCT, principalmente por haberse aplicado en países con unos sistemas estadísticos nacionales sólidos y unas encuestas de hogares que

abarcaban períodos de referencia antes y después del programa. Además, muchos CCT son objeto de estudios de evaluación regulares.

Las evidencias de los programas de América Latina vienen a revelar que los CCT han podido alcanzar con éxito los dobles objetivos de aumento/atenuación del consumo y de inversión en los objetivos del desarrollo humano. Su impacto en relación con otras formas de capital (tierras, activos productivos en los sectores agrícola y no agrícola) se entiende con una claridad mucho menor. Existe el peligro de que algunos objetivos del desarrollo (desarrollo humano prolongado a través del acceso a los servicios) puedan destacarse a expensas de otros (como la seguridad alimentaria y la inversión en medios de vida de más elevado rendimiento para los hogares que ofrecen la perspectiva de un crecimiento económico a favor de los pobres).

Se les ha atribuido el logro de reducciones significativas del trabajo infantil, aun cuando no sea éste un objetivo explícito del programa. En Ecuador, las estimaciones vienen a indicar que el principal CCT, *Bono de Desarrollo Humano* ha ejercido una influencia en la disminución de la prevalencia del trabajo infantil en unos 17 puntos porcentuales (Schady *et al.*, 2006, pág. 1). También pueden encontrarse, en el Régimen de Dinero para la Educación de Bangladesh, pruebas de un impacto similar en relación con unos niveles reducidos de trabajo infantil (Ravallion *et al.*, 1999, págs. 6-17), en el programa *Familias en Acción* de Colombia (Banco Mundial, 2006, pág. 16) y en la *Red de Protección Social* de Nicaragua (Maluccio, 2004, págs. 46-67). Brasil, por otra parte, ha aplicado un programa orientado, *La Programa de Erradicação do Trabalho Infantil* («El Programa para la Erradicación del Trabajo Infantil») que ha sido eficaz en la reducción, no sólo del trabajo infantil general, sino también específicamente, de las peores formas de trabajo infantil (Yap *et al.*, 2002, págs. 13-14 y 27). No obstante, la evidencia de que los CCT son, en sí mismos, eficaces en la reducción del trabajo infantil, no es concluyente y se requieren nuevas investigaciones en la posible interrelación con otros factores que pueden, juntos o por separado, dar cuenta de los descensos observados.

Los CCT se asocian sólidamente con las grandes repercusiones del consumo de los hogares y de la alimentación. Por ejemplo, en las familias que se benefician del programa *Familias en Acción* de Colombia, en comparación con aquellos de las familias que no se benefician, «los niños menores de 2 años habían crecido 0,78 cm más en las zonas urbanas y 0,75 cm en las zonas rurales. Los niños del medio rural de entre 2 y 6 años crecieron 0,62 cm más» (Brière *et al.*, 2006, pág. 10). Además, «en las zonas rurales, los hijos de entre 2 y 4 años habían ganado 300 gramos adicionales, al tiempo que los niños de las zonas urbanas de la misma edad, habían ganado casi 500 gramos» (*ibíd.*).

El mismo CCT, *Familias en Acción*, aportó pruebas contundentes de unos mejores vínculos sociales y de una buena disposición social en los barrios elegibles. En un estudio del Instituto de Estudios Fiscales, se encontró una mayor disponibilidad para contribuir al bien público por parte de los individuos que vivían en los barrios comprendidos en el programa (Attanasio *et al.*, 2008). Sin embargo las evaluaciones de otros CCT han arrojado unos resultados más ambiguos respecto de su efecto en los lazos sociales (Skoufias, 2005, pág. 38).

La dimensión de género de los programas CCT, especialmente en América Latina, es significativa en términos de su potencial para abordar la exclusión social. En *Oportunidades*, por ejemplo, los pagos de las prestaciones se efectúan a las madres y no a los padres y se afirma que, al hacerlo, se confiere una autoridad a las mujeres en sus hogares. Se cuenta con pruebas de que muchas mujeres encuentran verdaderamente valioso este pago para su autoestima. Igualmente, sin embargo, algunos sostienen que se ve debilitado el potencial del programa encaminado a intensificar estos aspectos de la situación de la mujer, tanto por algunas de sus condicionalidades (especialmente un requisito de que las beneficiarias realicen un trabajo comunitario no remunerado, que venía

a añadirse, así, a su «triple carga») como por su propio foco en las mujeres como aquellas responsables de los hijos y de la esfera doméstica. En la práctica, el hecho prosaico es que los acuerdos relativos al pago son simplemente una manera eficaz de garantizar que las prestaciones lleguen a los hijos. Sin embargo, *Oportunidades* aborda, en verdad, algunas preocupaciones vinculadas con el género, sobre todo mediante el pago de un estipendio más alto por la asistencia educativa de las niñas que de los niños. No obstante, los comentaristas señalaron que el diseño del régimen refleja una opinión algo estereotipada de los respectivos papeles familiares de madres y padres (Molyneux, 2007, pág. 27). Se expone el argumento de que hay ventajas, no sólo prácticas, sino también de actitudes culturales, en el pago de unas prestaciones concebidas para el apoyo a los hijos al principal cuidador, sin estipulación de género, como ocurre con el Subsidio de apoyo al hijo sudafricano (Razavi, 2007; Molyneux, 2007).

Resumiendo, a día de hoy está bien establecido un número sustancial de programas de transferencia de metálico, que es probable que prosigan en un futuro previsible y que, si las evaluaciones del impacto continúan siendo favorables, puedan muy bien reproducirse en más países. Si bien la mayoría de los programas son, en términos generales, del tipo CCT, es probable que continúen la investigación y el debate en cuanto al verdadero valor de las condicionalidades.

B.4.1. Sudáfrica

En Sudáfrica, el Subsidio de Apoyo al Hijo (Child Support Grant (CSG)) es un importante programa de transferencias en metálico de financiación pública, concebido para reducir la pobreza en los hijos de los hogares pobres. El CSG fue introducido en 1998 y se pagó originariamente sujeto a una verificación de recursos. Sin embargo, la tasa de inclusión de los solicitantes no estuvo, en un grado considerable, a la altura de las expectativas, posiblemente en la medida en que hasta el 90 por ciento de los hijos eran potencialmente elegibles, y probablemente como consecuencia de los requisitos onerosos para la inscripción en el registro y para la comprobación de la elegibilidad, incluida, por ejemplo, la aportación de la «prueba de inmunización y de registro en la clínica sanitaria, y una prueba de los esfuerzos dirigidos a asegurar el empleo» (Samson *et al.*, 2006, pág. 8). Como resultado de las deliberaciones de la Comisión Taylor¹⁸ de 2000, y a efectos de asegurar que se asumiera satisfactoriamente, el régimen se convirtió en una base incondicional. Siguiendo este cambio, se estimó que el otorgamiento de los subsidios se había elevado en el 58 por ciento (Samson *et al.*, 2006, pág. 9).

En la actualidad, el subsidio abarca a unos 7,5 millones de niños de edades entre 0 y 14 años, equivalente a cerca de 190 ZAR al mes (aproximadamente 20 dólares de los EE.UU., que se pagan a los cuidadores o tutores de los hijos; el gasto general representa cerca del 0,7 por ciento del PIB (Barrientos *et al.*, 2008a, pág. 83).

Se piensa que la mejora de la eficacia operativa del programa tras su transformación de una base condicional en una base incondicional refleja la eliminación de una variedad de cuellos de botella administrativos formales e informales (Standing, 2002, pág. 208; Orton, 2008, pág. 45; Samson *et al.*, 2006, pág. 8).

¹⁸ En 2000, el Gabinete sudafricano nombró una Comisión de Encuesta de la Seguridad Social Integral que examinó los déficit del sistema vigente. La encuesta fue realizada por la Profesora Vivienne Taylor (véanse Samson *et al.*, 2006, pág. 8).

Woolard (2003, pág. 9) evaluó el régimen en relación con los hijos menores de 7 años de edad y estimó que «suponiendo que todos los elegibles... se inscribían en el CSG, la pobreza caería al 28,9 por ciento, ... que la pobreza entre los hijos cae del 42,7 por ciento al 34,3 por ciento y la suma pobreza cae del 13,1 por ciento al 4,2 por ciento». En líneas más generales, sus estimaciones indican que «el sistema de subsidios también reduce fuertemente las desigualdades, el coeficiente Gini (en [base al] gasto *per cápita* del hogar) cae de 0,67 antes de los subsidios a 0,62 después de los subsidios» (*ibid.*, pág. 11).

En 2002, el CSG se asoció con un «aumento de 8,1 puntos porcentuales en la matriculación escolar de los niños de 6 años de edad y con un aumento de 1,8 puntos porcentuales en los niños de 7 años de edad» (Case *et al.*, 2005, pág. 14). El CSG también demostró ejercer un impacto positivo en la alimentación, en el crecimiento y en el hambre. Un estudio de Woolard *et al.* (2005) detectó que la recepción del CSG para las dos terceras partes del período de la vida de un niño antes de los 26 meses de edad se había traducido en una ganancia significativa de altura, un importante indicador del estado nutricional. Agüero *et al.* (2007) ponen de manifiesto que el CSG tiene un efecto positivo y significativo en la estadística sobre la altura correspondiente a la edad de un niño y estima que la mejora de la nutrición que se reflejaba en esa ganancia de altura, producirá una tasa de rentabilidad descontada situada entre el 160 por ciento y el 230 por ciento de los pagos originarios del CSG. Así, puede considerarse que el programa CSG posee un carácter de inversión, con rentabilidades excepcionales, no sólo en términos sociales, sino también en términos financieros y económicos.

