

---

# **ESS — Extensión de la Seguridad Social**

## **Coordinación institucional y pisos de protección social**

Experiencias de América Latina  
(Argentina, Brasil, Chile, México, Uruguay)

Documento dirigido por  
Helmut Schwarzer  
Lou Tessier  
Sarah Gammage

**ESS Documento n°40**

Oficina Internacional del Trabajo, Ginebra

---

Copyright © Organización Internacional del Trabajo 2014

Primera edición 2014

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, a 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](mailto:pubdroit@ilo.org), solicitudes que serán bien acogidas.

Reservados todos los derechos. Queda prohibida la transferencia o reproducción del disco o de cualquier parte del material que contiene, en ninguna forma y por ningún medio, ya sea mediante venta, arrendamiento o alquiler, préstamo o donación, sin el consentimiento previo de la OIT.

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](http://www.ifro.org) puede encontrar la organización de derechos de reproducción de su país.

---

#### *Datos de catalogación en publicación de la OIT*

Schwarzer, Helmut; Tessier, Lou; Gammage, Sarah

Coordinación institucional y pisos de protección social : experiencias de América Latina : Argentina, Brasil, Chile, México, Uruguay / Helmut Schwarzer; Lou Tessier; Sarah Gammage ; Oficina Internacional del Trabajo - Ginebra : OIT, 2014.

ESS paper, No. 40; ISSN 1020-9581 ; 1020-959X (web pdf)

International Labour Office.

protección social / seguridad social / administración de la seguridad social / política de seguridad social / legislación de seguridad social / Argentina / Brasil / Chile / Mexico / Uruguay

02.03.1

---

La edición de estas series se encuentra a cargo de la Directora del Departamento de Protección Social de la OIT. Para solicitar más información sobre las series o para presentar un documento, póngase en contacto con:

Isabel Ortiz, Directora del Departamento de Protección Social  
Organización Internacional del Trabajo  
4 Route des Morillons  
CH-1211 Ginebra 22 Suiza  
Telf. +41.22.799.6226 • Fax:+41.22.799.79.62  
Correo electrónico: [ortizi@ilo.org](mailto:ortizi@ilo.org)

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.

El usuario acepta que las partes han puesto este material a su disposición sin garantía de ningún tipo. Las partes no aceptan responsabilidad alguna por las consecuencias que pueda tener la utilización de esos datos o del material que contiene el CD-ROM. Ni los autores ni la OIT o las instituciones que colaboraron con ellos pueden ser responsabilizados por los daños u otras reclamaciones y demandas que puedan plantearse a raíz del uso de dichos datos.

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 pidiéndolos 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](mailto:pubvente@ilo.org)

Vea nuestro sitio en la red: [www.ilo.org/publns](http://www.ilo.org/publns)

---

Producido en Suiza.

---

## Prefacio

La presente publicación forma parte del trabajo de investigación sobre los aspectos clave de la puesta en práctica de pisos de protección social. Una labor iniciada por la Oficina Internacional del Trabajo (OIT) tras la adopción, casi por unanimidad, de la Recomendación sobre los pisos de protección social, 2012 (núm. 202) durante la 101.<sup>a</sup> reunión de la Conferencia Internacional del Trabajo, en junio de 2012. La adopción de esta nueva norma internacional del trabajo es el fruto de un consenso obtenido al cabo de un decenio, a partir del lanzamiento de la Campaña Mundial sobre Seguridad Social y Cobertura para Todos; de una serie de investigaciones, consultas tripartitas en los planos mundial, regional y nacional; y actividades conjuntas con las organizaciones hermanas del sistema de Naciones Unidas, instituciones financieras internacionales y organizaciones de la sociedad civil.

La estrategia bidimensional de la OIT aporta una clara orientación sobre el desarrollo futuro de la seguridad social en los países a todos los niveles de desarrollo. La dimensión horizontal tiene por finalidad establecer y mantener pisos de protección social como un elemento fundamental de los sistemas nacionales de seguridad social. La dimensión vertical apunta a aplicar estrategias de extensión de la seguridad social que aseguren progresivamente niveles más elevados de protección al mayor número de personas posible, con arreglo a las orientaciones de las normas de la OIT en la materia. Juntas, ambas dimensiones tienen como objetivo establecer unos sistemas de seguridad social que estén en consonancia con las prioridades, los recursos y las circunstancias nacionales. En este contexto, la coordinación institucional, en sus distintos niveles (entre ministerios de tutela, entre instituciones de protección social, entre regímenes, entre y con entidades descentralizadas, etc.), se revela un tema clave para la construcción de sistemas de protección social integrales.

Los estudios de caso que componen esta publicación fueron presentados y discutidos durante el seminario regional «El rol de los pisos de protección social en los sistemas integrales de seguridad social en América Latina y el Caribe», organizado por la Oficina Regional de la OIT para América Latina y el Caribe y la Oficina Panamericana de la Salud en agosto de 2013 en Lima, Perú. La publicación incluye asimismo los resultados de las discusiones sobre la coordinación institucional sostenidas en el marco del seminario. Esperamos que este documento sea útil a los profesionales de la seguridad social en América Latina y en todos los países dedicados en desarrollar sistemas de protección social integrales, incluidos pisos de protección social.

Isabel Ortiz  
Directora

Departamento de Protección Social  
Oficina Internacional del Trabajo

Elizabeth Tinoco  
Directora

Dirección Regional para América Latina y el Caribe  
Oficina Internacional del Trabajo



---

## Índice

	<i>Página</i>
Prefacio.....	iii
Agradecimientos.....	xi
Acrónimos y siglas .....	xi
1. Coordinación institucional y pisos de protección social en América Latina: una introducción.....	1
1.1. Pisos de protección social: definición, marco legal y necesidad de coordinación.....	1
1.2. Las experiencias de algunos países latinoamericanos: buenas prácticas y desafíos .....	5
1.2.1. Perfiles de Argentina, Brasil, Chile, México y Uruguay en términos de protección social .....	6
1.2.2. Coordinación institucional en protección social en Argentina, Brasil, Chile, México y Uruguay .....	11
Referencias .....	16
2. La práctica de los mecanismos de coordinación interinstitucional de los pisos de protección social: el caso de Argentina .....	17
2.1. Introducción .....	17
2.2. Conceptualización, coordinación e integración para el PPS .....	17
2.2.1. La coordinación e integración de políticas sociales .....	17
2.2.2. Atributos de un sistema de coordinación e integración de intervenciones sociales .....	19
2.2.3. La búsqueda de la efectividad en las intervenciones sociales .....	20
2.2.4. El PPS como herramienta de planificación, integración y coordinación de las intervenciones públicas.....	21
2.3. El piso de protección social en la Argentina actual .....	21
2.3.1. Garantía de atención de salud esencial .....	23
2.3.2. Garantía del ingreso para la niñez .....	26
2.3.3. Garantía de seguridad del ingreso a la población activa.....	28
2.4. Las instituciones formales vinculadas al PPS y la coordinación interinstitucional .....	35
2.4.1. El Consejo Nacional de Coordinación de Políticas Sociales.....	35
2.4.2. Los Consejos Federales .....	37
2.4.3. La Administración Nacional de la Seguridad Social.....	39
2.4.4. La Superintendencia de Servicios de Salud.....	40
2.4.5. Los mecanismos de coordinación institucional vinculados por la Asignación Universal por Hijo.....	41
2.5. Lecciones aprendidas, temas pendientes.....	43
2.5.1. Lecciones aprendidas.....	43
2.5.2. Temas pendientes .....	46
2.6. Conclusión .....	47
Referencias .....	48

3.	Coordinación institucional, protección social y mínimos sociales en Brasil .....	51
3.1.	Introducción .....	51
3.2.	El sistema de seguridad social en Brasil .....	52
3.2.1.	Marco institucional de la seguridad social en Brasil .....	52
3.2.2.	El diseño de la seguridad social brasileña: seguro social contributivo, salud universal, asistencia social focalizada .....	54
3.2.3.	Nivel de cobertura de la seguridad social .....	61
3.2.4.	Deficiencias de la seguridad social brasileña .....	63
3.3.	Plan Brasil sin Miseria y coordinación interinstitucional .....	64
3.3.1.	Diseño y desafíos del Plan Brasil sin Miseria .....	64
3.3.2.	La gestión del Plan Brasil sin Miseria .....	71
3.3.3.	Estructura de gestión de Plan Brasil sin Miseria .....	72
3.3.4.	La coordinación de las políticas sociales de lucha contra la pobreza y la seguridad social .....	74
3.4.	Conclusión .....	75
	Referencias .....	76
4.	La práctica de los mecanismos de coordinación interinstitucional de los pisos de protección social: el caso de Chile.....	79
4.1.	Introducción .....	79
4.2.	Estructura y garantías básicas del Piso de Protección Social en Chile .....	80
4.2.1.	Cumplimiento de las garantías básicas del piso de protección social en Chile.....	86
4.2.2.	El acceso a garantías del piso de protección social. Instrumentos de focalización diferenciados según prestaciones .....	92
4.3.	El Sistema Integrado de Información Social como mecanismo de coordinación interinstitucional.....	94
4.4.	Marco legal y diseño institucional de los mecanismos de coordinación en el pilar no contributivo de la protección social .....	96
4.5.	El modelo de gestión Chile Solidario como diseño de referencia para la coordinación Intersectorial.....	104
4.5.1.	Modelo de implementación territorial de Chile Solidario .....	109
4.5.2.	Modelo de gestión y coordinación intersectorial territorial de CHS .....	110
4.6.	Logros, lecciones y aprendizajes de las prácticas de coordinación interinstitucional CHS.....	113
4.7.	Conclusión .....	115
	Referencias .....	117
5.	Una aproximación a los instrumentos de coordinación y articulación de la política de protección y desarrollo social en México.....	121
5.1.	Introducción.....	121
5.2.	Protección social en México y mecanismos de articulación de políticas de desarrollo social vinculadas a la protección social.....	121
5.2.1.	Enfoques de la política social .....	124

5.2.2. La política social en México y mecanismos de articulación .....	125
5.3. Programas vinculados a la protección social .....	130
5.3.1. Pensión para los adultos mayores .....	130
5.3.2. Sistema Nacional de Protección Social en Salud .....	133
5.3.3. PROGRESA/Oportunidades.....	136
5.4. Evaluación de la política de desarrollo social.....	140
5.4.1. Contexto .....	140
5.4.2. Evaluación de la política social y la LGDS .....	141
5.4.3. El CONEVAL y el andamiaje institucional de evaluación .....	143
5.5. Conclusión .....	145
Referencias .....	145
6. Coordinación interinstitucional y piso de protección social.....	151
6.1. Introducción .....	151
6.2. El contexto social en el Uruguay .....	152
6.3. Los programas dirigidos a los grupos vulnerables: el Plan de Equidad y la Red de Asistencia e Integración Social (RAIS) .....	156
6.3.1. Breve historia del Plan de Equidad y su contexto de referencia.....	156
6.3.2. La agenda social del primer gobierno del Frente Amplio y los cambios procesados en el actual período .....	159
6.3.3. La RAIS y sus programas .....	160
6.4. Los principales ámbitos de coordinación de los programas dirigidos a grupos vulnerables .....	168
6.4.1. El Ministerio de Desarrollo Social y la coordinación en el área social .....	168
6.4.2. Los espacios de coordinación .....	169
6.4.3. El Consejo Nacional de Políticas Sociales (CNPS).....	172
6.4.4. La coordinación de los programas sociales prioritarios .....	175
6.4.5. Evaluación de los programas sociales y desarrollo de los sistemas de información como sustento de la coordinación .....	176
6.5. Cuellos de botella para la coordinación .....	177
6.6. Conclusión .....	179
6.7. Anexos .....	182
Anexo 1. Listado de personas entrevistadas en el marco del estudio.....	182
Anexo 2: Programas sociales incluidos en el Plan de Equidad .....	182
Anexo 3: Cuadros analíticos de los programas de asistencia social .....	186
Anexo 4: Principales ámbitos de coordinación y articulación en los que participa el MIDES .....	188
Referencias .....	190
7. Conclusiones .....	193

---

**Cuadros**

3.1.	Bolsa Familia: línea de pobreza y valor mensual de las prestaciones, 2012.....	59
3.2.	Valor de las prestaciones monetarias de seguridad social, 2005-2012 .....	61
3.3.	Parámetros de financiamiento, componentes básico y adicional, 2013 .....	69
4.1	Piso de protección social en Chile.....	82
4.2.	Cobertura Programas Chile Solidario (cifras acumulativas año a año) .....	85
4.3.	Gasto y cobertura Chile Solidario e Ingreso Ético Familiar .....	89
4.4.	Evolución de instrumentos de focalización.....	93
4.5.	Leyes y programas dirigidos a combatir la extrema pobreza y/o vulnerabilidad.....	98
4.6.	Nueva institucionalidad ministerial.....	100
4.7.	Coordinación intersectorial horizontal .....	101
4.8.	Coordinación Intersectorial de Programas .....	103
4.9.	Modalidades de gestión de la coordinación intersectorial.....	108
5.1.	Población por condición de afiliación a la seguridad social, nacional, 2009 .....	122
5.2.	Población afiliada por tipo de institución, 2009, nacional .....	123
5.3.	Programas correspondientes a cada vertiente de la estrategia Contigo.....	128
5.4.	Indicadores básicos de población pensionada, nacional, 2009 .....	131
5.5.	Programa de Pensión para Adultos Mayores de la SEDESOL .....	132
5.6.	Tipo de servicio médico al que se acudió más frecuentemente en el último año, 2009.....	133
6.1.	Indicadores del mercado de trabajo, 1995-2012 .....	154
6.2.	Organismos responsables de los programas sociales del Plan de Equidad .....	158
6.3.	Número de programas de asistencia social por institución .....	163
6.4.	Instrumentos de política utilizados en los programas de asistencia social.....	164
6.5.	Tamaño de los programas según cantidad de unidades receptoras .....	166
6.6.	Participación del programa en algún plan o sistema de coordinación o articulación formalizado.....	167
6.7.	Tipo de vinculación del programa de asistencia social con el plan o sistema.....	167