B.4.2. Zambia (Régimen piloto de transferencia social en metálico en el distrito de Kalomo)

El objetivo del programa, aplicado en el distrito de Kalomo, de Zambia como, en efecto, un programa «piloto» para una mayor extensión, es la reducción de la pobreza extrema, del hambre y de la inanición, centrándose en los hogares encabezados por las personas de edad avanzada y por aquellos que cuidan de niños huérfanos y vulnerables. El régimen es un programa de transferencia de metálico para los hogares sumamente pobres, que hasta ahora habían dependido de la financiación de partícipes donantes y es incondicional en el sentido de que las prestaciones no están determinadas por una verificación de recursos directa de los ingresos o de la riqueza. Los hogares, desde el principio del régimen, recibieron una prestación en metálico de 30.000 kwacha de Zambia (ZMK) al mes (equivalente a unos 6 dólares de los EE.UU., incrementados en la actualidad a 50.000 ZMK al mes), pagados al jefe de familia (Barrientos *et al.*, 2008a). Se estimó que esta suma sufragaría el costo de una comida al día y no se esperaba que hiciera salir a la gente de la pobreza, pero sí que excluyera la pobreza crítica. En el inicio, la cobertura llegó a 1.027 hogares que constaban de 3.856 individuos (Save the Children *et al.*, 2005, pág. 21). La cobertura tiene un objetivo — y en la actualidad se limita o tiene un «tope» — del 10 por ciento de la población más vulnerable de la zona abarcada, en el 100 por ciento de los pobres críticos y en el 20 por ciento de los pobres (Barrientos *et al.*, 2008a). El costo de la cobertura de todos los hogares indigentes de Zambia es estimó en 16 millones de dólares, lo que equivale al 0,4 por ciento del PIB o al 4 por ciento de los flujos de ayuda anual (*ibid.*).

Al evaluar la eficacia del otorgamiento, Schubert (2004, pág. 9) sugiere que existe una tasa de filtración baja para los que no son pobres, pero la baja cobertura de los pobres es el reflejo del tope de la inscripción del 10 por ciento más pobre de los hogares.

Las tasas de matriculación escolar mejoraron en la zona del programa, especialmente en el caso de los niños de 5-6 años y de 14-15 años de edad (MCDSS y GTZ, 2006, pág. 36). Se notificó que el número de hogares que no enviaba al menos a uno de sus hijos (7-18) a la escuela había descendido, tras la aplicación del régimen, pasando del 41,4 por ciento al 33,8 por ciento (*ibid.*, pág. 37). Además, el absentismo general de la escuela había disminuido en el 16 por ciento (DFID, 2005, pág. 18).

Los indicadores de alimentación mejoraron sustancialmente. Se informó que la proporción de los hogares que vivían con una comida al día había bajado, pasando del 19,3 por ciento al 13,3 por ciento, mientras que la proporción de aquellos con dos comidas al día, seguía siendo la misma, y los hogares con tres comidas al día habían aumentado del 17,8 por ciento al 23,7 por ciento (MCDSS y GTZ, 2006, pág. 43). De modo similar, el porcentaje de hogares en los que los miembros informaban que aún tenían hambre después de una comida, había descendido del 56,3 por ciento al 34,8 por ciento, y el porcentaje de hogares que habían podido comer «suficiente y justo lo suficiente», se había elevado del 42,6 por ciento al 65,2 por ciento (*ibid.*, págs. 43-44).

También se observó un incremento de las actividades productivas, con unos individuos que asignaban dinero a la inversión en actividades generadoras de ingresos. En una reciente evaluación se encontró que se había gastado en ganado (cabras para la crianza, bueyes para ayudar a arar las tierras) y en insumos agrícolas hasta el 29 por ciento de la transferencia (Save the Children *et al.*, 2005, pág. 27; DFID, 2005, pág. 18). Las mujeres beneficiarias también crearon un «premio gordo» o sistema «*Chilimba*» para las inversiones, del tipo de ahorro rotativo, basado en grupos de cinco miembros, cada uno de los cuales contribuye con 5.000 ZMK (aproximadamente 1 dólar de los EE.UU.) al mes en el momento de distribución del régimen CT, pagado a un miembro, quien, de esta manera, cuenta con una suma disponible de 50.000 ZMK (siendo la prestación mensual de 30.000 ZMK más 20.000 ZMK de otros miembros del grupo), que puede ser eficaz como una inversión en una actividad económica de pequeña escala. En los meses posteriores, cada miembro del grupo tiene acceso, a su vez, a este medio (Schubert, 2004, pág. 10).

Las estimaciones vienen a indicar, en líneas generales, que la deuda de los hogares ha descendido a la mitad desde el inicio del programa, habiendo aumentado la propiedad de los activos. Según corresponda, el porcentaje de los hogares que habían vendido bienes descendió del 17 al 13 por ciento, en el inicio, significando con ello que menos hogares habían disminuido sus medios productivos que pueden actuar como importantes amortiguadores de seguridad en tiempos de conmociones. En general, se observa, en los hogares beneficiarios, una dependencia decreciente y una carga más pequeña de apoyo a una comunidad más amplia (MCDSS y GTZ, 2006, pág. 53).

Menos positivamente, existen algunas evidencias anecdóticas de un sentido de exclusión y de resentimiento entre los miembros no beneficiarios de la comunidad. Esto puede, en parte, derivarse de unos mecanismos de selección del programa no transparentes y una confusión en cuanto a los criterios de selección (Save the Children *et al.*, 2005, pág. 33). Sin embargo, no hay pruebas de que las tradicionales redes de protección, ya endebles, se hayan visto más debilitadas por el régimen. Por ejemplo, los vecinos aún recogen agua y leña para los enfermos o débiles (*ibid.*, pág. 34).

B.5. Seguridad del ingreso — población de edad laboral

B.5.1. India (NREGS)

El Régimen Nacional de Garantía del Empleo Rural de la India (NREGS) se instauró con la aprobación de la correspondiente Ley (NREGA) en 2005 y su diseño refleja sólidamente el régimen de garantía del empleo anterior limitado al estado de Maharashtra (MEGS). Como sugieren Samson *et al.* (2006, pág. 104), se espera que el NREGS «cree una infraestructura valiosa que apoye un desarrollo económico que favorezca a los pobres... [y] cambie las relaciones de poder en las comunidades rurales, apoyando los derechos de los pobres que puedan fomentar una mayor equidad social». Una característica considerada de importancia determinante es su establecimiento en virtud de una ley, que confiere derechos legales a los beneficiarios, mientras que un «régimen» que carece de autoridad legal puede ser propenso a unos cambios de corta duración, según lo requiera la conveniencia. En teoría, la Constitución de la India salvaguarda el derecho al trabajo, que constituye parte de la Constitución de la India, aunque surgen preguntas acerca de la perspectiva de los «derechos» que subyace en el NREGS, especialmente debido a que los hogares pobres, a menudo analfabetos, no pueden fácilmente llevar los derechos a la práctica.

Con arreglo al NREGS, un hogar rural tiene derecho a solicitar hasta 100 días de empleo al año, lo cual se hace disponible con regímenes convenidos de obras públicas. El programa acomete proyectos que facilitan la gestión de los recursos de tierras y agua, junto con unos proyectos de desarrollo de infraestructuras como la construcción de carreteras. Los salarios pagados son iguales al salario mínimo que prevalece (y oficialmente declarado) para los trabajadores agrícolas de la zona. Si el trabajo no es conferido en el tiempo estipulado, el solicitante tiene derecho a percibir una asignación de desempleo. El programa está concebido de modo tal que se encuentre eficazmente centrado en sí mismo, puesto que la especificación salarial es tal que, mientras que los pobres optarán por entrar en el programa, los que no son pobres se abstendrán de su participación.

La asignación para el programa que procede del presupuesto nacional para el ejercicio económico 2006-2007, fue de 11.300 rupias del crore (aproximadamente 2,5 mil millones de dólares o el 0,3 por ciento del PIB). Los costos oficiales estimados del régimen una vez totalmente operativos, oscilan entre las 40.000 y las 50.000 rupias del crore, lo que viene a sugerir que el presupuesto para el régimen podría alcanzar un máximo del 1-5 por ciento del PIB. Existen puntos de vista divergentes en cuanto a la asequibilidad del programa.

Según se fue desarrollando el régimen, se expresaron algunas preocupaciones, por ejemplo, que los tipos de proyectos emprendidos son más beneficiosos para los hogares más ricos que para los hogares más pobres y respecto de la posible exclusión sesgada en relación con el género (a pesar de la inclusión de disposiciones dirigidas a impulsar la participación de la mujer), dado que muchas mujeres tienen menos capacidad de viajar largas distancias para encontrar trabajo.

Impacto

En el plano mundial, se le considera un programa que presenta unas iniciativas de mayor protección social basado en los derechos, llegando a alrededor de 40 millones de hogares que viven por debajo del umbral de pobreza. Debido a su relativa novedad, son pocas aún las evaluaciones de gran escala publicadas. Sin embargo, de las evaluaciones de los MEGS de Maharashtra, puede extraerse alguna comprensión de los posibles efectos de la NREGA.

En primer término, el programa MEGS se asocia con un descenso de la variabilidad de los ingresos y posiblemente, por tanto, con un impacto significativo en la desnutrición

estacional. Dev (1995, pág. 127) presenta unas pruebas que revelan que los trabajadores de las ciudades comprendidas en el programa «tenían unos flujos de ingresos que eran casi un 50 por ciento menos variables que los de los trabajadores de las ciudades sin MEGS».