---

## Gráficos

1.1. La estrategia bidimensional para la extensión de la seguridad social .....	2
1.2. Gasto público en protección social (como porcentaje del PIB) .....	6
1.3. Personas que reciben una pensión de vejez, año más reciente disponible .....	7
1.4. Contribuyentes activos a regímenes de pensiones, año más reciente disponible .....	8
1.5. Niveles de pensión no contributiva, programas seleccionados, 2012 .....	8
1.6. Gasto total en salud per cápita, con exclusión del gasto de bolsillo, 2010 .....	9
1.7. Cobertura y cobertura ajustada de protección social en salud , último año disponible.....	10
1.8. Cobertura efectiva de los principales programas de prestaciones familiares no contributivas, último año disponible, 2011 ó 2012, según el programa.....	11
2.1. Instancias de coordinación para el piso de protección social .....	19
2.2. Asignación Universal por Hijo, cobertura efectiva de hogares.....	42
3.1. Número de beneficiarios del seguro social (jubilaciones y pensiones), 2005-2012.....	55
3.2. Evolución del gasto federal per cápita con acciones y servicios de salud pública.....	57
3.3. Número de beneficiarios de la BPC (adultos mayores y discapacitados) y gasto total anual, 2005-2012 .....	58
3.4. Distribución por tipo de prestaciones de Bolsa Familia, 2013.....	59
3.5. Evolución del gasto de Bolsa Familia, 2005-2012.....	60
3.6. Distribución regional de las prestaciones de Bolsa Familia, 2012.....	60
3.7. Distribución de las personas pobres por grupo de edad, 2001-2011.....	61
3.8. Estructura de gestión del Plan Brasil sin Miseria.....	73
4.1. Principales componentes del pilar no contributivo de la protección social en Chile .....	84
4.2. Cambios en la institucionalidad de la coordinación intersectorial .....	113
5.1. Hogares sin cobertura de programas sociales ni seguridad social, nacional, 1996-2010.....	123
5.2. Presupuesto asignado al Seguro Popular (en millones de pesos), 2004-2012.....	134
5.3. Esquema tripartito de aportación anual por persona, 2012 .....	135
5.4. Crecimiento acumulado de afiliados al Seguro Popular (en millones), 2004-2012 .....	135
5.5. Presupuesto del Programa Oportunidades (en miles de millones de pesos), 1997-2012.....	138
5.6. Cobertura de Oportunidades (millones de hogares), 1997-2012.....	139

---

6.1.	Producto Interno Bruto (en miles de pesos a precios constantes de 2005), 1995-2011 .....	153
6.2.	Evolución de la pobreza y de la indigencia, 2001-2012.....	153
6.3.	Ocupados no registrados a la seguridad social, 2006-2012.....	155
6.4.	Evolución del índice de Gini, 1993-2010.....	155
6.5.	Incidencia de la pobreza, 2012, según grupos de edad, total país.....	156
6.6.	Representación gráfica de la RAIS .....	161
6.7.	Criterios etarios de atención de los programas de asistencia social .....	165
6.8.	Mapa de espacios de coordinación del MIDES.....	170
6.9.	El Gabinete Social, sus consejos y comisiones .....	173

### **Recuadros**

5.1.	Mecanismos utilizados por el SPSS para dar cobertura en salud a la población .....	136
5.2.	Objetivos del PROGRESA .....	137
5.3.	Principales resultados de PROGRESA/Oportunidades según las evaluaciones externas de impacto (2001-2006) .....	140

---

## Acrónimos y siglas

CEPAL	Comisión Económica para América Latina y el Caribe
ODM	Objetivos de Desarrollo del Milenio
OIT	Organización/Oficina Internacional del Trabajo
OMS	Organización Mundial de la Salud
PPS	Piso de protección social
<b>Argentina</b>	
AFIP	Administración Federal de Ingresos Públicos
ANSES	Administración Nacional de la Seguridad Social
AUH	Asignación Universal por Hijo
CNCPS	Consejo Nacional de Coordinación de Políticas Sociales
COFESA	Consejo Federal de Salud
MTEySS	Ministerio de Trabajo, Empleo y Seguridad Social
REPRO	Recuperación Productiva
SSS	Superintendencia de Servicios de Salud
UDAI	Unidad de Atención Integral
<b>Brasil</b>	
ACESSUAS- Trabalho	Programa Nacional de Promoción del Acceso al Mundo del Trabajo
ANFIP	Asociación federal de auditores Fiscales de la Receta Federal de Brasil
BPC	Prestación en especies continua
CC	Casa Civil de la Presidencia
CNAS	Consejo Nacional de la Asistencia Social
CRAS	Centro de Referencia de la Asistencia Social
CREAS	Centro de Referencia Especializado de la Asistencia Social
INSS	Instituto Nacional de Seguridad Social
LOAS	Ley Orgánica de la Asistencia Social
MDS	Ministerio de Desarrollo Social y Combate al Hambre
MEC	Ministerio de Educación
MF	Ministerio de Hacienda
PAB	Piso de Atención Básica
PAC	Programa de Aceleración del Crecimiento
PNAD	Encuesta Nacional de Hogares
PNAS	Política Nacional de Asistencia Social
PRONATEC	Programa Nacional de Acceso a la Educación Técnica y al Empleo
RGPS	Régimen General de Previsión Social
RPPS	Régimen Público de Previsión Social

---

SEBRAE	Servicio Brasileño de Apoyo a las Micro y Pequeñas Empresas
SENAC	Servicio Nacional de Aprendizaje Comercial
SENAI	Servicio Nacional de Aprendizaje Industrial
SENARC	Secretaría Nacional de Ingreso de Ciudadanía
SESEP	Secretaría Extraordinaria para la Superación de la Extrema Pobreza
SNAS	Secretaría Nacional de Asistencia Social
SUAS	Sistema Único de Asistencia Social
SUS	Sistema Único de Salud
<b>Chile</b>	
APS	Aporte Previsional Solidario
AUGE	Acceso Universal con Garantías Explícitas de Salud
CAS	Comités de Asistencia Social
CASEN	Encuesta de Caracterización Socioeconómica Nacional
CHCC	Chile Crece Contigo
CHS	Chile Solidario
DIDECO	Oficinas Municipales
FONASA	Fondo Nacional de Salud
FOSIS	Fondo de Solidaridad e Inversión Social
FPS	Ficha de Protección Social
IEF	Ingreso Ético Familiar
ISAPRE	Instituciones de Salud Previsional
MDS	Ministerio de Desarrollo Social
OPD	Oficina de Promoción de derechos
PAME	Apoyo al microemprendimiento
PBS	Pensión Básica Solidaria
PMAS	Pensión Máxima con Aporte Solidario
PNAC	Programa Nacional de Alimentación Complementaria
RIS	Registro de Información Social
SIIS	Sistema Integrado de Información Social
SUF	Subsidio Único Familiar
UIF	Unidad de Intervención Familiar
<b>México</b>	
CAUSES	Catálogo Universal de Servicios de Salud
CESOP	Centro de Estudios Sociales y de Opinión Pública
CIDE	Centro de Investigación y Docencia Económica
CONAFE	Consejo Nacional de Fomento Educativo
CONEVAL	Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social

---

COPLAMAR	Coordinación General del Plan Nacional de Zonas Deprimidas y Grupos Marginados
DOF	Diario Oficial de la Federación
FCE	Fondo de Cultura Económica
FLACSO	Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales
FPGC	Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos
FPP	Fondo de Previsión Presupuestal
IMSS	Instituto Mexicano del Seguro Social
INEGI	Instituto Nacional de Estadística y Geografía
ISSSTE	Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado
LGDS	Ley General de Desarrollo Social
PAL	Programa de Apoyo Alimentario
PEF	Presupuesto de Egresos de la Federación
PEMEX	Petróleos Mexicanos
PIDER	Programa de Inversiones Públicas para el Desarrollo Rural Integral
PROGRESA	Programa de Educación, Salud y Alimentación
PRONASOL	Programa Nacional de Solidaridad
SAGARPA	Secretaría de Agricultura, Ganadería, Desarrollo Rural, Pesca y Alimentación
SAM	Sistema Alimentario Mexicano
SEDESOL	Secretaría de Desarrollo Social
SEP	Secretaría de Educación Pública
SFP	Secretaría de la Función Pública
SHCP	Secretaría de Hacienda y Crédito Público
SPSS	Sistema de Protección Social en Salud
<b>Uruguay</b>	
AFAM	Asignaciones Familiares
ANEP	Administración Nacional de Educación Pública
ANEP-CODICEN	Administración Nacional de Educación Pública - Consejo Directivo Central
ANONG	Asociación Nacional de Organizaciones No Gubernamentales Orientadas al Desarrollo
ASSE	Administración de los Servicios de Salud del Estado
BPS	Instituto de Seguridad Social
CAIF	Centros de Atención Integral a las Familias
CLACSO	Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales
CNPS	Consejo Nacional de Políticas Sociales
DINEM	Dirección Nacional de Evaluación y Monitoreo

---

ENIA	Estrategia Nacional de Infancia y Adolescencia
ICD	Instituto de Comunicación y Desarrollo
INAU	Instituto del Niño y Adolescente del Uruguay
INE	Instituto Nacional de Estadística
INEFOP	Instituto Nacional de Empleo y Formación Profesional
INFAMILIA	Programa de Infancia y Familia
INJU	Instituto Nacional de la Juventud
ISTR	International Society for Third-Sector Research
MDN	Ministerio de Defensa Nacional
MEC	Ministerio de Educación y Cultura
MEF	Ministerio de Economía y Finanzas
MI	Mesas Interinstitucionales
MIDES	Ministerio de Desarrollo Social
MSP	Ministerio de Salud Pública
MTD	Ministerio de Turismo y Deporte
MTSS	Ministerio de Trabajo y Seguridad Social
MVOTMA	Ministerio de Vivienda, Ordenamiento Territorial y Medio Ambiente
OPP	Oficina de Planeamiento y Presupuesto
OSC	Organizaciones de la sociedad civil
OSE	Obras Sanitarias del Estado
PANES	Plan de Atención Nacional a la Emergencia Social
RAIS	Red de Asistencia para la Inclusión Social
SIIAS	Sistema de Integrado de Información del Área Social
UCC	Uruguay Crece Contigo
UdelaR	Universidad de la República
UNU-WIDER	United Nation University - World Institute for Development Economic Research

---

## Agradecimientos

Los autores agradecen a los especialistas en seguridad social de la OIT de América Latina por su apoyo en el desarrollo de esta publicación, y en particular a Fabio Bertranou y Pablo Casalí.

Desean agradecer también a Christine Bockstal por su apoyo, así como a Fabio Durán Valverde y Florence Bonnet; a todas las personas que contribuyeron a la publicación de este documento, y en particular a Karuna Pal, Andjali Cochet, Verena Damerau, José Maurizio Dellepiane, Olivia De Vendevre, Lisandro Nanzer, Victoria Giroud-Castiella, Jennyffer Pfister e Ivón García.

La presente publicación ha sido realizada con el apoyo financiero del Ministerio de Trabajo de la República Francesa.



---

# 1. Coordinación institucional y pisos de protección social en América Latina: una introducción

*Helmut Schwarzer, Lou Tessier, Sarah Gammage*

Hoy en día, el 80 por ciento de la población mundial no goza de las garantías sociales que le permitan hacer frente a los riesgos de la vida. Garantizar una protección social para estas personas es una necesidad. La protección social contribuye al crecimiento económico mediante el aumento de la productividad laboral y la mejora de la estabilidad social. En tiempos de crisis, un piso de protección social (PPS) actúa como estabilizador económico y social automático. Además, invertir en un PPS es invertir en la justicia social y en el desarrollo sostenible, equitativo e inclusivo.

Reconociendo la importancia y la necesidad de sistemas de protección social adecuados, la Junta de Jefes Ejecutivos del Sistema de las Naciones Unidas para la Coordinación adoptó en abril de 2009 la Iniciativa del Piso de Protección Social como una de sus nueve prioridades para hacer frente a la crisis mundial. El concepto de PPS ha ganado también un reconocimiento significativo por parte de varios organismos y foros internacionales como la Cumbre sobre los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) en 2010, la Resolución sobre la integración social del Consejo Económico y Social de las Naciones Unidas (ECOSOC) en 2010<sup>1</sup> y las Cumbres del G20.

## 1.1. Pisos de protección social: definición, marco legal y necesidad de coordinación

La Organización Internacional del Trabajo (OIT) estableció su estrategia para abordar el desafío de extender la cobertura de seguridad social y lograr un mayor desarrollo y mantenimiento de sistemas integrales de seguridad social en la resolución y las conclusiones adoptadas por la Conferencia Internacional del Trabajo (CIT), en su 100.<sup>a</sup> reunión de junio de 2011. La CIT adoptó en junio de 2012 una nueva norma internacional del trabajo, la Recomendación relativa a los pisos nacionales de protección social —denominada Recomendación sobre los pisos de protección social, 2012 (núm. 202). Delegados de gobiernos, trabajadores y empleadores de los 185 Estados Miembros de la OIT adoptaron esta Recomendación casi por unanimidad.