Como régimen para la creación de empleo, tanto como para la protección social, los MEGS «generaron 90 millones de días de empleo por persona en 1997» (Samson *et al.*, 2006, pág. 13), «al tiempo que se generaron pocos efectos disuasorios «los trabajadores buscan un empleo de salarios más elevados y aprovechan las mejores oportunidades cuando se dispone de las mismas» (*ibid.*). Empero, se suscitaron preocupaciones en cuanto a la calidad y a las condiciones del trabajo aportado a través del régimen, y a la posibilidad de que pudiera haber inducido indebidamente al trabajo infantil.

Dev (1995, pág. 136) señala que el MEGS se asoció con una reducción de la pobreza, indicándose que: «los microestudios revelan que la participación del ingreso total que procede del MEGS (microestudios) ha oscilado entre un tercio y dos tercios. Aunque el ingreso del MEGS puede no haber permitido que los participantes «atravesaran la línea de la pobreza», ha ayudado a reducir la intensidad de la pobreza». Samson *et al.* sostienen, además, que el programa había contribuido a unos salarios de mercado más elevados para los trabajadores agrícolas, a un mayor poder económico y a la solidaridad. Sugiere que: «el régimen ha tenido éxito en la mejora de la estabilidad del ingreso en los hogares pobres, disminuyendo su confianza en el crédito usurero, en las ventas de activos productivos y en el hambre, como respuestas a los sobresaltos de los ingresos» (Samson *et al.*, 2006, pág. 13).

Se señalaron otras ventajas indirectas entre los beneficiarios que pueden invertir y embarcarse en unas actividades empresariales que ofrecen unos ratios de riesgo-beneficio ventajosos. Por ejemplo, la seguridad del ingreso con arreglo al MEGS permitió que los agricultores sembraran cultivos de alto rendimiento, y no cultivos de bajo rendimiento y unas variedades resistentes a la sequía utilizadas en otras partes (Devereux, 2002, pág. 666). Devereux concluye, en términos generales, que el programa tiene un resultado de promoción de los medios de vida y estimula un comportamiento de asunción de riesgos con moderación, paliando los flujos de ingresos frente a los resultados empresariales adversos.

No obstante, los comentaristas indicaron algunos problemas en relación con el régimen. Uno de éstos reside en que el régimen puede no propiciar la participación de la mujer, por razones que incluyen fallos en el otorgamiento del cuidado de los hijos, unos salarios discriminatorios y la particular carga que supone para las mujeres las grandes distancias de los lugares de trabajo (Samson *et al.*, 2006, pág. 13). En segundo término, las evaluaciones indican que la eficacia del otorgamiento del MEGS es relativamente poca, indicándose, por ejemplo, que: «de 1979 a 1989, la tasa de participación de quienes no eran pobres, se había elevado del 39 por ciento al 55 por ciento, mientras que el porcentaje de participación de los pobres, había ascendido del 81 por ciento al 86 por ciento» (Samson *et al.*, 2006, pág. 13). También se había criticado el nivel de eficiencia administrativa y el alto nivel de los costos (a veces, hasta el 150 por ciento de las prestaciones pagadas, lo que tal vez reflejaba la corrupción y unas filtraciones financieras) (*ibid.*; Barrientos *et al.*, 2008a, pág. 49).

Por último, se señala que el programa no había superado, en buena medida, las barreras innecesarias de participación de los más excluidos socialmente y del estigma asociado (Dev, 1995, pág. 118; Deolalikar *et al.*, 1993, págs. 22-23).

B.5.2. Chile (Solidario)

La finalidad indicada de este programa, que el Gobierno había introducido en 2002, es la erradicación de la pobreza extrema en Chile. Al principio, cuando se introdujo, el

programa comprendía a aproximadamente 165.000 hogares, cubriendo, en la actualidad, a 225.000 hogares (IPC, 2007), lo que representa el número estimado de hogares indigentes del país. El costo general es equivalente a aproximadamente el 0,02 por ciento del PIB (Barrientos *et al.*, 2008a, pág. 32). Brinda un programa integrado de apoyo a los hogares de pobreza extrema de Chile. Las transferencias en metálico a los hogares elegibles están concebidas para que se les permita cumplir con los costos fijos y variables de agua y alcantarillado (hasta un techo), junto con un «subsidio escolar» por cada hijo que en verdad asistiera a la escuela primaria y a (parte de) la escuela de educación media. El nivel inicial máximo de transferencias es equivalente a unos 20 dólares; la cuantía se reduce más a lo largo de los dos primeros años y es pagadera por un máximo de 5 años (*ibid.*).

Una característica del programa es que el apoyo a los hogares de pobreza extrema mediante transferencias de metálico se complementa con un período de «apoyo psicosocial» aportado por un trabajador social local. En los primeros seis meses, la participación de los hogares se asigna a un trabajador social con el que trabajan para identificar y abordar sus déficit en varias dimensiones: inscripción, salud, empleo, ingresos, educación y dinámica del hogar (Barrientos *et al.*, 2008a). Los niveles mínimos se fijan como objetivos para cada una de las diferentes dimensiones (comunes para todos los hogares del programa), con la expectativa de que, a través del alcance de esos niveles mínimos, los hogares superen la pobreza extrema. De este modo, la percepción que se tiene del objetivo del régimen es que va más allá de un enfoque de único tema hacia un «sistema» basado en disposiciones «agrupadas» a la medida para subvenir a las necesidades específicas de los hogares a los que es difícil llegar (Galasso, 2006, pág. 3).

La eficacia de la concesión de la prestación y de la especificación ha sido evaluada favorablemente como alta (*ibid.*, pág. 14).

Impacto

El hecho de que los trabajadores sociales trabajen directamente con los hogares que participan en *Solidario*, significa que existe un elevado nivel de sensibilización general respecto de los servicios sociales en la comunidad, lo que se evaluó como situado en el orden del 20-30 por ciento relativo a los que no participaban (*ibid.*, pág. 20) y se le considera como que facilita de manera útil el «empoderamiento». Se valora favorablemente la satisfacción pública del programa.

Con todo, debido a la pequeña magnitud de este CCT, se ha hecho una muy modesta contribución al descenso de las desigualdades. Soares *et al.* (2007a, pág. 17) afirman que: «De hecho, de todos los factores que reducen las desigualdades en Chile, las transferencias de metálico eran los menos importantes» y se evalúan los ingresos obligatorios de la seguridad social como muchas veces más eficaces que los CCT al respecto. Sin embargo, el mismo comentarista señala que: «si la participación del CCT en el ingreso total de Chile fuese más importante, esperaríamos un impacto tan grande como el observado en los casos de Brasil y de México» (*ibid.*).

Los individuos inscritos en el programa, muestran una notable utilización de los programas de mercado laboral que el mismo incluye. Se han producido unos incrementos significativos de la participación en la reinserción en el empleo/trabajo público y en los programas de formación. Por ejemplo, «las tasas de participación aumentaron en unos 30 puntos porcentuales en las zonas urbanas y en unos 14 puntos porcentuales en las zonas rurales en los programas de empleo por cuenta propia» (Galasso, 2006, pág. 15). Empero, para insertar una advertencia cautelosa importante, mientras existe una mayor buena disposición para participar en los programas de mercado laboral, que podría elevar las perspectivas de empleo para los hogares que participaban en el medio plazo, «los resultados no se traducen en ganancias actuales en su oferta de trabajo. No hay signos de mejora de la participación de los miembros que están empleados, ni de la participación de

los miembros que tienen un empleo estable» (*ibid.*). No obstante, el programa no sólo no mitigó la buena disposición para el trabajo, sino que parece haber impulsado a los individuos a procurar una mejora de su empleabilidad potencial.

Las evaluaciones de los efectos educativos del programa vienen a sugerir un incremento significativo y consistente de la probabilidad de tener hijos de edades comprendidas entre los 4 y los 5 años de edad matriculados en preescolar. Tanto en las zonas rurales como en las urbanas, los efectos de la matriculación en preescolar se encuentran en el rango de 4-6 puntos porcentuales. La matriculación escolar de los niños de entre 6 y 15 años de edad ha mejorado entre el 7 y el 9 por ciento, en relación con la no participación en el programa (*ibid.*, pág. 18). Como parte del grupo de regímenes incluidos en el programa, se produjo una utilización estadísticamente significativa de los programas de alfabetización y de educación. El impacto del programa en la salud es menos significativo que la educación. Parece haber promovido la inscripción de los beneficiarios en el sistema público de salud en el 2-3 por ciento de las zonas urbanas y en el 3 por ciento de las zonas rurales. Las visitas médicas para una asistencia preventiva fueron asimismo de hasta 4-6 puntos porcentuales, en el caso de los niños de edades inferiores a los 6 años, y de 6-7 puntos porcentuales en el caso de las mujeres (*ibid.*, pág. 19). El programa ha ejercido un impacto positivo en la psicología de aquellos que estaban incluidos. Los hogares cubiertos parecen tener una mejor perspectiva y son más optimistas acerca de su situación socioeconómica futura.

B.5.3. Bangladesh (apuntando a los sumamente pobres)

En esta sección se revisa el programa multidimensional de asistencia social conocido como *Challenging the Frontiers of Poverty Reduction — Targeting the Ultra Poor* (CFPR/TUP), que se venía aplicando en Bangladesh desde 2002 por la gran organización no gubernamental BRAC, asociado con el Gobierno de Bangladesh y financiado por el Consorcio de Donantes de Bangladesh.

El CFPR/TUP se concibió para que se alcanzara a las poblaciones más pobres de las zonas rurales de Bangladesh, un grupo cuyas evaluaciones pusieron de manifiesto que no se habían beneficiado sustancialmente de sus intervenciones anteriores, a pesar de su valor general en la lucha contra la pobreza en el país. El diseño del programa se describe como basado en un «vínculo estratégico por peldaños», combinándose las transferencias en metálico (asignaciones, en lugar de préstamos) con una promoción de la formación de la capacidad en salud y una gama de componentes sociales y de asesoramiento más amplia. Un ejemplo de esto último es el asesoramiento legal en torno a asuntos tales como el matrimonio y la violencia doméstica. Esto es especialmente pertinente, dado que una gran proporción de los «sumamente pobres» son mujeres. El TUP está también concebido de modo de facilitar la «graduación» de participantes en un estadio en el cual pueden estar capacitados para unirse a un programa de microcréditos, que es otro componente de la cartera del BRAC. En 2006, el costo del CFPR/TUP por hogar fue de aproximadamente 300 dólares de los EE.UU. y están cubiertos unos 70.000 hogares.

La especificidad del programa se evalúa como muy eficaz, con la conclusión de los valores iniciales de que el 98 por ciento de los participantes seleccionados había tenido un consumo de alimentos que se encontraba por debajo de la línea de la pobreza (Barrientos *et al.*, 2008a, pág. 18).

Impacto

Se observaron las prestaciones del bienestar del CFPR/TUP, en particular en términos de un «déficit de alimentos» y de una desnutrición reducidos los participantes. Barrientos *et al.* (2008, pág. 18) y DFID (2005, pág. 19) informan que las evaluaciones del proyecto encontraron que a los participantes en el CFPR/TUP les había ido mejor que a los grupos

de comparación, en cuanto a una mejora de la cantidad y de la calidad nutricional de los alimentos, en la medida en que los «hogares sin lo suficiente para comer se habían reducido del 97 por ciento al 27 por ciento en un lapso de dos años» y a una reducción de la desnutrición severa en los niños menores de cinco años, en 27 puntos porcentuales para los participantes, frente a 3 puntos porcentuales para el grupo comparación. El aspecto relativo a la generación de ingresos del programa también se evaluó como exitoso, con unas transferencias en metálico en niveles situados en torno a 100 dólares por hogar en 2002, permitiéndose una acumulación de valores de activos de hasta 300 dólares de los EE.UU. en 2005 (Barrientos *et al.*, 2008, pág. 18).

El programa CFPR/TUP fue vinculado con la mejora del acceso al crédito. Al comparar una muestra de hogares beneficiarios frente a una muestra de hogares no seleccionados, las conclusiones vienen a sugerir que «los hogares beneficiarios mostraron unas mejoras significativas con el tiempo en la incidencia y en la magnitud de los préstamos que mantuvieron, hecho en parte explicado por su acceso al componente de microcrédito del Programa» (*ibid.*)

Otros estudios, como el de Hossain y Matin (2004, pág. 7), señalaron empíricamente unos resultados menos tangibles pero, sin embargo, beneficiosos, del programa TUP, en términos de democracia local, un aumento del «orgullo social», un sentido de autonomía local y la «inclusión» en algunos aspectos. Por ejemplo, se cuenta con pruebas de que las mujeres sumamente pobres que no habían tenido antes perspectivas de acceso a los recursos de los gobiernos locales (ropa de abrigo en el tiempo frío, artículos para aliviar las situaciones de urgencias) estaban mejor situados en la actualidad para asegurar esos derechos reglamentarios (*ibid.*).

La propia evaluación del BRAC (Rabbani *et al.*, 2006) detectó que, en promedio, en 2005, los ingresos de los participantes habían crecido más allá de aquellos que «no eran lo suficientemente pobres» para ser seleccionados para el programa en 2002, aunque aún eran pobres, pero considerada esta conclusión como poco sorprendente a lo largo de un período de tiempo relativamente corto. Los participantes realizaron progresos en varias áreas clave relacionadas con la vulnerabilidad (especialmente, los medios de sustento, los ahorros y la salud) y parecieron más seguros de sí mismos en su aptitud para resistir serias conmociones o «crisis» de sustento, como las enfermedades graves de la persona que obtiene los ingresos. Una ilustración de los desafíos en curso que afrontan los hogares rurales pobres es la evidencia de que, al poseer a día de hoy nuevos activos como el ganado, se hicieron vulnerables a algunos riesgos nuevos (como la muerte o la enfermedad del ganado).

B.6. Seguridad del ingreso — empleado por cuenta propia

B.6.1. Tres países de América Latina

En Argentina, Chile y Uruguay (ACU), aproximadamente ¹⁹ el 24 por ciento de la fuerza del trabajo empleada puede clasificarse como trabajadora independiente, trabajando la mayoría de ésta en la economía informal. Un análisis por género de los trabajadores independientes de esos países revela que el porcentaje de mujeres en un empleo por cuenta propia es menor que en el empleo asalariado. Entre los empleadores, el porcentaje es aún más bajo, siendo la gran mayoría hombres. Por ejemplo, en Argentina las mujeres representan el 44 por ciento del empleo asalariado, pero sólo el 33 por ciento del empleo

¹⁹ La participación del empleo por cuenta propia de esos países es: Uruguay: 27,8 por ciento (para 2005), Argentina: 25,3 por ciento (para 2005) y Chile: 23,1 por ciento (para 2003).

por cuenta propia y el 26 por ciento de los empleadores. Del mismo modo, en Chile la participación de la mujer en el empleo total, que, según estándares regionales, es muy baja, se sitúa en un 36 por ciento, mientras que en el caso del empleo por cuenta propia, la proporción es de sólo el 27 por ciento. Si bien son los hombres los que predominan en el empleo por cuenta propia, el número de mujeres es mucho mayor en el empleo del servicio doméstico. Esto viene a reflejar un sólido elemento de segregación ocupacional.

El cuadro B.5 que figura a continuación, presenta unos datos de cobertura de seguridad social por clasificación del empleo para los tres países. En Argentina y Uruguay, que tienen unos regímenes de afiliación y de cotización obligatorios, la cobertura de los trabajadores independientes supera ligeramente el 35 por ciento, mientras que en Chile, donde las cotizaciones son voluntarias, sólo llega al 27 por ciento.

Cuadro B.5. Cobertura de las cotizaciones de la seguridad social: trabajadores independientes

	Argentina (2005)	Chile (2004)	Uruguay (2006)
Asalariados	57,2	85,2	77,3
Asalariados con un contrato		96,8	
Asalariados sin un contrato		24,3	
Trabajadores independientes	37,4	27,0	35,7
– Empleadores	71,4	64,3	85,3
– Por cuenta propia	31,6	20,6	25,6
Por cuenta propia sin instalaciones			6,4
Por cuenta propia con instalaciones			33,2
Total	54,2	70,3	65,5

Fuentes: MTE y SS-OIT (2007); Bertranou y Vásquez (2006); Lanzilotta (2007).

Los países ACU lanzaron iniciativas para reducir el nivel de exclusión de los trabajadores independientes de la cobertura de seguridad social. El fundamento para actuar así se encuentra en una serie de consideraciones, que incluyen las siguientes:

- los trabajadores independientes representan una participación importante de la fuerza de trabajo empleada;
- se observa que el empleo en esas categorías, que ha permanecido mucho tiempo fuera del alcance de la cobertura de la seguridad social, aumenta en los períodos de crisis y de declive económico, que son, de hecho, los momentos en los que más se necesita la protección social;
- los sistemas de protección social tradicionalmente estructurados y administrados, en general han pasado por alto los derechos y las obligaciones en relación con los trabajadores;
- la concesión de una cobertura de seguridad social a los trabajadores independientes debería facilitar la transición progresiva a la formalización;
- esas disposiciones legales otorgan una cobertura de seguridad social a los trabajadores independientes, tienden a estar dispersas en la legislación social y laboral, y deberían estar racionalizadas en la actualidad²⁰.

²⁰ Por ejemplo, esto se revela en el caso de Argentina, en uno de los estudios de referencia para este artículo: MTE y SS-OIT (2007).

a) *Argentina*

En la actualidad, existen tres regímenes diferentes, dos de ámbito nacional y uno para las provincias.

i) *Régimen nacional general para los trabajadores independientes («autónomos»)*

Se dio inicio, en 1994, a una reforma estructural del sistema de jubilaciones y pensiones, para establecer un régimen nacional mixto llamado *Sistema Integrado de Jubilaciones y Pensiones* (SIJP). Más adelante, en 2008, el componente privado del régimen se llevó al control público, integrando el régimen mixto en un único programa de prestación definida de administración pública, llamado *Sistema Integrado Previsional Argentino* (SIPA). Este sistema abarca a los trabajadores mayores de 18 años de edad que trabajan en una relación de empleo dependiente en los sectores público y privado o que realizan actividades independientes con fines de lucro.

ii) *Régimen simplificado para los pequeños cotizantes (monotributo)*

Los trabajadores independientes que encajan en la definición de «pequeños cotizantes» pueden optar por inscribirse en el «régimen simplificado», en el caso de los pequeños cotizantes, conocido como *monotributo* («impuesto único»). Éste es un sistema nacional que integra un régimen simplificado para los ingresos y los impuestos al valor agregado con el sistema de pensiones.

iii) *Fondos provinciales de seguridad social que cubren a los graduados universitarios*

Existen algunos fondos de seguridad social provinciales diseñados para cubrir a los trabajadores profesionales que están exceptuados de efectuar cotizaciones al sistema nacional. Son alrededor de 76 esos fondos para profesionales, con una afiliación de aproximadamente 500.000 graduados universitarios.