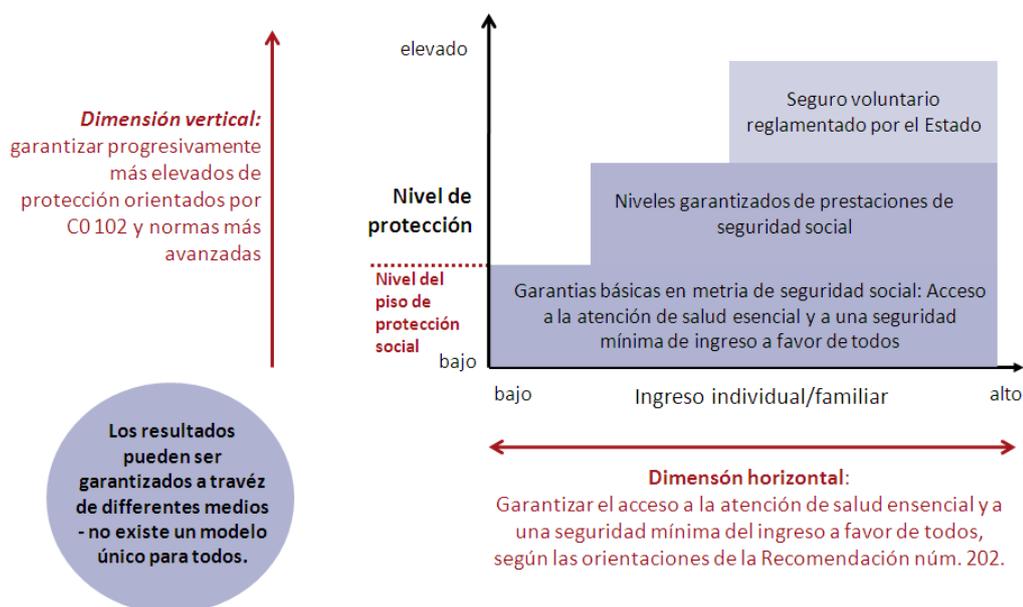
La nueva Recomendación proporciona orientación a los Estados Miembros para establecer sistemas de seguridad social integrales y extender la cobertura de la seguridad social dando prioridad al establecimiento de pisos nacionales de protección social accesibles a todas las personas necesitadas.

La estrategia bidimensional para la extensión de la seguridad social de la OIT comprende los siguientes elementos (reflejados en el gráfico 1.1): establecer y mantener pisos de protección social como un elemento fundamental de los sistemas nacionales de seguridad social (dimensión horizontal); y llevar a cabo estrategias de extensión de la seguridad social que aseguren progresivamente niveles más elevados de seguridad social

<sup>1</sup> ECOSOC: *Promoting Social Integration*, Resolución 2010/12, E/2010/INF/2/Add.1 (Nueva York, 2010).

para el mayor número de personas posible, según las orientaciones de las normas de la OIT relativas a la seguridad social (dimensión vertical).

**Gráfico 1.1. La estrategia bidimensional para la extensión de la seguridad social**



Fuente: OIT (2012a), pág. 4.

Los pisos nacionales de protección social incluyen «garantías de seguridad social básicas para que, durante su ciclo de vida, todas las personas necesitadas puedan costearse una atención de salud esencial y puedan tener acceso a la misma, y gozar de una seguridad del ingreso que se eleve como mínimo a un nivel definido en el plano nacional» (Recomendación núm. 202, párrafo 4). Los PPS deberían comprender por lo menos las cuatro garantías básicas de seguridad social siguientes, definidos a nivel nacional:

- acceso a la atención de salud esencial, incluida la atención de la maternidad;
- seguridad básica del ingreso para los niños, que asegure el acceso a la alimentación, la educación, los cuidados y cualesquiera otros bienes y servicios necesarios;
- seguridad básica del ingreso para las personas en edad activa que no puedan obtener ingresos suficientes, en particular en caso de enfermedad, desempleo, maternidad e invalidez; y
- seguridad básica del ingreso para las personas de edad.

Con el objetivo de garantizar estas prestaciones definidas al nivel nacional, los miembros de la OIT pueden elegir los mecanismos más adecuados para ponerlos en práctica: régimen contributivo o no contributivo, seguro social, prestaciones universales o mecanismos asistenciales, etc. La mayor parte del tiempo, se supone que los Estados tienen a su disposición una conjunción de estos mecanismos para construir un sistema completo de seguridad social.

La Recomendación define una serie de principios que orientan la extensión de la cobertura de seguridad social, en las dimensiones horizontal y vertical. La responsabilidad general y principal del Estado se destaca como un principio global que enmarca los demás principios. Un primer grupo de principios orienta la concepción del sistema de seguridad social y de sus componentes, la definición de los derechos y de la cobertura personal, y el

---

establecimiento de marcos legales. Un segundo grupo de principios se aplica al suministro, el financiamiento, la gestión, la coordinación y el seguimiento de los sistemas de seguridad social. Dentro de este grupo de principios, se menciona la necesidad de coordinación tanto entre las políticas sociales como entre las instituciones encargadas de poner en práctica las garantías del PPS. «[...] Reconociendo la responsabilidad general y principal del Estado de poner en práctica la presente Recomendación, los Miembros deberían aplicar los siguientes principios: [...] *l*) coherencia con las políticas sociales, económicas y de empleo; *m*) coherencia entre las instituciones encargadas de la prestación de servicios de protección social[...]

» (OIT, *op. cit.*, párrafo 3).

Respecto a la extensión de la cobertura de la seguridad social, una parte importante del desafío reside en la capacidad de coordinar los diferentes componentes del PPS así como las instituciones que los supervisan, para desarrollar un paquete de prestaciones coherente destinado a los hogares. Además, al cabo de décadas de programas contra la pobreza y de más de un siglo de desarrollo de la seguridad social formal, existen ya muchos programas e iniciativas en protección social. Sin embargo, en muchos países se necesita una mejor coordinación de políticas para desarrollar el potencial de estos programas y una política social que logre un mayor impacto efectivo.

Esta constatación es uno de los principales motivos que condujo a considerar el piso de protección social como instrumento de coherencia de las políticas. Respecto de los conceptos clave abordados en esta publicación, es preciso definir lo que entendemos por mecanismos de coordinación y cómo estos se vinculan con otros términos como articulación, integración, fragmentación y coherencia. El término «coordinar» se puede definir como el hecho de disponer metódicamente de una serie de elementos mediante los cuales se logre concertar medios y esfuerzos que conlleven a una acción común. En el ámbito de las políticas sociales, se trata de alinear y conectar actores y recursos para la obtención de una meta común. Este proceso se presenta en oposición a un sistema fragmentado de protección social, compuesto de elementos que funcionan de manera independiente y sin conexión con los demás.

Este documento tiene por objeto presentar los diferentes mecanismos de coordinación y no necesariamente de integración. En la práctica, la coordinación de las políticas de protección social se ha convertido, en algunos países, en una integración progresiva de dichas políticas, traducándose en un proceso relacionado más con la fusión de instituciones, programas, regímenes, etc., que con la articulación de políticas distintas. La construcción de un sistema de protección social como un todo coherente puede pasar por mecanismos de integración. Sin embargo, la Recomendación núm. 202 no es prescriptiva, tiene un enfoque de resultados y no impone proceso alguno de aplicación a los países, los cuales tienen que determinar, en función de su situación, la mejor manera de extender la protección social. Por ello, en este documento se estudian los mecanismos de coordinación, incluyendo o no los procesos de integración de políticas, regímenes y otros.

En teoría, y siempre que funcione de manera adecuada, la coordinación permite alcanzar varios beneficios, en particular los siguientes.

- La coordinación entre las instituciones tendría que garantizar una coherencia de las prestaciones a los hogares. La coherencia es un elemento indispensable tanto para la reducción de la exclusión y de la pobreza multidimensional como para la reducción de la transmisión intergeneracional de la pobreza multidimensional. En efecto, la coordinación de las prestaciones de diversos tipos (salud, educación, ingreso básico, etc.) permite luchar contra la pobreza y sus determinantes en sus distintas dimensiones.

- 
- La coordinación entre prestaciones contributivas y no contributivas debería favorecer la construcción de un sistema de protección social completo, incluidas las dos dimensiones (horizontal y vertical) de la estrategia de extensión de la protección social modelada por la OIT.
  - Los mecanismos de coordinación institucional pueden facilitar el acceso efectivo a las prestaciones por medio de una simplificación administrativa. Este proceso es necesario cuando se trata de beneficiarios en estado de pobreza o de exclusión social con niveles de recursos y de educación que los alejan del ámbito institucional. Por ejemplo, un punto de entrada único para varias prestaciones coordinadas permite un acceso más efectivo y fácil para el beneficiario así como la diseminación de información sobre los derechos en materia de protección social.
  - La coordinación institucional al nivel de la gestión de las prestaciones puede contribuir también a aumentar la eficiencia administrativa, incluso en términos de reducción de gastos, lo cual es clave en un ámbito presupuestario difícil. Asimismo, los mecanismos de coordinación institucional, a través de sistemas de gestión comunes, pueden mejorar la transparencia de los programas y facilitar una evaluación global de la política de protección social. Dichos mecanismos tendrían que permitir también el intercambio de datos entre instituciones, una mejor identificación de los beneficiarios potenciales y de las brechas de cobertura, estrategias para compartir los canales de entrega de prestaciones y servicios y, finalmente, mejores sistemas de detección del fraude.

Estos mecanismos de coordinación pueden ser categorizados siguiendo una tipología básica dependiendo de las etapas y de los actores involucrados.

- ***Coordinación y articulación de los componentes de un PPS dentro de sistemas completos de protección social.*** Durante la fase de diseño de programas y regímenes de protección social, es preciso prestar particular atención a la coherencia global del sistema y a la articulación de los programas. El sistema debería considerarse como un todo coherente, identificando los factores que pueden crear brechas de cobertura o discontinuidad del servicio de los asegurados como la diversidad de riesgos que enfrentan los hogares (factor que dificulta la concepción de un paquete de cobertura coherente para los hogares dado que están involucradas varias instituciones de protección social); las diferentes categorías de personas cubiertas según su estatus y/o movilidad laboral (las personas pueden estar afiliadas a diferentes regímenes de seguridad social a lo largo de su vida obligando con ello a las instituciones pertinentes a coordinar acciones que aseguren la continuidad del servicio de cobertura); y la categoría de personas cubiertas según su capacidad contributiva y la evolución de la misma en el transcurso de su vida (las personas pueden pasar de regímenes contributivos a no contributivos y viceversa, lo cual requiere la debida coordinación entre instituciones para asegurar la continuidad de las prestaciones). En consecuencia, el diseño de un sistema completo de seguridad social implica la coordinación entre las diferentes instituciones a cargo de los programas existentes y futuros con el objetivo de ofrecer una respuesta completa en términos de cobertura de riesgos de los hogares, incluyendo la continuidad de la misma a lo largo del ciclo de vida y el cambio de estatus laboral y/o de capacidad contributiva de las personas. En la fase de diseño se deben definir también los modelos de financiamiento de las políticas y el papel que cada nivel de gobierno tiene en el financiamiento.
- ***Coordinación de la aplicación de las políticas de protección social.*** En la fase de puesta en práctica, se destacan dos tipos de mecanismos de coordinación. El primero es un mecanismo de coordinación horizontal entre las instituciones y ministerios a cargo de la protección social a nivel central o político. Este tipo de coordinación

---

implica la coherencia de las políticas y reformas eventuales que aseguren la continuidad de la coordinación en la fase de diseño. El segundo mecanismo se presenta de manera vertical e incluye los diferentes niveles de gobierno (federal, nacional, regional, municipal). Este tipo de coordinación asegura la alineación de la práctica con el diseño de las políticas y el traspaso de la información entre los diferentes niveles de gobierno encargados de poner en práctica las políticas y prestar los servicios a los beneficiarios. La coordinación vertical entre los niveles de gobierno adopta una dimensión específica en los países federales, donde se considera de suma importancia.

- **Coordinación de la gestión.** En la fase de funcionamiento regular de los programas de protección social dentro de un sistema completo de seguridad social, la coordinación de gestión entre instituciones puede adoptar varias formas, a fin de asegurar una continuidad y mejorar la transparencia y la eficiencia administrativa. La coordinación de la gestión puede consistir en servicios integrados, ventanilla única, mecanismos de identificación de beneficiarios, intercambio de datos, etc., e incluir mecanismos de afiliación, recaudación, entrega de prestaciones y cumplimiento de condicionalidades, y control de la morosidad, entre otros.

Vista la importancia de la coordinación y de sus beneficios anticipados, la OIT se empeña en dar testimonio de las prácticas actuales de algunos países de América Latina con importante avance en el establecimiento de pisos de protección social. El interés de dichas prácticas también radica en el hecho de que estos últimos diez años han visto desarrollarse programas de extensión de la protección social de nueva generación que requieren altos niveles de coordinación. En efecto, muchos países latinoamericanos decidieron aplicar políticas de protección social como mecanismos de lucha contra la pobreza a finales de los años 1990 e inicio de los años 2000. Los programas claves de estas políticas poseen varios componentes del sistema de protección social que se conjugan para formar un paquete de prestaciones coherentes para los hogares (salud, educación, ingreso básico, etc.). Muchos de estos programas, como Progresas / Oportunidades, en México, iniciaron como transferencias condicionales que luego movilizaron varios tipos de prestaciones de protección social. El éxito de estos programas es una prueba de los esfuerzos considerables realizados en la región para poner en práctica mecanismos funcionales de coordinación institucional.

El objetivo del presente informe es identificar y dar testimonio de las buenas prácticas y los desafíos de aplicación de mecanismos de coordinación institucional del PPS. Esta labor representa también un esfuerzo para promover la reflexión sobre el tema en otros países latinoamericanos, incluso en otras partes del mundo, con el objetivo final de proporcionar recomendaciones que tomen en cuenta los éxitos y desafíos ya enfrentados en experiencias y realizaciones concretas.

Por consiguiente, el informe no pretende ahondar en las preguntas teóricas sobre la complejidad de la coordinación institucional en protección social. Más bien, cede lugar al estudio de casos prácticos con el propósito de que sean útiles para las instituciones de protección social de otros países.