La estructura actual se traduce en una amplia variedad de cobertura y de prestaciones para las diferentes categorías de trabajadores, incluidos los empleados asalariados. En particular, el acceso a prestaciones tales como las asignaciones familiares, no se contempló hasta la fecha para los trabajadores autónomos. El régimen general no otorga una cobertura de salud a los trabajadores autónomos, aunque está contemplada en el régimen simplificado. Asuntos similares, que naturalmente reflejan sus respectivas situaciones nacionales, se observan tanto en Chile como en Uruguay.

b) *Chile*

Hasta la reforma de las pensiones de 2008, en Chile no se requería obligatoriamente que los trabajadores independientes se afiliaran al sistema de pensiones, aunque la afiliación era posible en base a cotizaciones voluntarias. Con arreglo a la reforma, sin embargo, esos trabajadores independientes que presentan declaraciones de impuestos sobre la renta se fueron registrando gradualmente en la afiliación obligatoria, en un proceso que se espera lleve siete años, comenzando en 2009.

La reforma se dirige a aportar un conjunto comparable de derechos y obligaciones, tanto para los trabajadores asalariados como para los trabajadores independientes de la economía formal y, al mismo tiempo, unos niveles crecientes de cobertura de seguridad social para alcanzar una mejor protección de la vejez. En virtud de la reforma, se propone que los trabajadores independientes determinen anualmente las cotizaciones al sistema de pensiones, a través de su declaración de impuestos sobre la renta. Los ingresos sobre los que se calculan las cotizaciones para esos trabajadores, se establecen en base a los ingresos

declarados con fines tributarios en el año de calendario anterior ²¹. Los trabajadores independientes que no tienen unos ingresos declarables, están exentos de cotizaciones obligatorias, pero pueden cotizar con carácter voluntario.

c) *Uruguay*

Hay tres sistemas abiertos a los trabajadores independientes: un régimen general para las llamadas «unidades económicas unipersonales», el régimen *monotributo* y los fondos de pensiones para los profesionales.

i) *Régimen general para las «unidades económicas unipersonales»*

El sistema de jubilaciones y pensiones, administrado por el Instituto de Seguridad Social (*Banco de Previsión Social (BPS)*) se reformó en 1996, instituyéndose, así, un sistema mixto de tres pilares. El primer pilar opera en base a una prestación definida (de reparto), se llama «pilar de solidaridad intergeneracional» y está administrado por el BPS. El segundo pilar comprende un régimen de cotización definida obligatorio, organizado a través de cuentas de ahorro individuales (sistema de capitalización) y está administrado por empresas privadas. La legislación también contempla un tercer pilar, similar al segundo, canalizándose los ahorros voluntarios de los trabajadores con unos ingresos que superen un nivel específico.

ii) *Régimen monotributo*

Este sistema se estableció en 2001 y se centra en un sistema especial llamado «*monotributo*» de tratamiento de los impuestos de las empresas muy pequeñas, definidas con arreglo al número de trabajadores, a la magnitud de las instalaciones y a las ventas totales. Si bien es éste fundamentalmente un régimen fiscal con fines especiales, más que un sistema de protección social, da en verdad acceso a los trabajadores independientes pertinentes a todas las prestaciones de seguridad social (excepto para el seguro de desempleo).

iii) *Fondos de pensiones para los graduados universitarios*

Se establecieron dos de esos fondos, uno de los cuales contempla a los graduados universitarios que trabajan con carácter independiente en sus diversas profesiones. Se organiza como un régimen de prestación definida en base a unas cotizaciones sobre los ingresos que caen en 10 franjas y que brinda fundamentalmente una cobertura de vejez, invalidez y sobrevivientes. El segundo fondo cubre específicamente a los notarios y otorga jubilaciones, pagos por enfermedad y gastos de funeral.

En líneas generales, se espera que en años futuros el trabajo por cuenta propia se incremente, y no descienda, como consecuencia de los dos patrones de desarrollo económico y de cambios tecnológicos en áreas tales como las comunicaciones, y de unas preferencias crecientes para las modalidades no tradicionales de trabajo, con un menor acento puesto en los lugares de trabajo fijos con horas laborales preestablecidas. Las políticas de protección social y los modelos de seguridad social asociados deben reflejar este entorno cambiante y adaptarse al mismo, a efectos de aumentar la inclusión y el nivel de protección. Los sistemas de protección social de América Latina están relativamente

²¹ Ingresos de la práctica de las profesiones liberales o de cualquier otra profesión u ocupación con fines de lucro que no represente un salario, bonos, sueldos, gratificaciones, asignaciones, propinas y participaciones. En esto, se incluye a los trabajadores agrícolas y a los conductores de taxis que no sean propietarios de los vehículos.

bien implantados para responder a esas necesidades, pero se requiere que se ajusten a los marcos legales y que se rediseñen sus regímenes de financiación con fines de incorporación progresiva de los trabajadores independientes y de minimización de las consecuencias de las posibles distorsiones asociadas con la participación y el empleo.

Cada uno de los tres países tratados en esta sección ha adoptado medidas a lo largo de este trayecto, aunque aún queda camino por recorrer para seguir realizando progresos de cara a una amplia extensión de la cobertura de la seguridad social a los trabajadores informales. Un modelo útil desarrollado en esos países es el de los regímenes simplificados diseñados para los cotizantes de pequeña escala, incluidos los trabajadores independientes.

Suplemento C. Opciones para un nuevo mecanismo orientador de políticas

Tal y como se presentara en el capítulo 1 de la parte A del presente informe y se elaborara en el capítulo 2, los instrumentos internacionales generales de derechos humanos y sus mecanismos de control no se han pronunciado, en su mayoría, en cuanto a la definición de este derecho y a su contenido específico. Es la OIT, en su calidad de organismo de las Naciones Unidas con competencia en la promoción de las normas del trabajo, que ha asumido la responsabilidad del establecimiento de los parámetros y de las disposiciones sustantivas del derecho a la seguridad social y de la asistencia a los Estados Miembros en la aplicación de este derecho. En cumplimiento de este mandato, merece la pena recordar que la CIT lanzó la Campaña Mundial sobre Seguridad Social y Cobertura para Todos en junio de 2003, cuyo contenido central es la promoción de un conjunto básico de garantías en materia de seguridad social.

El principal medio de acción disponible para el cumplimiento de su mandato constitucional y objetivos, de conformidad con lo dispuesto en la constitución de la OIT y en la Declaración de Filadelfia, son las normas internacionales del trabajo¹ y otros instrumentos orientadores que brindan una base legal para las políticas y acciones de la OIT. Cada uno de estos instrumentos han sido discutidos y aprobados por la Conferencia Internacional del Trabajo o, al menos, por el Consejo de Administración y contaron con el apoyo de una clara mayoría de sus órganos respectivos. La actividad normativa de la OIT puede así, ser entendida como una convicción de la comunidad mundial de que la justicia social debe ser abordada colectivamente y que no debería ser dejada a acuerdos bilaterales accidentales entre los Estados. Los propios convenios internacionales del trabajo sirven como líneas directrices o indicadores de referencia para la adopción de políticas sociales nacionales para los Estados Miembros que aún no los han ratificado. Es de la máxima importancia destacar que, una vez que un Estado Miembro ha ratificado un convenio, tiene la obligación de incorporarlo en la legislación nacional. La actividad normativa, es por tanto, un instrumento potencialmente poderoso en la política social global. Junto con su mandato constitucional, las normas constituyen la base de la asistencia de la OIT a sus Estados Miembros y representan la fuente última de su autoridad.

En el campo de la seguridad social, la OIT ha adoptado un cuerpo de instrumentos de seguridad social, cuya columna vertebral conceptual es el Convenio sobre la seguridad social (norma mínima), 1952 (núm. 102). Este Convenio constituyó una acción de seguimiento a la Recomendación sobre la seguridad de los medios de vida, 1944 (núm. 67) y a la Recomendación sobre la asistencia médica, 1944 (núm. 69), ambas adoptadas al mismo tiempo que la Declaración de Filadelfia. La Recomendación sobre la seguridad de los medios de vida, 1944 (núm. 67) dispone el otorgamiento de prestaciones en metálico para ocho de las contingencias clásicas² mediante el seguro social. Además, dispone para aquellos que no están cubiertos por los sistemas de seguro social, el otorgamiento de prestaciones básicas de asistencia social a través de la responsabilidad residual del Estado. Así, al brindar un seguro social complementario y mecanismos de asistencia social, la Recomendación sobre la seguridad de los medios de vida, 1944 (núm. 67), junto con la Recomendación sobre la asistencia médica, 1944 (núm. 69), establecen una red de protección integral de la seguridad

¹ Las normas internacionales del trabajo pueden tomar la forma de un convenio o de una recomendación (artículo 19 de la Constitución de la OIT).

² Las contingencias cubiertas por la Recomendación sobre la seguridad de los medios de vida, 1944 (núm. 67) son: enfermedad, maternidad, invalidez, vejez, muerte del jefe de familia, desempleo, gastos extraordinarios y daños (heridas o enfermedades) causados por el trabajo.

social para las personas necesitadas. Sin embargo, si bien codifican el principio de universalidad de la cobertura de la seguridad social, ambas Recomendaciones no ofrecen ninguna indicación clara en cuanto a la priorización del conjunto básico de garantías de seguridad social para los países con recursos y capacidades limitados.