## **1.2. Las experiencias de algunos países latinoamericanos: buenas prácticas y desafíos**

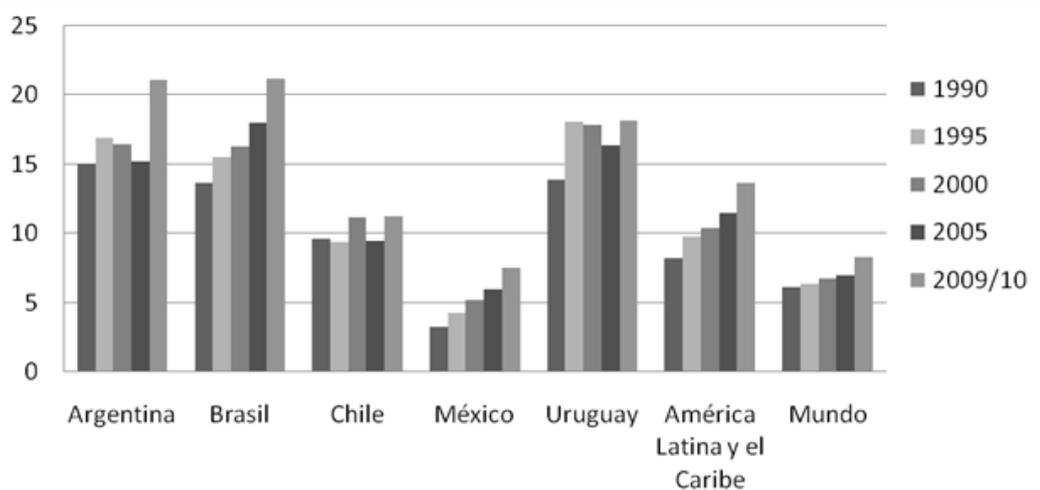
El documento incluye cinco estudios de caso sobre los mecanismos de coordinación institucional en Argentina, Brasil, Chile, México y Uruguay. La elección de estos países obedece a tres criterios principales: el nivel de desarrollo de elementos de un PPS, las políticas de extensión de la cobertura de la seguridad social para garantizar un nivel básico

de protección para todos, y los esfuerzos por coordinar las prestaciones del PPS destinadas a los hogares beneficiarios y entre las instituciones responsables. La disponibilidad de documentación relativamente completa sobre el tema y de interlocutores dispuestos a responder a nuestra investigación han sido también criterios importantes.

### 1.2.1. Perfiles de Argentina, Brasil, Chile, México y Uruguay en términos de protección social

Como lo ilustra el gráfico a continuación, prácticamente todos los países del presente estudio, así como la región de América Latina y el Caribe en general, tienen niveles elevados de gasto público en protección social en comparación con el promedio mundial y muestran, además, un aumento progresivo en los últimos años. Argentina, Brasil y Uruguay asignan recursos que representan entre el 18 y un poco más del 21 por ciento del PIB a la seguridad social (incluida la protección en salud).

Gráfico 1.2. Gasto público en protección social (como porcentaje del PIB)



Fuente: OIT: *World Social Security Report* (de próxima publicación).

Al analizar los componentes principales de la protección social, y en particular la protección otorgada en caso de enfermedad o de vejez, se destaca la existencia de un espacio para mejorar los sistemas en los cinco países. En términos de pensiones de vejez, Argentina, Brasil, Chile y Uruguay cuentan con una tasa de cobertura de casi tres cuartos de la población de adultos mayores, mientras que la proporción de la población económicamente activa que cotiza en un régimen de pensiones es más baja. Varios países han empezado a extender la protección social a los adultos mayores que no han podido contribuir (o no lo han hecho suficientemente) a lo largo de su vida activa. En 2012 había en América Latina y el Caribe 29 programas de pensiones no contributivas<sup>2</sup>. Sin embargo, los niveles siguen siendo bajos (programas con prestaciones que van desde un equivalente

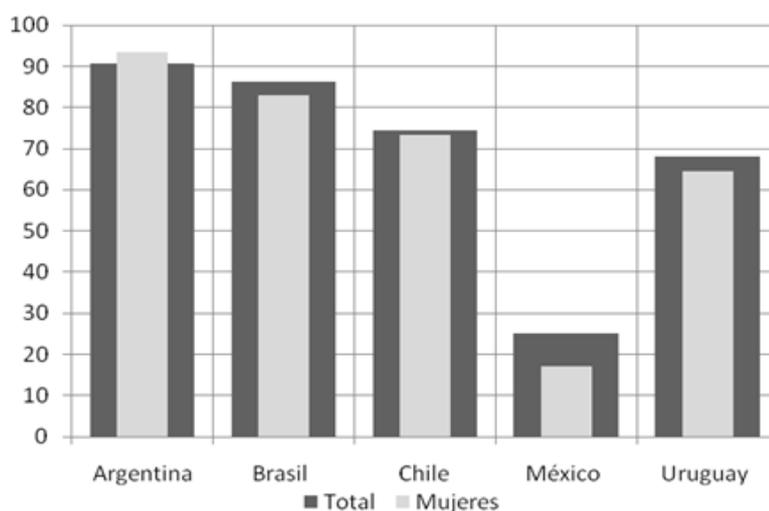
<sup>2</sup> Helpage Pension Watch Database ([www.pension-watch.net](http://www.pension-watch.net)).

a un poco menos del 35 por ciento del PIB per cápita en Brasil, hasta del 5 por ciento del PIB per cápita en México)<sup>3</sup>.

La decisión de asignar mayores recursos a las pensiones no contributivas puede requerir el aumento del monto destinado a ellas, pero también subraya la necesidad de extender la seguridad social contributiva con mayor esfuerzo para formalizar los mercados laborales y reducir la evasión y la elusión contributiva. Por lo tanto, la estrategia bidimensional y la articulación de las prestaciones contributivas y no contributivas suelen ser de mayor importancia para mejorar el nivel de prestaciones y asegurar una mayor eficiencia en la entrega de ambas.

Como se observa en el siguiente gráfico, de los países estudiados México tiene la cobertura más baja en términos del porcentaje de la población mayor de edad que recibe una pensión de vejez. A pesar de la inversión que México ha hecho en la extensión de la pensión no contributiva para adultos mayores, solamente el 25 por ciento de la población mayor de 65 años recibe una pensión.

**Gráfico 1.3. Personas que reciben una pensión de vejez, año más reciente disponible** (en porcentaje de la población en edad legal de jubilación)

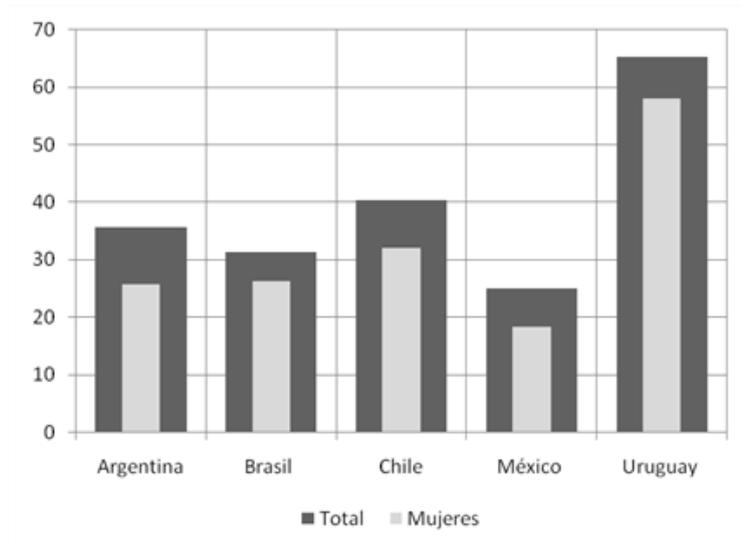


Nota: El rango de edades utilizado para los indicadores en Brasil es 65 y más años para hombres y mujeres, aunque la edad legal de jubilación de las mujeres es 60 años.

Fuentes: OIT, *World Social Security Report* (de próxima publicación). Fuentes por país: (Argentina) CEPAL y OIT: *Encrucijadas en la seguridad social argentina: reformas, cobertura y desafíos para el sistema de pensiones* (Buenos Aires, 2011); (Brasil) R. Rofman y M.L. Oliveri: *La cobertura de los sistemas previsionales en América Latina: conceptos e indicadores*, Serie de Documentos de Trabajo sobre Políticas Sociales No. 7 (Buenos Aires, Banco Mundial, 2011), basado en *Pesquisa Nacional por Amostra de Domicilios*; (Chile) Superintendencia de Pensiones; (México) *Encuesta Nacional de Empleo y Seguridad Social* (ENESS), 2009; (Uruguay) Instituto de Seguridad Social (BPS): *Boletín estadístico 2012* (Montevideo, 2012).

<sup>3</sup> OIT: *World Social Security Report* (de próxima publicación).

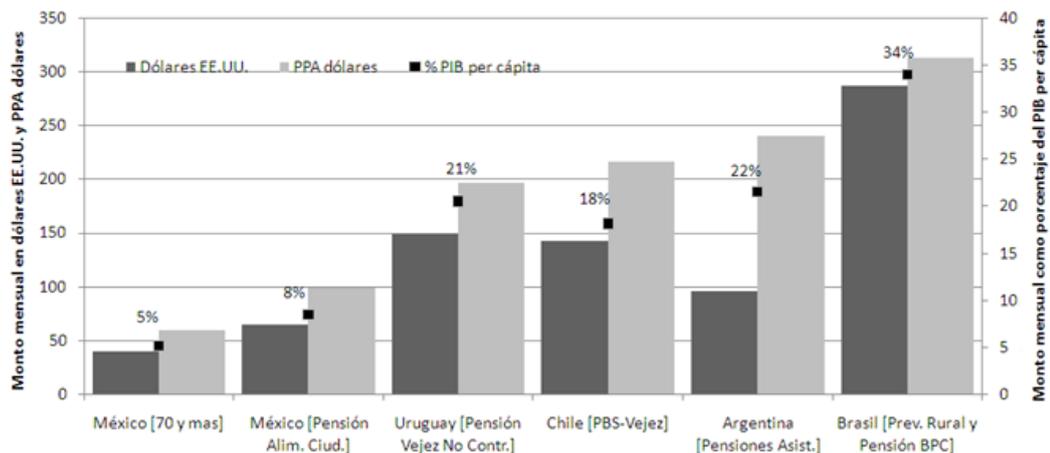
**Gráfico 1.4. Contribuyentes activos a regímenes de pensiones, año más reciente disponible**  
(en porcentaje de la población de edad activa, 15-64 años)



Fuentes: OIT, *World Social Security Report* (de próxima publicación). Por país: (Argentina) Ministerio de Trabajo, Empleo y Seguridad Social: *Boletín estadístico de la Seguridad Social*, Secretaría de Seguridad Social (Buenos Aires, 2012); (Brasil) OIT: *Social Security Inquiry*; (Chile) Superintendencia de pensiones, 2012; (México) *Encuesta Nacional de Empleo y Seguridad Social (ENESS)*; (Uruguay) Instituto de Seguridad Social (BPS): *Boletín estadístico 2012* (Montevideo, 2012).

El porcentaje de la población de edad activa que cotiza a un régimen de pensiones también es relativamente bajo en todos los países. Este hecho subraya la necesidad de invertir en la formalización del empleo en todos los países estudiados como parte de la estrategia bidimensional de la extensión de la seguridad social. En cuanto a los niveles de las pensiones no contributivas, el gráfico siguiente da indicaciones sobre varios programas, incluida la relación con el PIB per cápita.

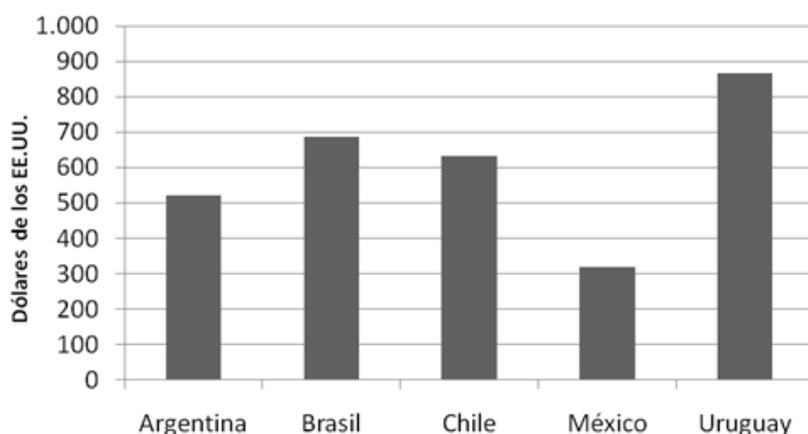
**Gráfico 1.5. Niveles de pensión no contributiva, programas seleccionados, 2012 (dólares EE.UU., PPA dólares y en porcentaje del PIB per cápita)**



Fuente: OIT: *World Social Security Report* (de próxima publicación).

Los cinco países han hecho esfuerzos significativos para lograr la cobertura universal de protección social en salud. Sin embargo, los datos sobre pagos directos muestran problemas en relación al acceso efectivo a servicios de salud: el gasto de bolsillo realizado por los hogares representa el 13 por ciento del gasto total en salud en Uruguay, 29,9 por ciento en Argentina, 30,6 por ciento en Brasil, 33,3 por ciento en Chile y 47,1 por ciento en México (OMS, 2010). Los gastos de bolsillo, que representan un grave riesgo financiero para los hogares —especialmente en caso de gastos catastróficos— son inversamente proporcionales a los gastos per cápita en salud que provienen de otras fuentes (seguro social, salud pública, políticas de gratuidad, etc.). Además de los aspectos de cobertura y de acceso financiero a los servicios de salud, cabe subrayar otras dimensiones que dificultan el acceso a los servicios de salud, en particular la falta de personal de salud disponible en el país. Si comparamos los cinco países estudiados, Chile es el único que se encuentra por debajo del promedio de 35 efectivos de personal de salud calificados por 10.000 habitantes<sup>4</sup>. Otras dimensiones importantes que se deberían tomar en cuenta son el acceso geográfico, la calidad de los servicios sanitarios, las plataformas técnicas disponibles en los centros de salud, etc.