El objetivo último del Convenio sobre la seguridad social (norma mínima), 1952 (núm. 102), que fue desarrollado a partir de la Recomendación sobre la seguridad de los medios de vida, 1944 (núm. 67) y la Recomendación sobre la asistencia médica, 1944 (núm. 69), es también la consecución de una cobertura universal de la seguridad social. No obstante, si bien el Convenio brinda unas orientaciones sólidas en relación con el nivel mínimo de prestaciones de seguridad social, en buena medida desde una perspectiva de seguridad social, el principio de universalidad de la Recomendación sobre la seguridad de los medios de vida, 1944 (núm. 67) y la Recomendación sobre la asistencia médica, 1944 (núm. 69), nunca fue traducido en una obligación legal vinculante, ni en el Convenio sobre la seguridad social (norma mínima), 1952 (núm. 102) ni en ningún otro convenio de seguridad social. En especial, el aspecto de asistencia social de la Recomendación sobre la seguridad de los medios de vida, 1944 (núm. 67), que complementa el componente de seguro social y otorga prestaciones básicas de asistencia social para la población no cubierta de otra manera, nunca fue más desarrollado en forma de un mecanismo concreto de orientación y vinculante. Así, ni el Convenio sobre la seguridad social (norma mínima), 1952 (núm. 102) ni ningún otro convenio de seguridad social prescribe con carácter obligatorio prestaciones básicas de seguridad social para aquellos que no están cubiertos por los sistemas de seguro social, por ejemplo los trabajadores ocasionales o los trabajadores de la economía informal y sus familias. Por otra parte, ninguno de estos convenios dispone la priorización de las prestaciones de seguridad social en forma de un conjunto básico de garantías de seguridad social.

Si bien la Campaña de la OIT para la extensión de la cobertura de la seguridad social para todas las personas necesitadas, está dotada de un claro fundamento constitucional, la pregunta que surge es si cuenta con un instrumento o mecanismo apropiado que sustente el asesoramiento concreto de la OIT en materia de políticas relativas a un conjunto básico de garantías de seguridad social. De un análisis de los instrumentos vigentes de seguridad social, parece que el Convenio sobre la seguridad social (norma mínima), 1952 (núm. 102) constituye una base sólida respecto de unas prestaciones de seguridad social más elevadas, otorgadas en buena medida a los trabajadores del sector formal y sus familias. El Convenio encarna una definición internacionalmente aceptada del campo de aplicación material de la seguridad social y, como tal, ha sido reconocido como símbolo del progreso social. Desempeña un papel clave en la definición del derecho a la seguridad social en virtud de instrumentos internacionales de derechos humanos y en particular del artículo 9 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales.

El impacto práctico del Convenio sobre la seguridad social (norma mínima), 1952 (núm. 102) en el ámbito nacional reviste también un enorme significado. Junto con los otros convenios de seguridad social, mediante las ratificaciones, desempeña un papel fundamental en el apoyo a los países a efectos de que mantengan el derecho a la seguridad social de los trabajadores y sirve como salvaguarda contra la erosión del marco social en tiempos de confusión. Debe también destacarse que los convenios de seguridad social actualizados, y en especial el Convenio sobre la seguridad social (norma mínima), 1952 (núm. 102), han tenido y aún tienen una repercusión positiva en el desarrollo de los regímenes de seguridad social en varios países a escala mundial y se utiliza como modelo para los instrumentos regionales. Un fortalecimiento de las actividades promocionales en los últimos años viene a confirmar el interés de los Estados Miembros de la OIT en la ratificación del emblemático Convenio sobre la seguridad social (norma mínima), 1952

(núm. 102) junto con los convenios más recientes de seguridad social³. Al respecto, es evidente que un mayor conocimiento y sensibilización entre los mandantes sobre los convenios y sus disposiciones específicas conduciría a un mayor número de ratificaciones. Otra característica importante es que constituyen herramientas adecuadas para la extensión de la seguridad social a todos, y a todos los países del mundo, mediante el establecimiento de objetivos de largo plazo en relación con los niveles de protección que han de alcanzarse en cada país. Al respecto, el Convenio sobre la seguridad social (norma mínima), 1952 (núm. 102), como convenio fundamental de seguridad social, constituye un objetivo de utilidad para la materialización del derecho a una seguridad social una vez que se haya puesto en práctica el conjunto básico de garantías de la seguridad social.

A pesar de la importancia capital del Convenio sobre la seguridad social (norma mínima), 1952 (núm. 102) y de la necesidad constante de su promoción, parece que los convenios vigentes de seguridad social, de hecho no son suficientes en sí mismos para apuntalar la consecución de la cobertura universal por medio de la aplicación de un conjunto básico de garantías de seguridad social. A la fecha, no han dado pruebas de ser muy eficaces en la orientación a los países hacia un marco de priorización y en la garantía del suministro de un conjunto básico de garantías de seguridad social a las personas necesitadas, al respecto, el nivel relativamente bajo de cobertura de la seguridad social a escala mundial por una parte, y el bajo porcentaje de ratificación de los convenios de seguridad social por los países en desarrollo, por otra parte, ponen de manifiesto la necesidad de una herramienta adicional para garantizar el derecho de toda persona a la seguridad social.

Ante esta situación, la comunidad internacional aún tiene que adoptar una orientación amplia que garantice que la OIT utilice plenamente los medios de acción principales y de mayor autoridad que tiene a su disposición, a saber el establecimiento de las normas internacionales del trabajo y los mecanismos de política vinculados. Sólo en ese momento, estará en condiciones de brindar unas orientaciones óptimas a sus mandantes para el establecimiento de un conjunto básico de garantías de seguridad social y para la extensión subsiguiente hacia una protección de la seguridad social más integral, incluido un nivel más elevado de seguridad del ingreso y mejores prestaciones de asistencia médica según las economías se vayan desarrollando más. Habida cuenta de que la extensión de la seguridad social requiere una planificación de largo plazo y un compromiso por parte de los grupos interesados en cada país, es de la máxima importancia la codificación de una visión de largo plazo a este respecto, en forma de un nuevo mecanismo que brinde orientaciones relativas a la priorización y a la progresividad y que complemente las normas vigentes de seguridad social. Sólo mediante un compromiso duradero pueden garantizarse los esfuerzos y las medidas para una extensión de la seguridad social a largo plazo. Ese nuevo mecanismo aumentaría asimismo la credibilidad y autoridad del asesoramiento en materia de políticas de la OIT a sus mandantes, un objetivo que no podría ser logrado a través de medios que podrían ser sólo de corto plazo. Además, en una época como la actual, de crisis global, los mandantes de la OIT reconocen la necesidad de un marco regulador global para garantizar que se observen las «reglas del juego». Con esta perspectiva, un nuevo mecanismo que acompañaría al conjunto de normas de seguridad social vigentes de la OIT, sería útil para completar el marco global de la seguridad social y brindaría a la comunidad internacional una gama completa de herramientas para dotar de sustancia al derecho a la seguridad social.

En consecuencia, los objetivos básicos perseguidos por el nuevo mecanismo tendrían una doble faceta:

³ Por ejemplo, Bulgaria que ratificó el Convenio sobre la seguridad social (norma mínima), 1952 (núm. 102) en 2008, Brasil que lo ha hecho en 2009, China y Mongolia que han solicitado la asistencia de la OIT en relación con una posible ratificación.

-
- en primer término, llevar a cabo la extensión de la seguridad social a todos, a saber, a aquellos que aún no están cubiertos por ninguno de los sistemas vigentes de seguridad social, mediante el otorgamiento de un **conjunto básico de garantías de seguridad social**, y como un medio para obtenerla, apuntar directamente al alivio de la pobreza. Como tal, constituiría una herramienta para garantizar la satisfacción de las necesidades básicas de los individuos. En lugar de articularse alrededor de las contingencias clásicas del Convenio sobre la seguridad social (norma mínima), 1952 (núm. 102), debería basarse en las necesidades de las personas y diseñarse de modo tal que pueda ayudar a que esas personas salgan de la pobreza;
 - en segundo término, debería ayudar a los países a avanzar hasta la **escalera de la seguridad social**, estableciendo etapas progresivas hacia niveles más elevados de protección de la seguridad social, específicamente una adecuada seguridad del ingreso y el acceso a los servicios de salud de todas las personas en la sociedad global, de modo que refleje adecuadamente los niveles de vida nacionales, los valores y la asequibilidad, tal como se dispone en el Convenio sobre la seguridad social (norma mínima), 1952 (núm. 102) y en las otras normas de seguridad social.

Esto implica que los niveles de protección de las normas ya convenidos habrán de mantenerse y fortalecerse para apoyar a la fuerza laboral global, a la población mundial y a las economías para que se adapten, habida cuenta del ritmo de los cambios establecido por la globalización. Es improbable que la globalización sea universalmente aceptada y que su pleno potencial para aumentar los niveles de bienestar sea totalmente explotado, si la gente sigue con un temor constante a las consecuencias de los cambios. La sociedad global con sus mercados globales requiere, con mayor urgencia que nunca normas globales de seguridad social. Se debe establecer un entorno mundial en el que todos estén en igualdad de condiciones en cuanto a la situación social mediante la actividad normativa a efectos de prevenir un movimiento hacia la baja de los sistemas sociales en el ámbito nacional. Un nuevo mecanismo podría ser parte de un marco legal internacional y podría además servir como un instrumento para una distribución justa de las ganancias procedentes de la globalización y prevenir una carrera hasta tocar fondo garantizándose el cumplimiento de ciertas normas. Como tal, podría constituir un aporte fundamental al fortalecimiento de los sistemas de seguridad social como estabilizadores sociales automáticos y a la protección de la erosión, lo que es sumamente importante en épocas de crisis económica. Este objetivo requeriría que niveles de protección más elevados que los definidos por un conjunto básico de garantías de la seguridad social debería ser puesto en práctica en la medida en que los países obtienen niveles más elevados de desarrollo económico y social. Como tal, el nuevo mecanismo no debe disminuir la pertinencia continua de los convenios vigentes especialmente del Convenio sobre la seguridad social (norma mínima), 1952 (núm. 102), y el marco existente de los principios de seguridad social, sino más bien servir como un primer paso para una ratificación más amplia y una aplicación de normas de seguridad social de niveles más altos.

Un requisito clave es que el nuevo mecanismo debería estructurarse de modo que permitiera una flexibilidad en su aplicación, haciendo posible en consecuencia, que los países alcanzaran progresivamente objetivos de niveles más elevados en la protección social. Sin embargo, respecto del conjunto básico de garantías de seguridad social, si bien se dispone flexibilidad en las modalidades y medidas necesarias para su aplicación, deberían darse los pasos inmediatos para iniciar el proceso de consecución del objetivo. En torno a esta cuestión, al tiempo que se consideren medios alternativas para la evaluación de los niveles de las prestaciones y la puesta en práctica del régimen, el nuevo mecanismo debería centrarse en los resultados deseados, el más importantes de los cuales debería consistir en garantizar una cobertura efectiva y un nivel adecuado de protección.

El nuevo mecanismo debería también seguir el enfoque basado en los derechos y utilizar los instrumentos de derechos humanos como fundamento ético y legitimidad

jurídica, al tiempo que dotaría de sustancia al derecho de todos a la seguridad social, tal y como se establece en los documentos constitucionales de la OIT y en los instrumentos de derechos humanos de las Naciones Unidas. De este modo se prestaría ayuda a los Estados Miembros para que cumplieran sus obligaciones internacionales en relación con el derecho a la seguridad social en virtud de una amplia gama de instrumentos.

El enfoque basado en los derechos requiere que los principios centrales de la seguridad social sean incluidos en el nuevo mecanismo. Estos principios centrales surgen del marco internacional de los derechos humanos y de los instrumentos de seguridad social de la OIT. Deberían consistir en los ya presentados en el capítulo 2 de la parte A, que en resumen incluyen, universalidad, equidad, suficiencia, idoneidad, progresividad e integralidad, responsabilidad general de los Estados de una buena gobernanza, solidaridad, financiación colectiva y redistribución, igualdad, reglas basadas en el derecho y participación de las personas protegidas.

A efectos de garantizar que se alcancen los objetivos y los resultados esperados del nuevo mecanismo, la OIT debe desempeñar un papel activo brindando orientación y asistencia a sus mandantes en el proceso de aplicación. A cambio, se prevé que la comunidad internacional deseará desempeñar un papel igualmente activo aportando los recursos necesarios para una aplicación exitosa.

En vista del papel del conjunto básico de garantías de seguridad social en el esfuerzo de lucha contra la pobreza y la exclusión, la adopción de un nuevo mecanismo debería ser considerado como un aporte fundamental de la OIT a la consecución de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM).

Existe una gama de opciones teóricas como posibles respuestas a las brechas observadas en el conjunto vigente de normas de seguridad social. Esto podría ir desde la opción de «no hacer nada», esperando que el mundo globalizado, sin un procedimiento normativo, conviniera en el trabajo decente con prácticas decentes de seguridad social, pasando por una modificación del conjunto de normas vigente («hacer lo que sea necesario») y por la adición de nuevas normas («hacer lo que se puede»), hasta la revisión completa de todas las normas de seguridad social y la integración de todas las disposiciones en un nuevo instrumento integral («hacer todo»).

La primera opción puede ser fácilmente descartada en base a la experiencia histórica. Es probable que los mercados — sin hablar de los mercados globales — no adopten buenas prácticas sociales o un alivio rápido de la pobreza como prioridad de sus políticas, sin unas directrices normativas externas o unos marcos legales. Tanto los actores de los mercados globales como las sociedades tienen necesidad de un conjunto de «reglas del juego» para crear una igualdad de condiciones que garantice una competencia justa y proteja las inversiones privadas y públicas contra el injusto *dumping* social y medioambiental de otros países. Sin reglas sociales para las empresas privadas, sería frecuente que esto último siguiera sucediendo, debido a la naturaleza de corto plazo de sus objetivos de ganancias que podría ser contraproducente para dar inicio a una senda de crecimiento estable de largo plazo mediante inversiones a largo plazo. «No hacer nada», no es una opción en una economía global cambiante en la que el individuo necesita protección.

De igual modo, «hacer todo» no parece ser una opción realista. En todo el mundo, la legislación sobre seguridad social se ha convertido, a lo largo del último siglo, en un conjunto más bien complejo de leyes y reglamentaciones. Esto se debe en gran medida, a la complejidad de la cuestión, es decir, al número amplio de contingencias y al vasto número de casos individuales diferentes de los que ha habido que ocuparse. Es difícil prever que todas las contingencias de seguridad social, que van del suministro de prestaciones de lucha contra la pobreza a reglas complejas que rigen para las pensiones de invalidez, puedan ser modificadas y constituir una norma única que también debería ser

dinámica y responder al nivel de desarrollo económico y social de una amplia gama de países. Una norma internacional general que abarcara a todas las áreas de la seguridad social, podría, por tanto, ser sólo de naturaleza muy general y tendría una influencia menos definida en los niveles de prestaciones nacionales concretos que aún ejerce el Convenio sobre la seguridad social (norma mínima), 1952 (núm. 102). Las disposiciones del emblemático Convenio sobre la seguridad social (norma mínima), 1952 (núm. 102) también establecieron, implícita o explícitamente (como en el caso del Código Europeo de Seguridad Social del Consejo de Europa), indicadores de referencia para los niveles de las prestaciones y para las condiciones requeridas para la adquisición de derechos en muchos dispositivos de las legislaciones nacionales o en la actividad normativa regional. Volver formalmente obsoleto del Convenio sobre la seguridad social (norma mínima), 1952 (núm. 102), debilitaría también probablemente los niveles y las condiciones nacionales de las prestaciones obtenidos que se encuentran en proceso de revisión en muchos países, a menudo como respuesta a las crecientes presiones competitivas de los mercados globales. La eliminación de indicadores de referencia internacionales podría acelerar más un proceso de «liberalización» de la legislación que podría tornarse incontrolable.

Esta última es una de las razones por las que la apertura de las disposiciones del Convenio sobre la seguridad social (norma mínima), 1952 (núm. 102) encuentra una implacable oposición del movimiento sindical mundial y de muchos expertos en seguridad social. El Convenio sobre la seguridad social (norma mínima), 1952 (núm. 102) ha pasado a ser un símbolo de los logros en materia de política social del siglo XX y cualquier intento de cambiar su estatus es visto con gran sospecha en tiempos en que vienen revisándose a la baja en muchos países los niveles de seguridad social. La oposición es tan fuerte que cualquier esfuerzo dirigido a modernizar las normas de seguridad social, a través de una apertura del Convenio sobre la seguridad social (norma mínima), 1952 (núm. 102), llevaría muy probablemente a un aborto político anticipado del proceso de modernización. De este modo, no es probable que la opción «hacer todo» sea viable en los años venideros.

De hecho, la revisión del Convenio sobre la seguridad social (norma mínima), 1952 (núm. 102) fue vigorosamente rechazado por la mayoría de los mandantes en el curso de las consultas informales, al menos en base a que el suministro de prestaciones universales de seguridad social siguiera el esquema más bien amplio que ofrecen la Recomendación sobre la seguridad de los medios de vida, 1944 (núm. 67) y la Recomendación sobre la asistencia médica, 1944 (núm. 69), incluso si permiten que se incorporen nuevos conceptos de seguridad social, por ejemplo niveles más elevados de actividad económica y el evitamiento de la dependencia de las prestaciones así como el estrechamiento de las brechas conocidas del Convenio sobre la seguridad social (norma mínima), 1952 (núm. 102). Además, el lenguaje del convenio revisado podría reflejar las necesidades y realidades sociales actuales y remediar otros inconvenientes del Convenio sobre la seguridad social (norma mínima), 1952 (núm. 102). Sin embargo, esta opción conlleva los mismos peligros de la opción de la consolidación, a saber, la reducción de los niveles explícitos de las prestaciones del Convenio sobre la seguridad social (norma mínima), 1952 (núm. 102), por cuanto no existe una garantía que el convenio revisado mantenga los mismos niveles de protección. Al mismo tiempo, debilitaría la defensa del nivel adecuado de la prestación mínima en un momento en que los niveles nacionales de prestaciones están sujetos a una revisión en muchos países. Tal y como se indicara anteriormente, la apertura del Convenio sobre la seguridad social (norma mínima), 1952 (núm. 102), tendría también efectos negativos indirectos en la medida en que el proceso debilitaría la vigencia legal y política de otros instrumentos legales internacionales o regionales, los cuales tienen como referencia básica al Convenio sobre la seguridad social (norma mínima), 1952 (núm. 102). Tampoco sería deseable que un instrumento sustituto corra el riesgo de no ser atractivo como vehículo para la ratificación, un peligro que tiene como ejemplo el caso del Código Europeo de Seguridad Social, revisado en 1994 a fin de dar respuesta a los nuevos retos expresados en las políticas actuales de seguridad social, pero que subsecuentemente no fue ratificado por ningún Estado miembro del Consejo de Europa, con el resultado de

que 15 años después de su adopción, aún no ha entrado en vigor para actualizar el Código de 1964.

Si bien quedó claro, tras las consultas con los mandantes que ni las opciones «no hacer nada» ni «hacer todo» eran las adecuadas, tampoco deberían debilitarse las normas vigentes relativas a las prestaciones fijadas por el Convenio sobre la seguridad social (norma mínima), 1952 (núm. 102), se alcanzó un amplio consenso en torno a la necesidad de promover un conjunto básico de garantías de seguridad social para todos, mediante la Campaña Mundial de la OIT, utilizando los distintos instrumentos de política de que dispone la OIT para la consecución de este objetivo.