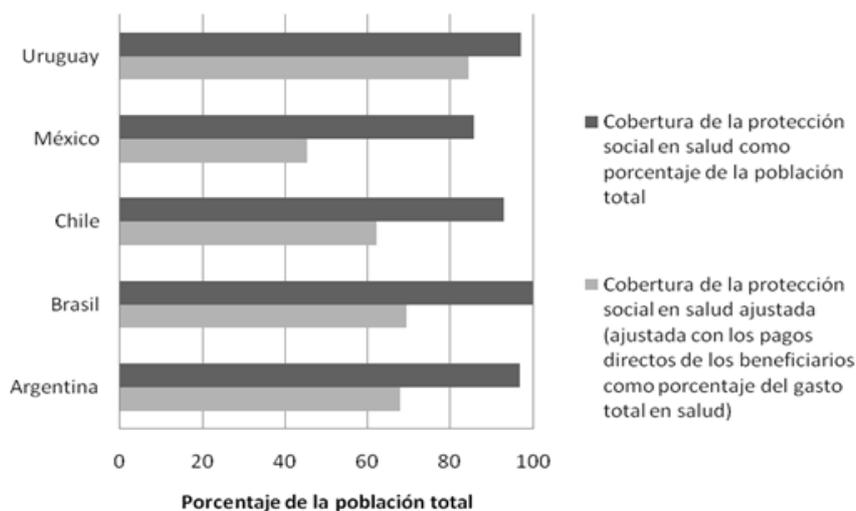
**Gráfico 1.6. Gasto total en salud per cápita, con exclusión del gasto de bolsillo, 2010 (dólares EE.UU.)**



Fuente: OIT: *World Social Security Report* (de próxima publicación).

<sup>4</sup> Este nivel corresponde al promedio de un grupo de países con niveles medianos y elevados de acceso a los servicios de salud. Para más detalles, véase OIT (2010).

**Gráfico 1.7. Cobertura y cobertura ajustada de protección social en salud <sup>5</sup>, último año disponible**



Fuente: OIT: *World Social Security Report* (de próxima publicación).

Otro importante componente del PPS para las personas en edad de trabajar es el acceso a un seguro de desempleo. Pocos países en la región tienen un sistema de seguro de desempleo y por lo tanto no es sorprendente que la cobertura permanezca baja en los cinco países estudiados. Por ejemplo, en México, a pesar de los esfuerzos realizados para establecer un sistema de seguro de desempleo, no hay, por el momento, prestaciones de desempleo estatutarias periódicas a nivel nacional. Sin embargo, es importante subrayar que en los países estudiados existen ciertas prestaciones familiares destinadas a los hogares con personas desempleadas y que pueden compensar por la pérdida de ingresos. Conviene también aclarar que en la mayoría de estos países existen sistemas de compensación por cesantía.

En los últimos años, muchos países han hecho un esfuerzo importante por extender la cobertura, incluyendo prestaciones no contributivas o con una contribución mínima, normalmente subsidiada. En el ámbito de las prestaciones familiares, nuevos programas de transferencias monetarias, condicionales y no condicionales, se crearon a principios de los años 2000. Tras algunos años de puesta en marcha, estos programas han sido ampliados, tanto en términos de gasto como de población cubierta. Como se ilustra en el gráfico 1.8, en algunos de los países estos programas incorporan una parte significativa de la población total <sup>6</sup>.

<sup>5</sup> La cobertura ajustada combina la cobertura de la protección social en salud como porcentaje de la población total con los gastos de bolsillo como porcentaje del gasto total, lo que informa sobre la accesibilidad financiera a los servicios de salud y da una idea del nivel de cobertura que da efectivamente acceso a los cuidados fuera de la barrera financiera.

<sup>6</sup> En general, la cobertura se mide en proporción a la población meta, y no a la población total. Sin embargo, aquí queremos dar una idea de la importancia de estos programas en términos de volumen global de población cubierta. Además, la medida en términos de población meta no permite comparar varios países porque los criterios de selección de la población meta no son necesariamente los mismos.

**Gráfico 1.8. Cobertura efectiva de los principales programas de prestaciones familiares no contributivas, último año disponible, 2011 ó 2012, según el programa (en porcentaje de la población total)**



Fuente: Elaborado a partir de datos de la CEPAL.

### **1.2.2. Coordinación institucional en protección social en Argentina, Brasil, Chile, México y Uruguay**

A lo largo de este documento se presentan varias experiencias de intentos de coordinación entre las instituciones de protección social. Es importante destacar los diferentes elementos de coordinación tratados en los estudios de caso siguiendo la tipología de mecanismos de coordinación establecida anteriormente. En efecto, las experiencias de los cinco países evidencian los diferentes niveles de articulación dentro de la coordinación institucional.

A nivel central o político, se trata de establecer políticas coherentes de protección social a través de la coordinación horizontal, es decir intersectorial, y entre las instituciones de protección social y los distintos ministerios encargados de la tutela de la protección social durante la fase de diseño y la fase de puesta en marcha de los programas. Los mecanismos de coordinación pueden consistir en consejos de coordinación de alto nivel (como el Consejo Nacional de Coordinación de Políticas Sociales, en Argentina, o el Gabinete Social, en Uruguay), los cuales están en la mayoría de los casos vinculados con una voluntad política de los niveles más altos del gobierno. Estos mecanismos también pueden estar establecidos en la ley, como el Sistema Intersectorial de Protección Social de Chile o la Comisión Nacional de Desarrollo Social en México. Dichos mecanismos de coordinación central son necesarios dado que los ministerios a cargo de las políticas de asistencia social y de los programas contra la pobreza suelen ser los ministerios de desarrollo u otras entidades especializadas distintas y tienen pocas conexiones con las instituciones de seguro social. Para fomentar un sistema integrado de protección social, esta coordinación de alto nivel es necesaria. Un factor fundamental de éxito de estos mecanismos de coordinación es un apoyo y una voluntad política sostenidos en el tiempo. Gozar de visibilidad política y de integración dentro de un marco estratégico definido a los niveles más altos del Estado parece importante para aplicar mecanismos de coordinación reconocidos como fundamentales para sus miembros y que funcionen de manera efectiva. Por ejemplo, los mecanismos de coordinación institucional en México se beneficiaron del lanzamiento de la estrategia Vivir Mejor, lanzada a finales de los años 2000.

---

Cuando se piensa el diseño global de un sistema integrado de protección social, el tema de la coordinación entre prestaciones contributivas y no contributivas es fundamental. A través del mundo, el acceso a las prestaciones contributivas de protección social (salud, pensiones de vejez, seguros de desempleo, prestaciones de maternidad, etc.) depende del vínculo del individuo con los mercados laborales formales. En contextos donde hay altos niveles de empleo informal, o donde las personas tienen vínculos débiles con el mercado laboral formal, habría que asegurar la existencia de mecanismos no contributivos para garantizar su acceso a dichas prestaciones. La informalidad suele ser uno de los problemas principales del mercado laboral en América Latina. Muchos empleos carecen de contratos formales y previsión social en términos de un seguro social. Sin embargo, América Latina ha visto cambios importantes en la estructura del empleo en la última década con un crecimiento sostenido del empleo, en particular del empleo formal.

Muestra de estos logros es que el índice de empleo vulnerable (trabajadores por cuenta propia y trabajadores familiares sin remuneración) se redujo del 35,5 por ciento en 2000 al 32,5 por ciento en 2011 (OIT, 2010). Además, la proporción de trabajadores con contrato de trabajo subió del 55,9 por ciento al 63,6 por ciento (*ibíd.*). De forma semejante, la tasa de cobertura en salud se ha incrementado del 53,3 por ciento en 2000 al 61 por ciento en 2011 (*ibíd.*). La cobertura de pensiones revela un incremento equivalente en la región, del 52 por ciento en 2000 al 60,2 por ciento en 2011 (*ibíd.*). El empleo informal no agrícola a nivel regional se ha reducido del 49,9 por ciento en 2009 al 47,7 por ciento en 2011. La cifra para 2011 incluye 31 puntos porcentuales de empleo informal en el sector informal, 11,4 puntos porcentuales de empleo informal en el sector formal, y 5,2 puntos porcentuales de empleo informal en el sector del trabajo doméstico. Este importante progreso se puede atribuir a varios factores, tales como el aumento de los asalariados en la fuerza de trabajo, incrementos en el empleo registrado, y la adopción de nuevos programas de afiliación a la protección social que incluyen pilares solidarios o no contributivos y semicontributivos. Los logros son visibles en casi todos los sectores, pero subrayan que los trabajadores más propensos a trabajar en condiciones de formalidad son hombres, quienes se concentran entre los asalariados y en el sector público y en empresas de más de seis trabajadores. Se observa también que las mujeres están sobrerrepresentadas en el empleo informal, con tasas de informalidad más altas que su representación en el empleo total. Esta sobrerrepresentación o concentración en el empleo informal se observa en la región de una forma muy marcada en El Salvador, Honduras, México, Nicaragua, Panamá, Paraguay y República Dominicana. De forma similar, los jóvenes entre 15 y 24 años de edad están más propensos a trabajar en la informalidad, con tasas de informalidad mayores al 50 por ciento en Argentina, Bolivia, Colombia, Ecuador, El Salvador, Honduras, Paraguay, Perú, República Dominicana y Venezuela <sup>7</sup>.

Ejemplos exitosos de coordinación entre los programas contributivos y no contributivos incluyen el programa de las pensiones solidarias en Chile, que desarrollaron mecanismos técnicos sofisticados para coordinarse con las pensiones contributivas; las prestaciones familiares en Argentina y Uruguay, que están administradas por los institutos de seguro social con el fin de garantizar una articulación de las prestaciones no contributivas con el sistema contributivo ya implementado.

Respecto a la implementación, se plantea la cuestión de la coordinación vertical entre las instituciones nacionales/federales centralizadas y los niveles de gobierno

<sup>7</sup> Basado en el análisis de datos de Encuestas de Hogares de SIALC para América Latina, 2008 a 2010.

---

descentralizados (estados, regiones, municipios, distritos, etc.), que son frecuentemente movilizados para la identificación y la gestión de los beneficiarios y a menudo constituyen el primer punto de contacto de los mismos con el sistema de protección social. Muchos de los problemas para extender la cobertura de protección social provienen de una ausencia de identificación de los beneficiarios potenciales o de su falta de acceso a la información. Por consiguiente, asegurar mecanismos apropiados de coordinación entre los diferentes niveles de gobierno podría contribuir a superar esas barreras, relacionadas a menudo con la falta de información y de coordinación de aquellas instancias que están en contacto directo con los beneficiarios y los beneficiarios potenciales. La falta de información de los beneficiarios es un tema esencial vinculado con los procesos tradicionales en los cuales el financiamiento y las normas de funcionamiento se establecen al nivel central o federal mientras que los estados federados o las provincias están en cargo de los servicios de salud, educación y asistencia pública. Existen varios mecanismos, por ejemplo, en México, las autoridades federales y las asociaciones de autoridades municipales están representadas en la Comisión Nacional de Desarrollo Social; en Brasil, se encuentra la *Comissão Intergestores Tripartite*; en Chile, los municipios constituyen una Red Local de Intervención que coordina a los prestadores de servicios vinculados al programa Chile Solidario a nivel local. A pesar de la participación activa de los municipios en Chile, resulta difícil brindar servicios de calidad homogénea debido a la desigualdad de recursos humanos capacitados y financieros entre los 345 municipios del país.

En relación al funcionamiento del sistema de protección social, la coordinación de los mecanismos de gestión es fundamental para facilitar el acceso efectivo a las prestaciones y lograr la eficacia deseada de los programas de protección social. En los estudios de caso presentados se destacan varios métodos que facilitan una gestión coordinada del conjunto de prestaciones de protección social a los hogares, en particular:

- **Sistema o método de focalización único.** En los últimos decenios, muchos de los programas establecidos en los países latinoamericanos para extender la cobertura de la protección social han sido de tipo semicontributivo o no contributivo. Los países tuvieron que definir criterios de afiliación a estos programas, dado que la afiliación no se hacía como en los programas de mecanismos contributivos. Con un mayor énfasis en la reducción de la pobreza y sus determinantes, estos programas tienen criterios de selección de los beneficiarios que suelen estar vinculados con el nivel de pobreza multidimensional del hogar. Un paso indispensable para coordinar las prestaciones de protección social de estos programas fue la definición común de los diversos criterios de selección de cada programa. En este proceso, la concepción de métodos únicos de medición de la pobreza permite desarrollar un método de focalización único de los beneficiarios potenciales (después, de los beneficiarios potenciales, cada programa o institución identifica a sus propios beneficiarios en función de sus criterios). Por ejemplo, México adoptó en 2002 un método oficial de medición de la pobreza tras la convocación por la Secretaría de Desarrollo Social de un grupo de especialistas sobre este importante tema<sup>8</sup>. Asimismo, los grandes programas de transferencias cuentan con criterios de focalización y métodos para verificar que dicha focalización se decida a nivel central, lo cual reduce el riesgo de fragmentación de la cobertura. Este punto está íntimamente relacionado con el tema de coordinación de los diferentes niveles de gobierno (federal, estatal, municipal) que están en contacto con los beneficiarios.

<sup>8</sup> Ley General de Desarrollo Social, DOF 20-01-2004.

- 
- **Sistema único de identificación de beneficiarios con una base de datos común.** La mayoría de los programas de extensión de la protección social a poblaciones que tienen vínculos muy débiles con mercados de empleo formal enfrentan un problema de identificación de los beneficiarios. Normalmente los sistemas combinan una plataforma de identificación de la población vulnerable (identificación de población objetivo) con un sistema de registro único de beneficiarios. La coordinación institucional en el tema de la identificación de beneficiarios es clave para aumentar de manera significativa la cobertura social así como la eficiencia entre asignación de recursos y calidad del gasto. Poner en práctica mecanismos de identificación únicos para varios programas conjuga los esfuerzos de identificación de beneficiarios y permite un mejor acceso del beneficiario a varias prestaciones del PPS. Además, contribuye a la eficiencia de los programas gracias a la reducción de errores de exclusión o de inclusión inapropiada. La creación de una base de datos compartidos para la identificación y el monitoreo de beneficiarios constituye un elemento que facilita la coordinación. Por ejemplo, el Sistema Integrado de Información Social, en Chile, centraliza los datos básicos de los beneficiarios, reduciendo el tiempo y los documentos requeridos para acceder a varias prestaciones. El sistema *Catastro Único* utilizado en Brasil para identificar a los hogares pobres y que concentra los datos de dichos hogares para la utilización de varias entidades encargadas de programas de protección social es también un ejemplo exitoso de la coordinación. En Uruguay, la decisión de crear el Sistema Integrado de Información del Área Social se tomó simultáneamente con la apertura de espacios de coordinación. Se constituyó paralelamente el Observatorio Social de Programas e Indicadores, que permite afinar la estrategia de focalización del sistema de protección social (relacionado con el punto precedente).
  - **Mecanismo de «ventanilla única».** Considerado el nivel de escolaridad, de recursos y a veces la situación geográfica de los beneficiarios potenciales, que les alejan bastante del ámbito institucional, poner a su disposición un punto de acceso centralizado para varias (idealmente todas) prestaciones o programas de protección social es una ventaja considerable. La ventanilla única puede consistir en una red de trabajadores sociales que se encarguen de identificar a los hogares beneficiarios, afiliarlos y proceder a un seguimiento de sus necesidades. Por ejemplo, Chile Solidario y Chile Crece Contigo fueron diseñados como punto de acceso a un conjunto de prestaciones y utilizan el apoyo psicosocial y el acompañamiento a los beneficiarios para vincularlos a programas y prestaciones de protección social. Este acompañamiento funciona como una ventanilla única para canalizar beneficiarios a las prestaciones pertinentes. Puede también consistir, en sentido propio, en una ventanilla puesta en lugares geográficos estratégicos en función de la repartición geográfica de la población meta. Por ejemplo, *Brasil Sem Miséria* funciona de esta manera, mediante una superposición del mapa de las brechas de protección con un mapa de los recursos de políticas públicas.

Como se destacó en la introducción, muchos países de América Latina han desarrollado a lo largo de los últimos decenios amplios programas de extensión de la protección social que han cambiado el paisaje de la protección social en el continente. En particular, muchos de estos programas incluyen transferencias monetarias condicionadas al cumplimiento de determinados requisitos (por ejemplo, controles médicos, escolarización, etc.) que suponen la utilización de varios servicios de salud y educación, etc. Por definición, este tipo de programas requiere un alto nivel de coordinación entre las prestaciones a los hogares con el fin de garantizar un conjunto coherente de prestaciones, dentro del cual cada prestación complementa las otras. Estos programas han logrado extender elementos importantes de la protección social, lo que permite pensar que han logrado un cierto nivel de coordinación institucional, altamente relevante para su efectiva implementación. En consecuencia, los denominados programas sociales de carácter

---

asistencial ofrecen una base de aprendizaje relevante para extender los mecanismos de coordinación y la integración de las prestaciones de protección social dentro de un sistema completo y articulado. Las experiencias de los programas Bolsa Familia, en Brasil, Chile Solidario, en Chile y Progres/Oportunidades, en México, son ejemplos de un marco de coordinación con resultados muy positivos, aunque en proceso de perfeccionamiento.

Asimismo, esta experiencia puede ser muy interesante para la evaluación de las políticas públicas. De hecho, estos programas de protección social son conocidos como programas de nueva generación debido a que han sido evaluados de manera bastante estructurada. La evaluación supone una coordinación y requiere el análisis de la interacción de los diferentes elementos que componen la protección social y la coordinación de esos elementos con respecto a los hogares. Estos mecanismos de evaluación de programas y políticas de protección social ofrecen una forma de comprobar la interacción de los varios elementos de protección social que anteriormente se evaluaban de manera separada. Las evaluaciones del Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (CONEVAL) en México constituyen un buen ejemplo; se orientan a analizar el impacto de los programas de protección social en la pobreza multidimensional de los hogares, a nivel regional. Por lo tanto, permiten identificar dónde y cómo habría que mejorar la coordinación entre la oferta y la demanda de las diferentes prestaciones de protección social. Otros países han hecho esfuerzos similares para desarrollar una fotografía más completa de la evaluación de las políticas sociales. Por ejemplo, Uruguay ha puesto en práctica el Sistema Integrado de Información del Área Social con el objetivo de que el Observatorio Social de Programas e Indicadores tenga acceso a datos completos para desarrollar una evaluación coordinada de los programas de protección social y producir análisis globales sobre un tema que tenía antes un carácter dispar.

En los estudios de caso se profundizan los temas aquí mencionados con ejemplos detallados del funcionamiento de los mecanismos de coordinación institucional. Ninguno de los estudios pretende ser exhaustivo, dan en cambio una visión concreta de los esfuerzos realizados o en curso en los países seleccionados, esfuerzos que están orientados a mejorar la coordinación de sus sistemas de protección social y, en particular, los programas que corresponden a elementos de un PPS dentro de sistemas integrados de protección social y que podrían servir de base a una extensión completa de la seguridad social. Los países estudiados muestran evidencias de que la introducción y coordinación de programas o elementos de pisos de protección social pueden fortalecer los sistemas integrales de protección social y complementar aquellos que lo requieren. Por ejemplo, esto se observa claramente en el caso de Asignación por Hijo, en Argentina, de Plan Equidad, en Uruguay y de Sistema Único de Asistencia Social, en Brasil. En estos países y programas se ha avanzado de forma sustancial en la institucionalización de los mecanismos de coordinación gracias a un enfoque amplio que implica la coordinación y articulación de programas contributivos y no contributivos en el diseño, la implementación y la gestión.

---

## Referencias

- CEPAL. Base de datos CEPALSTAT. Disponible en <[http://estadisticas.cepal.org/cepalstat/WEB\\_CEPALSTAT/Portada.asp](http://estadisticas.cepal.org/cepalstat/WEB_CEPALSTAT/Portada.asp)>.
- OIT. 2012a. *Seguridad social para todos: la estrategia de la Organización Internacional del Trabajo: establecimiento de pisos de protección social y de sistemas integrales de seguridad social*. Ginebra.
- . 2012b. *Recomendación reactiva a los pisos de protección social (Recomendación sobre los pisos de protección social)*, 2012 (núm. 202), Ginebra.
- . 2010. *World Social Security Report 2010/11: Providing coverage in times of crisis and beyond*, Ginebra.
- . *Social Security Inquiry*. Varios años. Base de datos. Disponible en <[http://www.ilo.org/dyn/ilossi/ssimain.home?p\\_lang=en](http://www.ilo.org/dyn/ilossi/ssimain.home?p_lang=en)>.
- . De próxima publicación. *World Social Security Report*.
- OMS. Varios años. Base de datos *Global Health Expenditure*. Disponible en <<http://apps.who.int/nha/database/DataExplorerRegime.aspx>>.

---

## **2. La práctica de los mecanismos de coordinación interinstitucional de los pisos de protección social: el caso de Argentina**

*Daniel Kostzer y Lou Tessier*

### **2.1. Introducción**

La Recomendación núm. 202 de la OIT implica un avance sustantivo en los niveles garantizados de seguridad social que la población de los países debería tener. Basándose en los fundamentos de la Recomendación, se observa que la seguridad social, junto a la promoción del empleo, es considerada una necesidad para el avance social y el desarrollo económico. A su vez, esto se refleja en un instrumento de reducción de las disparidades en estas dimensiones, así como en una prioridad política para promover un crecimiento sostenible a corto y mediano plazo.

En estas páginas se esbozará un proyecto de análisis de los niveles de protección social alcanzados en la República Argentina, profundizando fundamentalmente en las instancias de coordinación que hicieron posible los mismos.

La primera parte vinculará los requerimientos que se desprenden de la Recomendación núm. 202 de la OIT en el caso de Argentina, algunos de los debates en las políticas sociales y una taxonomía acerca de las formas de coordinación en las políticas sociales en los últimos años. La segunda parte recorrerá las diferentes jurisdicciones del Estado encargadas de la distribución de los bienes y servicios sociales, resumiendo los marcos institucionales formales, así como las acciones concretas de coordinación e integración. Para ello, actores determinantes en el área de la coordinación de las políticas sociales fueron entrevistados para considerar su opinión acerca del mismo proceso de coordinación, así como también de las mejoras que se pueden introducir para la consolidación del sistema de seguridad social. Para finalizar, se definirán las lecciones aprendidas, en especial aquellas que pueden ser aplicadas en otras experiencias en la región para la consolidación de PPS.

### **2.2. Conceptualización, coordinación e integración para el PPS**

#### **2.2.1. La coordinación e integración de políticas sociales**

Coordinación e integración son dos conceptos que en muchos aspectos se superponen, pero que básicamente tienen como objetivo superar las diferencias — y deficiencias — de enfoques sectoriales o disciplinarios, así como las jurisdiccionales. La integración implica que si no se encaran todas las carencias de individuos, hogares y colectivos en su totalidad (o integralidad), los resultados se vuelven menos evidentes. Esto no solo sucede en términos de la política, sino que también en la percepción de los individuos al dejarse al descubierto otras de las dimensiones del desarrollo humano. Suena a verdad de Perogrullo que las intervenciones de políticas deben ser coordinadas, en especial aquellas que hacen a la política social. Una razón fundamental es la multidimensionalidad que tienen las necesidades de los individuos, los hogares y las comunidades, involucrando distintas facetas y áreas, de diversa complejidad y duración.

---

Muchas veces estas dificultades, presentes y agravadas en coberturas territoriales extensas como en los países de la región, tratan de cubrirse a partir de la generación de instituciones paraguas como los consejos de planificación que muchas veces son federales, pero con suerte diversa. Esto es más sencillo cuando el problema a encarar es más «monocausal», independientemente de su magnitud. Así pues se observó cómo se encaró el problema del desempleo surgido a partir de la crisis de 2001-2002 con un programa — mucho más que un plan —, como lo fue el **Jefes de Hogar Desempleados**. Este mismo integró distintas jurisdicciones en proyectos muy complejos desde esta perspectiva, pero por enfrentar el problema de transferir ingresos de manera condicionada por una contraprestación laboral parcial, facilitó esta intervención. Esta urgencia agudizó el ingenio de las partes involucradas en el aparato estatal, básicamente por la presión desde la comunidad y las organizaciones intermedias.

Por otra parte, la presión desde abajo de la sociedad y la urgencia de encarar el problema favorecieron estas instancias de coordinación, que incluso sumaron a organizaciones no gubernamentales de diversos tipos, así como a gobiernos locales en emprendimientos de notable complejidad que llegaron a emplear a 2,4 millones de personas en su punto más alto el año 2004 (Kostzer, 2008). Esta iniciativa, producto de la necesidad, contrasta con antecedentes históricos en Argentina y en otros países. La experiencia muestra en muchos casos que la fragmentación lleva a un desigual acceso para los diferentes grupos, no solo vedando el acceso a las prestaciones a ciertos individuos, sino también generando duplicidades en las ofertas, con la ineficiencia que esto conlleva.

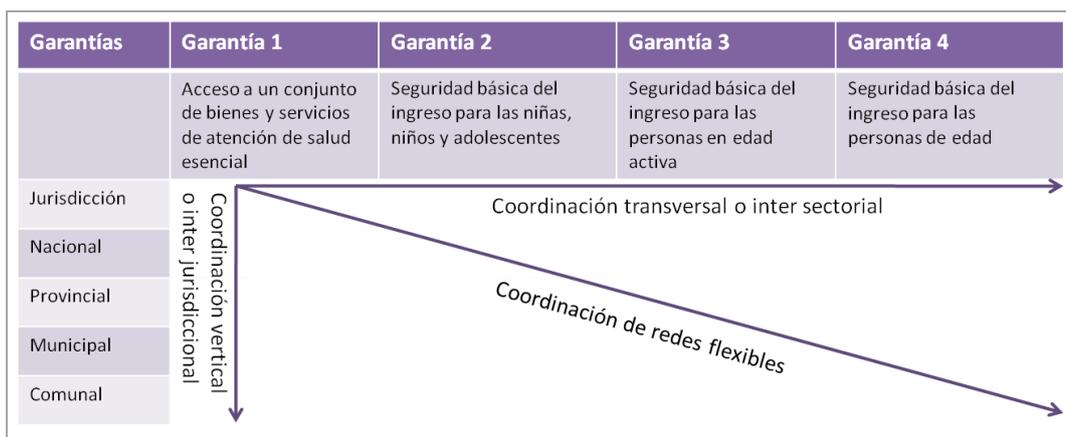
Los procesos de descentralización se vislumbran como una alternativa, pero hay que ser cautos. Cuando no es solo aplicada para que los gobiernos centrales se desembarquen de problemáticas de elevado costo político y pocos beneficios, la descentralización presenta varias ventajas en términos de cercanía a los problemas y a los beneficiarios, de conocimiento de las particularidades y problemáticas específicas, e inclusive la legitimidad política de las mismas. Sin embargo, al mismo tiempo estos procesos enfrentan cuellos de botella y dificultades que incrementan las necesidades de coordinación e integración.

El PPS, planteado como objetivo estratégico, duradero y sostenible, en los planos social, económico y político, induce a la coherencia de las políticas sociales para la cual la coordinación y la integración son requisitos fundamentales. Un breve esquema vinculado al PPS permite definir la dinámica de la coordinación en función de los diferentes arreglos institucionales, tanto a nivel sectorial como jurisdiccional. En el siguiente diagrama se puede visualizar la misma relación.

Las filas representan las jurisdicciones en términos geográficos o físicos, que además son las que cuentan con el mandato constitucional del ejercicio de la soberanía popular. A efectos prácticos, las dividimos en nacional, provincial, municipal y comunal para contemplar procesos de mayor descentralización territorial<sup>1</sup>. En Argentina, solo algunos municipios contemplan la dimensión comunal, pero es una tendencia creciente y proviene mayoritariamente de los reclamos desde las bases.

<sup>1</sup> Argentina es un país federal con tres niveles de gobierno (nacional, provincial y municipal). Cada uno de estos niveles tiene diferentes potestades en materia de recaudación de impuestos y responsabilidades en la provisión de bienes y servicios públicos.