Las siguientes opciones apuntan a explorar de qué manera pueden utilizarse los instrumentos de que dispone la OIT para proseguir con el mandato de extender a todos la cobertura de la seguridad social y modernizar, posiblemente complementando, las normas vigentes por medio de nuevos elementos y estrategias de promoción. La elección de los instrumentos trata de adherirse a los principios de:

- alivio de la pobreza como prioridad de las políticas social;
- garantía progresiva de niveles más elevados de protección, en consonancia con el desarrollo social y económico nacional;
- creación de un entorno de igualdad de condiciones en la economía global; y
- viabilidad política.

Opción 1: Diseño de una estrategia de promoción para una aplicación y una ratificación más amplias de las normas vigentes

Existe una discrepancia entre el reconocimiento de que el Convenio sobre la seguridad social (norma mínima), 1952 (núm. 102) y los convenios de seguridad social de tercera generación son instrumentos legales actualizados y la reticencia mostrada por muchos Estados Miembros para su ratificación. Tal y como se ha expuesto en los párrafos anteriores, esto puede deberse a una falta de conocimientos sobre estos instrumentos. Algunos Estados Miembros podrían no haber entendido plenamente su contenido e importancia o podrían sobreestimar las obligaciones derivadas de la ratificación; otros podrían encontrar dificultades en la comunicación de información estadística y en la presentación de memorias sobre su aplicación exigidas periódicamente.

En este orden de ideas, podría indicarse que un aumento de las actividades de promoción realizadas por la OIT podría traer consigo un aumento de ratificaciones. Las medidas de promoción adoptadas a este respecto deberían dirigirse, no sólo a los representantes de los mandantes de la OIT, sino también a una audiencia mucho más amplia.

Si bien las actividades de promoción podrían ser costosas para la OIT, debe tenerse en mente que las normas constituyen la herramienta fundamental de que dispone la OIT para el cumplimiento de su mandato y, en consecuencia, su promoción debería tener una adecuada financiación. Además, el hecho de que el impacto de las actividades de promoción se encuentra estrechamente vinculado con la voluntad política de los Estados Miembros, no debería ser visto como un obstáculo para su realización, puesto que unas decisiones políticas equilibradas en el ámbito nacional requieren una amplia gama de informaciones.

A tales fines, debería desarrollarse una nueva estrategia de promoción en el marco de la Campaña Mundial, que podría incluir las siguientes actividades:

-
- la promoción del derecho humano universal a la seguridad social, el mandato para promover la cobertura universal, de conformidad con las líneas definidas en la Declaración de Filadelfia y en la Recomendación sobre la seguridad de los medios de vida, 1944 (núm. 67) y la Recomendación sobre la asistencia médica, 1944 (núm. 69), como fundamento de un piso de seguridad social y de los procesos nacionales de diseño de la seguridad social;
 - el suministro de asistencia técnica a los Estados Miembros para permitirles la ratificación de los convenios de seguridad social actualizados y la preparación de las memorias sobre la aplicación de esos convenios, y, de ser necesario, una asistencia para la compilación de las estadísticas pertinentes;
 - la formación de los mandantes en los convenios de seguridad social y en las implicaciones y las obligaciones vinculadas con su ratificación;
 - la redacción del material con la información pertinente (por ejemplo, comentarios legales sobre el Convenio sobre la seguridad social (norma mínima), 1952 (núm. 102), guía sobre las mejores prácticas, etc.);
 - la difusión de la información sobre las normas de seguridad social a través de los medios de comunicación.

Opción 2: Desarrollo de un nuevo instrumento autónomo de seguridad social (convenio o recomendación que disponga el derecho universal a un conjunto básico de garantías de seguridad social para todas las personas necesitadas (convenio o recomendación de asistencia social)

El desarrollo de un nuevo convenio, que complemente los instrumentos de seguridad social vigentes y otorgue a todos un paquete de prestaciones básicas, tendría la ventaja de que aquellos países que aún no estuviesen en condiciones de ratificar el Convenio sobre la seguridad social (norma mínima), 1952 (núm. 102), pudieran ratificar el nuevo convenio, extendiendo, en consecuencia, la cobertura de la seguridad social. Un convenio separado que otorgara prestaciones básicas podría ser más atractivo para los mandantes que una sola estrategia promocional de ratificación. Ellos estarían directamente involucrados en la formulación del instrumento y podrían realizar aportaciones con arreglo a sus necesidades, prioridades y capacidades para establecer los indicadores de referencia y la progresividad a efectos de alcanzar niveles más elevados de protección. La adopción del instrumento en la CIT, le conferiría también un grado más alto de credibilidad. Respecto de la elección del instrumento, un convenio tendría la ventaja significativa de crear obligaciones vinculantes para los Estados Miembros y su aplicación estaría sujeta a una revisión periódica; así, se convertiría en el medio más efectivo para garantizar la extensión de la cobertura de la seguridad social a todos. Un instrumento legal vinculante parece ser especialmente idóneo para garantizar un terreno en igualdad de condiciones en la economía global en todos los niveles. Respondería también al doble objetivo de, en primer término, asegurar el conjunto mínimo de garantías de seguridad social y, en segundo término, que se cumpla el avance hacia arriba en la escalera para obtener mejores niveles de protección. En comparación, una recomendación no tendría un carácter vinculante y pocas implicaciones políticas y, por tanto, podría encontrar una mayor aceptación. Cualquiera sea la forma que se adoptara para el instrumento, debería complementar el Convenio sobre la seguridad social (norma mínima), 1952 (núm. 102) y orientar a los Estados Miembros hacia una aplicación progresiva, de tal modo que sirviera como una herramienta para la aplicación progresiva y la futura ratificación del Convenio sobre la seguridad social (norma mínima), 1952 (núm. 102). Al respecto, el Convenio sobre la edad mínima, 1973 (núm. 138) en conjunción con el Convenio sobre las peores formas de trabajo infantil, 1999 (núm. 182), podrían ser ejemplos valiosos.

Opción 3: Desarrollo de un nuevo instrumento vinculado con el Convenio sobre la seguridad social (norma mínima), 1952 (núm. 102) (Protocolo) que otorgara a todos el derecho universal a un conjunto básico de garantías de seguridad social

La tercera opción podría ser la adopción de un Protocolo al Convenio sobre la seguridad social (norma mínima), 1952 (núm. 102). Tal Protocolo podría prever un conjunto básico de garantías de seguridad social a ser aplicadas con carácter prioritario con el fin de extender la seguridad social a todos y de fortalecer el elemento progresivo del Convenio sobre la seguridad social (norma mínima), 1952 (núm. 102). Podría también ser utilizado para rectificar algunas de las irritaciones políticas surgidas del uso del lenguaje de los convenios de la década de los cincuenta, que algunos mandantes perciben como obsoleto o incluso sexista. Sin embargo, esta opción tiene la desventaja de que un Protocolo al Convenio sobre la seguridad social (norma mínima), 1952 (núm. 102) sólo podría ser ratificado por los Estados Miembros que también hubiesen ratificado el Convenio núm. 102. Al respecto, el Protocolo podría ofrecer un escaso o ningún valor añadido por cuanto la mayoría de los países que ya han ratificado el Convenio sobre la seguridad social (norma mínima), 1952 (núm. 102) ya cuentan con un sistema establecido de asistencia social

Opción 4: Desarrollo de un instrumento general no vinculante (marco multilateral) que establezca los principios centrales de la seguridad social y que defina los elementos de un conjunto básico de garantías de seguridad social

Esta opción podría ser ejecutada mediante la elaboración de un marco multilateral no vinculante sobre la base del modelo del marco desarrollado en relación con el tema de las migraciones laborales, y con un contenido similar a las opciones 2 y 3, estableciendo así el núcleo de los principios de la seguridad social, el conjunto básico de garantías de seguridad social para todos y el desarrollo progresivo hacia niveles más elevados de protección. Tal mecanismo no requeriría una decisión formal de la Conferencia Internacional del Trabajo pero podría ser aprobado por el Consejo de Administración. Como en el caso de las opciones 2 y 3, este mecanismo dotaría todavía a la Campaña Mundial de la OIT de un mandato más explícito que el formulado en las Conclusiones de la Conferencia Internacional del Trabajo de 2001, pero debe esperarse que tenga un menor peso en los procesos de diseño de las políticas nacionales y un menor potencial para crear «igualdad de condiciones» para los países que compiten en la economía global. Además, podría dar pruebas de tener un menor impacto en la garantía de niveles progresivamente más elevados de protección en comparación con las otras opciones.

Si bien los mandantes reconocieron por unanimidad la necesidad de promover el conjunto básico de garantías de la seguridad social y de fortalecer los instrumentos vigentes de seguridad social a través de actividades promocionales intensificadas, la identificación de la mejor opción o combinación de las mismas para la consecución de estos objetivos conjuntos requerirá una evaluación cuidadosa y completa y discusiones en profundidad en la reunión técnica tripartita de expertos. La OIT ha estado siempre, desde su creación en 1919, a la vanguardia en la definición del derecho a la seguridad social por medio de la elaboración y de la adopción de normas internacionales de seguridad social. Este momento es oportuno para que la Organización reafirme su posición de liderazgo mediante la adopción de un nuevo instrumento o mecanismo que asegure la aplicación de un conjunto básico de garantías de seguridad social. De este modo, la OIT se convertiría en un aporte fundamental al cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo del Milenio y, a través del papel del nuevo instrumento mecanismo como medio de herramienta para el alivio de la pobreza, fortaleciendo la capacidad de los gobiernos de los países de bajos ingresos de negociar un apoyo adecuado de los donantes.