**Gráfico 2.1. Instancias de coordinación para el piso de protección social**



Fuente: Elaboración propia.

Las columnas básicamente aplican las cuatro garantías del PPS que, dependiendo del caso, involucra a un solo sector o a varios sectores que son responsables de garantizar las mismas a los diversos grupos etarios. Obviamente este esquema puede ser más complejo, cuando las garantías, salvo la primera, giran alrededor de una prestación dineraria o una transferencia de ingresos. Esto tiene básicamente una connotación administrativa, más que de gestión, y hace que las garantías se compongan también de otros bienes y servicios sociales complementarios, objetivos de políticas sociales más ambiciosas y que aspiren a cubrir otras dimensiones de la vida humana. Muchas veces esto son prioridades de segundo orden que se van incorporando al menú de servicios provistos por la sociedad a sus ciudadanos.

La **coordinación transversal** se da a través de los diferentes sectores de intervención, pero siempre en el marco de una sola jurisdicción. Este tipo de coordinación también se denomina **intersectorial**, ya que, para el caso de la política social, es el que se busca para cubrir cierta integralidad en las prestaciones a los hogares. En cambio, la **coordinación interjurisdiccional, intra sectorial** o **vertical** se da específicamente para cada garantía, y es el típico nivel de coordinación que se da en los estados federales, como los de la región, donde la estructura nacional tiene un correlato al nivel provincial, municipal y/o comunal.

Cuando el proceso involucra al mismo tiempo filas y columnas, es decir, la mayoría de las veces, la coordinación requerida es la que consolida los procesos de construcción de «pisos» o sea los niveles mínimos aceptables de protección social, y concierne básicamente la integralidad de las prestaciones que llegan a los diferentes beneficiarios.

Obviamente esto tiene solo un carácter didáctico o analítico y en realidad a lo que se aspira es a un mecanismo de **redes flexibles** que a su vez incorporen a los prestadores de servicios privados. A su vez, estos actores debieran incluirse de manera participativa en diversas instancias como ser la definición de prioridades a los propios beneficiarios en las diferentes etapas de los proyectos, pero fundamentalmente en las relativas al monitoreo, la evaluación y el rediseño para corregir problemas.

### **2.2.2. Atributos de un sistema de coordinación e integración de intervenciones sociales**

La integración de los servicios sociales ofrece senderos de desarrollo que van de una menor a una mayor complejidad cuanto más se avanza en los niveles y la sofisticación. Martínez Nogueira (2008) identifica los siguientes:

- 
- La integración de la información sobre las prestaciones y necesidades aparece como la más elemental, pero es central ya que facilita la coordinación entre los ámbitos institucionales. A la vez permite la publicidad de la oferta disponible, sus requisitos y los derechos asociados a la misma.
  - La siguiente tiene que ver con la facilitación de la entrega de los bienes y servicios involucrados. En general, son características presentadas con la existencia de un solo agente o un solo local donde se puede acceder a la variedad de prestaciones asociadas a los derechos que se desea proteger.
  - En orden de sofisticación, un tercer escalón son los programas integrales especiales, donde a partir del diseño puntual del mismo, se utilizan estructuras multi-jurisdiccionales para alcanzar los objetivos planteados. Estos pueden llegar a ser muy efectivos, pero en general se dan para objetivos puntuales más acotados, o en grupos etarios particulares (ejemplo: niños, adultos mayores, etc.) Los mismos se vuelven dificultosos para contextos más extendidos y con prestaciones multidisciplinarias.
  - El mayor nivel de integración es cuando se combinan todas las prestaciones en la población objetivo, adaptadas a las necesidades de los beneficiarios, en tiempo y forma, y sin exclusiones.

Sin duda, hay múltiples combinaciones dentro de un esquema de integración. Desde las denominadas «ventanillas únicas» para la presentación de las demandas, hasta los «*one stop shops*» donde en el mismo local se brindan las prestaciones. Obviamente, el uso de la tecnología agiliza en gran medida los procesos de afiliación, permite compartir la información acerca de los beneficiarios y facilita las auditorías y el seguimiento de la distribución de las prestaciones.

Partiendo de este marco, Martínez Nogueira definió los atributos de la integración en los siguientes:

- atención a la heterogeneidad de situaciones, con prestaciones diseñadas y ejecutadas en función de las necesidades de individuos, familias o comunidades;
- objetivos compartidos por todos operadores;
- diagnósticos que fundamentan las intervenciones en las modalidades de mayor complejidad;
- marcos analíticos y operacionales multidimensionales y multidisciplinarios;
- ámbitos físicos para viabilizar la integración;
- descentralización en las unidades que participan de la integración.

Estos atributos son constitutivos de una concepción sistémica de la protección social, consigna básica para la construcción de un PPS, tal como está en el espíritu de la Recomendación núm. 202 de la OIT.

### **2.2.3. La búsqueda de la efectividad en las intervenciones sociales**

Dejando atrás las consideraciones de principios y los imperativos categóricos, debido a las múltiples dimensiones que conforman el desarrollo humano en su sentido más amplio, la integración y coordinación constituyen el único modo de alcanzar con cierta

---

efectividad las metas sugeridas. Se trasciende el marco de la mera eficiencia — factor no menor en el manejo de los escasos recursos públicos — para entrar de lleno al cumplimiento de los objetivos y metas trazadas en el combate contra la exclusión y la pobreza. Inclusive si las diferentes áreas temáticas o jurisdicciones de los gobiernos operan dentro de esquemas óptimos, la carencia de integración y coordinación puede dejar sin atención completa a vastos sectores de la población, erosionando la credibilidad de la política social como un todo.

Son numerosos los ejemplos, no solo en la región, sino inclusive en países de larga tradición de protección social, donde la falta de diálogo entre jurisdicciones lleva al abandono o ignorancia de justamente aquellos grupos que son más necesitados y, a la vez, invisibilidades en una o varias de las dimensiones de las intervenciones sociales. Para Saith (2004), en referencia a su documento para el Instituto Internacional de Estudios Laborales «... es infinitamente más grave que darle un beneficio inmerecido a algún individuo u hogar, dejar fuera del mismo a otro.» Esta gravedad se expresa en términos individuales familiares, pero también sociales y económicos, como lo muestran los sistemas de medición más comprensivos, que contemplan los axiomas de focalidad, monotonicidad y transferencia que son considerados, según el índice de desarrollo humano, como imprescindibles para todo método de medición cuantitativa de la pobreza.

#### **2.2.4. El PPS como herramienta de planificación, integración y coordinación de las intervenciones públicas**

La contundencia de la Recomendación núm. 202, sumada a la libertad de estrategias o senderos de desarrollo que plantea, convierte al PPS en una herramienta adecuada y poderosa para observar ciertos atributos deseables de las políticas sociales que las conviertan en una herramienta para el ejercicio de derechos: universal, efectiva, eficiente, transparente y participativa.

La constitución del piso permite el desarrollo y la consolidación de una *nueva institucionalidad* como política de Estado, más allá de los vaivenes de la coyuntura, racional y adecuada a los fines establecidos en la Recomendación, mejorando las prestaciones, así como los procesos en términos de distribución, evaluación y rediseño de los mismos.

El PPS habilita las condiciones para que los ciudadanos expandan su ciudadanía, justamente porque permite formas más comprehensivas de integración de instrumentos, y valga la redundancia, orientados a la integración social.

Desde el punto de vista del aparato estatal, el PPS induce y requiere polifuncionalidad en los agentes en contacto directo con los derechohabientes, pero a la vez tiene una demanda de descentralización en ciertos procesos a manos de aquellos que tienen capacidad para aproximarse a la población. Esto no es solo en el proceso de entrega de los bienes y servicios, sino también en el de evaluación y monitoreo, integrándolos así a las revisiones programáticas en una nueva dinámica propensa a los acuerdos interjurisdiccionales, intersectoriales y de combinaciones múltiples entre lo público y lo privado.

### **2.3. El piso de protección social en la Argentina actual**

La política social en Argentina se ha caracterizado históricamente por su pronunciada sectorialidad y falta de coordinación. La superposición de medidas de descentralización y federalización de varios servicios de la década de los años noventa profundizó la dispersión sectorial con una desarticulación vertical o de nivel jurisdiccional que agravó la

---

tendencia que imponía la filosofía de focalización, a la que se hace mención en secciones anteriores de este informe.

La crisis de 2001-2002, que lleva la pobreza a niveles nunca antes vistos en el país, genera la imperiosa necesidad de instrumentos mucho más masivos que los del período anterior, los que se centran en tres básicamente: el Plan Jefes de Hogar Desempleados, el Remediar+Redes, de medicamentos, y la política de comedores diseminados en toda la geografía del país.

El Plan Jefes de Hogar Desempleados permitió «colgar» del mismo una cantidad importante de otras iniciativas más puntuales, que tuvieron como destinatarios a los propios beneficiarios del plan de empleo transitorio. Si bien fue como resultado de la necesidad y la urgencia de articulación entre las jurisdicciones nacionales, provinciales y municipales, también se dio entre el sector público y las organizaciones de la sociedad civil que ayudaron a dar cabida a casi 2,4 millones de beneficiarios en proyectos puntuales de producción de bienes y servicios sociales. Aun cuando no estaba dentro de los objetivos originales del plan, este ofició como un PPS (al comienzo con niveles de remuneración razonables, para luego irse diluyendo con el incremento de precios) en lo referente al ingreso, y ofreció una potencial puerta de entrada a otras prestaciones.

De manera inversa, los objetivos de los proyectos de comedores fueron mudando hacia cierto nivel de integración de las prestaciones, incorporando temas de educación y salud, y potenciando su capacidad de intervención en actividades de distinto tipo en función de las necesidades y demandas locales. Por otro lado, por sus características, el Programa Remediar+Redes implicó una cierta coordinación jurisdiccional, pero no aplicaba para otros sectores de la política social.

Con el avance del tiempo, el crecimiento del empleo, y en particular el registrado, el Plan Jefes va mutando en otras iniciativas — como primero en el Plan Familias, o después en el Argentina Trabaja, la moratoria previsional<sup>2</sup> o la Asignación Universal por Hijo (AUH). Estos programas lo van reconfigurando, tal como se verá en el análisis de las garantías del PPS más adelante.

Diez años después de la crisis de 2001-2002 la política social se va conformando, más que en una masividad para la crisis, en una red de protección social para aquellos que están excluidos del mercado de trabajo, o que por diferentes motivos, no pueden gozar de los beneficios de un trabajo decente. A través de un trabajo decente se permite la supervivencia del trabajador y la de su familia, con ciertos criterios de sistematicidad en las prestaciones, orientados a una visión más integrada.

El número de iniciativas con criterios de masividad y universalidad se ha incrementado de manera importante, y si bien la deuda en términos de articulaciones sectoriales y jurisdiccionales sigue siendo significativa, el aprovechamiento de las tecnologías para la captación de beneficiarios, distribución de las prestaciones, y generación de informes, facilita el intercambio con otras áreas y jurisdicciones.

<sup>2</sup> «Los trabajadores autónomos o en Relación de Dependencia que reúnan los requisitos de edad para acceder a las distintas prestaciones, podrán inscribirse en este régimen de regularización voluntaria a efectos de completar los años de servicios con aportes faltantes. En todas las prestaciones, los períodos a incluir por moratoria Ley 25.865 con aplicación de Ley 24.476, deben estar comprendidos dentro del siguiente tramo: Desde el 01/01/1955 al 30/09/1993 y a partir desde los dieciocho (18) años de edad.» (Sitio institucional de ANSES).

---

### 2.3.1. **Garantía de atención de salud esencial**

El «mercado» de la salud puede ser ejemplificado como uno de los más asimétricos e imperfectos que se pueda pensar. Este tiene una característica, a diferencia de otros mercados, donde el que prescribe — o define el tratamiento — no es el que consume o paga el bien o el servicio. El que lo consume no tiene control sobre la prescripción, y la mayoría de las veces no es el responsable del pago; y por otra parte, el que debe efectivizar el pago o asignar el presupuesto, no es ni el que prescribe ni el que consume los mismos. Estas características le confieren una complejidad que no se percibe en otro tipo de transacciones mercantiles, por lo que la salud debe ser considerada de un modo distinto a otras, inclusive sociales.

La garantía de atención de salud esencial del PPS, como ya se ha referido, contempla un amplio número de iniciativas. Si bien aún existe un debate muy extendido entre los denominados enfoques «horizontales» y «verticales» de la salud (Olivera Cruz, 2003, citado por Tobar, 2008), la iniciativa del PPS no toma partido por ninguno de estos abordajes, sino que reclama resultados, independiente del abordaje elegido<sup>3</sup>. En la experiencia reciente de Argentina, donde existen sistemas muy compartimentados (el privado, el de obras sociales<sup>4</sup> y el público) con jurisdicciones muy definidas (la nacional en ciertas campañas masivas o la generación de políticas, el provincial a cargo de la alta y media complejidad, y los municipales y locales con activa participación en la atención primaria y la prevención), muchas veces no hay vasos comunicantes que le configuran a este esquema las características de un sistema coordinado e integrado para mejorar la salud de la población.

De algún modo, el elevado número de ciudadanos que perdieron su trabajo formal — y con ello la protección de la salud garantizada por el sistema de obras sociales — o que tuvieron que caer en morosidad en los sistemas prepagos de salud<sup>5</sup> a partir de la crisis, llevó a que la carga sobre el hospital público se volviese casi insostenible en ese contexto. Esto forzó a tener que redefinir políticas de salud que marcharon de manera inmediata en forma contraria a la visión previa de apuntar a subsidiar la demanda de salud.

Según Roca *et al.* (2012), a la fecha en Argentina existen además de 24 Ministerios de Salud provinciales, un número similar de obras sociales públicas provinciales, 250 obras sociales sindicales, medio centenar de instituciones privadas pre-pagas o seguros, un número indeterminado de diversas instituciones vinculadas a los municipios y gobiernos

<sup>3</sup> El abordaje vertical es el que se compone de una sumatoria de iniciativas y prestaciones que enfocan en cada uno de los problemas relacionados con la salud. Estos usan herramientas ad hoc para cada uno, y permiten la modificación de las tecnologías empleadas según el avance de las mismas. Por su parte, el enfoque horizontal, que se ofrece como más integral y articulador de iniciativas, plantea la agregación de los servicios de salud según la creciente complejidad de los mismos, integrando lo curativo con lo preventivo a partir de la utilización completa de la red de salud existente.

<sup>4</sup> Las obras sociales son entidades manejadas por sindicatos encargadas del seguro médico en la Argentina desde los años 1950. Con el tiempo, la expresión se utilizó cada vez más como sinónimo de seguro médico en general.

<sup>5</sup> Es un tipo de seguro médico privado en el que los beneficios varían según la cotización y el riesgo médico del asegurado. En Argentina, las empresas de medicina prepaga pueden tener contratos con la mayoría de las clínicas y centros hospitalarios o funcionar con una red propia de entidades prestadoras de servicios de salud.

---

locales, configurando aproximadamente un universo de 500 organismos públicos y privados vinculados a la salud.

El Ministerio de Salud (2011) ha realizado una taxonomía de las prestaciones del sector compuesto por tres tipos de cobertura:

- a) con cobertura de Sector Público:
  - con garantías explícitas – Plan Nacer;
  - con garantías explícitas – Programa Federal de Salud;
  - sin garantías explícitas (nacional, provincial y municipal);
- b) con cobertura de obras sociales:
  - nacionales (incluye el Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados);
  - provinciales;
- c) con cobertura de medicina prepaga.

Según los datos que emanan del censo nacional de hogares, personas y viviendas del año 2010, aproximadamente la mitad de la población cuenta con el sistema de obras sociales, o sea, el que se desprende de la condición de trabajador formal del individuo. Este segmento incluye a las obras sociales provinciales, que si bien son entidades públicas estatales, funcionan como cualquier otra obra social sindical. El sistema de obras sociales también tiene un grupo de afiliados que utilizan prepagas. Dentro del sistema de obras sociales se incluye al agente centralizador que es la obra social de los jubilados y pensionados, el PAMI, que tiene el número más alto de beneficiarios: más del 10 por ciento de la población total, en un segmento etario que tiene una demanda de servicios y bienes particularmente elevada.

Respecto al sistema público puro, que comprende hospitales de diversa complejidad y centros de atención primaria (inclusive dispensarios y otras salas de salud de atención de primeros auxilios) los números son más complejos. Esto se debe a que — inclusive los mismos ciudadanos afiliados — asisten a otros sistemas, pero en los casos de emergencias o de falta de ciertas prestaciones por los sistemas privados, recurren al hospital público. Aproximadamente un tercio de la población cuenta con la asistencia del sistema público únicamente. El segmento de habitantes que tienen cobertura sin garantías explícitas alcanza el 36 por ciento, o sea, alrededor de un tercio de la población. A esto hay que agregar un 2 por ciento de personas que tienen programas especiales de salud como complemento al sistema público.

Los afiliados al sistema privado de prepagas o seguros de salud por contratación voluntaria son aproximadamente el 5 por ciento de la población y en general son aquellos de mayores ingresos relativos. Sin embargo, también los hay de ingresos mucho más bajos y que acceden a servicios de seguros prepagos muy restringidos, mayoritariamente centrados en las urgencias y los sepelios.

Desde el punto de vista territorial existe una gran heterogeneidad en los tipos de cobertura. La cobertura por el sistema de obras sociales y prepagas es de un 62 por ciento para el total nacional, pero el rango de variación de la misma en las diferentes jurisdicciones provinciales va desde más del 80 por ciento en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires hasta poco menos del 40 por ciento en el caso de Formosa, conforme a los

---

datos del censo. Mientras que cuatro provincias con un total de casi tres millones de beneficiarios tienen una cobertura por el régimen de obras sociales y prepagas de más del 70 por ciento, otras nueve provincias tienen entre el 60 y 70 por ciento con 17,7 millones de individuos. Casi dos millones de personas constituyen los beneficiarios del sistema de obras sociales y prepagas en las seis provincias que tienen una cobertura de entre el 50 y 60 por ciento; para cerrar con otros dos millones en estas condiciones que habitan en las cinco provincias con coberturas de menos del 50 por ciento. En relación a los que se atienden solo en el hospital público, los que provienen de las cinco provincias de más del 50 por ciento del total de la población, constituyen solo el 17,1 por ciento de la población total del país en esa situación, o sea 2,5 millones de individuos. Esto es el 6 por ciento de la población total conforme el censo de 2010.

Los programas de salud implementados en la última década tuvieron una gran cobertura territorial y masividad. Estos incrementos se observan también en el sistema de obras sociales desde que, por la mejora en los ingresos de los trabajadores y el incremento en las nóminas salariales — que se suma a la absorción de las deudas previas del sistema por parte del Estado Nacional — los recursos son más abundantes. La mejora en los ingresos relativos también se verifica en el sistema de prepagas, a pesar de los aumentos en los costos de financiamiento, que debieron reforzar las instancias de regulación estatal.

Desde la legislación se incrementaron las exigencias al sistema privado y de obras sociales para la inclusión, entre los tratamientos reconocidos, de prácticas que anteriormente eran consideradas solo de la esfera de la medicina privada (obesidad, ciertas operaciones plásticas, adicciones, fertilidad asistida, entre otras). Se observó una mejora significativa de las tecnologías y la infraestructura de las obras sociales, en especial de las más grandes. Por otro lado, desde la esfera de la oferta por parte del Estado nacional se puede hablar de un número de intervenciones públicas con criterios de cobertura universal, orientadas a mejorar la oferta en la provisión de bienes y servicios de salud, a los que se suman los gobiernos provinciales y aquellos municipales que tienen estos.

Existe una variedad de insumos para la salud, infraestructuras diversas, así como complementos salariales para los agentes de la salud en las diversas jurisdicciones subnacionales, como el Plan Nacer, hoy rediseñado como Sumar<sup>6</sup>. El Plan Nacer brinda cobertura explícita de salud a niños y niñas menores de 6 años de edad sin obra social y a las embarazadas o las mujeres que estén transitando el puerperio (hasta 45 días después del parto) y tampoco tengan obra social. La población que se beneficia de las llamadas «**garantías específicas**», cubiertas básicamente por el Programa Nacional (al momento del censo) Nacer y el Programa Federal de Salud, contabiliza alrededor del 2 por ciento de la población total.

Ha sido dificultoso realizar cálculos precisos sobre el gasto de salud del propio bolsillo, sugerido como un indicador de la garantía de salud, porque para ello se debe contar con encuestas de gastos e ingresos de los hogares. La última encuesta de este tipo se realizó en el año 2004-2005. En este momento se está procesando la que tuvo los años 2012/13 como período del trabajo de campo.

<sup>6</sup> Cabe señalarse que la jurisdicción Nacional no cuenta con hospitales (salvo los del Ministerio de Defensa) que (se) administren directamente, salvo algunas excepciones en Buenos Aires.

---

Tomando como referencia la última encuesta de gastos de los hogares (publicada en 2006, pero realizada en 2004-2005 <sup>7</sup>), es posible tener una dimensión del gasto de los hogares en este rubro, en función de las diferentes características de los mismos.

La encuesta nacional de hogares define los gastos en salud del siguiente modo: «Salud: incluye los productos medicinales y accesorios terapéuticos (medicamentos, elementos para primeros auxilios, aparatos y accesorios) y los servicios para la salud (sistema prepago de asistencia médica, consultas médicas y odontológicas, internaciones, parto, fisioterapia, análisis clínicos y radiológicos).» (INDEC, 2006, pág. 9). Esta definición metodológica se aproxima a lo que se puede denominar como el «gasto de bolsillo» de los hogares en el rubro salud, y comprende tanto los servicios preventivos, como el gasto que se realiza para la terapéutica. En el mismo no se consideran los gastos que se deducen directamente de los salarios de los trabajadores formales, y como se observó, constituyen una importante porción del mismo.

En dicha publicación se consolida el gasto en salud para todo el país en un 7,6 por ciento — que originalmente era del 8,6 por ciento en la encuesta del año 1994-1995 — del total de los gastos de los hogares. Sin embargo, había una gran variabilidad entre las diferentes regiones: 8,4 por ciento en el Gran Buenos Aires, contra un 4,8 por ciento para el Noreste y la Patagonia. Esta variación se debe básicamente al papel desempeñado por las prepagas en los grupos de mayores ingresos relativos. A su vez, el gasto per cápita mensual de los hogares en el Gran Buenos Aires es de 2,4 veces más en relación a la región Noreste, y 1,4 superior a la Patagonia.

Si se analiza el gasto en salud en relación al número de miembros del hogar, se observa que si el mismo tiene un solo miembro, se destina el 9,5 por ciento del gasto al rubro de salud, el 11 por ciento si son dos miembros, mientras que para tres miembros el valor se acerca al promedio nacional (7,5 por ciento), el 6,4 por ciento para cuatro miembros y el 5,6 por ciento para cinco miembros y más. Este valor está muy influenciado por los gastos de los adultos mayores que viven solos o en parejas, y que al momento de la encuesta, la cobertura del régimen previsional era más baja que en la actualidad, como se verá al analizar la cuarta garantía del PPS. Este dato se verifica cuando se analizan los hogares por tipo, y se observa que los hogares nucleares sin hijos y unipersonales destinan el 12,1 por ciento y el 9,5 por ciento respectivamente a la salud, mientras que los hogares nucleares con hijos y extendidos gastan el 6,3 por ciento y el 7,7 por ciento.

Se estima que la nueva encuesta tendrá valores similares a la anterior en el agregado, aunque con diferencias para los subgrupos. En principio, el incremento en el empleo formal lleva a un menor gasto de bolsillo de aquellos en el sector informal o sin protección de salud. A la vez, el incremento en el poder adquisitivo de los sectores de mayores ingresos muestra un incremento en las prepagas un poco más elevado que la inflación. A su vez, aquellos sectores que son cubiertos solo por los sistemas de salud puramente públicos usufructúan hoy de mejores servicios tanto en lo que hace a la cobertura como en las prestaciones de los mismos.

### **2.3.2. Garantía del ingreso para la niñez**

La garantía del ingreso para los niños, si bien pensada para la adquisición de una gama de bienes y servicios — comenzando por la alimentación y continuando con la

<sup>7</sup> Véase: [www.indec.gov.ar](http://www.indec.gov.ar).

---

educación hasta el esparcimiento de los menores —, se instrumenta a partir de una transferencia dineraria. En economías que funcionan de manera mercantil y sin demasiadas distorsiones en los mercados, el sistema de la transferencia directa a los beneficiarios para que ellos opten por los bienes y servicios necesarios para la crianza y educación de los niños resulta como el mejor sistema de menores costos administrativos y mejor modo de presupuestar.

No obstante estas ventajas, a las que se suma la larga experiencia del pago de asignaciones familiares a partir de la condición de asalariado formal de alguno de los progenitores de los menores, una universalización más extensiva presenta algunas dificultades de implementación. En primer lugar, uno de los mayores problemas que se manifiesta es que si se le da la característica de un ingreso ciudadano en cabeza del menor, lo recibirían una importante cantidad de personas, que realmente no lo necesitan o, que en su defecto, realizan deducciones por su declaración del impuesto a las ganancias o rentas. Adicionalmente, si no se definen procedimientos muy claros, aquellos que tienen mucha itinerancia en el empleo formal, lo cobrarían algunos meses y otros no. Algo similar sucede cuando se le ponen topes máximos a los ingresos y el individuo tiene una gran volatilidad en los mismos por situaciones particulares de la actividad en la que se encuentra empleado.

El segundo nivel de problemas se da por las dificultades de captación de menores en los hogares más precarios y pobres, muchas veces caracterizados por el trabajo migrante o de tipo «*golondrina*», que hace que el seguimiento se vuelva muy difícil.

No obstante estas dificultades, hoy la tecnología y la experiencia en Argentina demostró que se puede llegar a obtener una cobertura importante en una asignación universal a niñas, niños y adolescentes, con un impacto considerable en los niveles de pobreza e indigencia, asistencia y permanencia escolar.

De acuerdo al estudio de Bertranou y Maurizio (2012) que destaca que el sistema argentino tiene tres componentes básicos, esto permite adecuar el instrumento a la diversidad de situaciones que se plantean en la realidad. Esta distinción se encuentra no solo en términos de la población beneficiaria, sino también en relación a las fuentes de financiamiento que tiene cada uno.

Los autores distinguen tres componentes:

- Deducción fiscal. Este régimen fue creado en 1932, cuando se aplicó el impuesto a las rentas o ganancias. Consiste en una deducción aplicada sobre la base imponible anual por cada hijo a cargo menor de 18 años. Esta prestación está a cargo de la Administración Federal de Ingresos Públicos (AFIP).
- Asignación familiar contributiva. Instaurada en el año 1957, como una prestación mensual por cada hijo, más una asignación anual por escolaridad. Beneficia a los trabajadores del sector formal, desempleados en el período de cobertura del seguro de desempleo, pensionados (contributivos y no contributivos) y trabajadores afiliados al sistema de Riesgos del Trabajo. Está a cargo de la Administración Nacional de la Seguridad Social (ANSES), en el caso de los trabajadores formales; y de las provincias y municipios, en el caso de los empleados públicos.
- Asignación Universal por Hijo (AUH). Cobertura para «*monotributistas sociales*» y eventuales, desocupados sin seguro de desempleo, inactivos sin prestaciones de la seguridad social u ocupados en la economía informal con ingresos inferiores al salario mínimo. Trabajadores incorporados al régimen especial del servicio doméstico, con ingresos menores al salario mínimo. La AUH es administrada por la ANSES y sus recursos tienen naturaleza no contributiva. Este vino a reemplazar el Plan Familias,

---

que venía siendo, de manera discrecional, el programa de transferencia de ingresos a los menores, no contributivo.

Hasta la implementación de la AUH, la cobertura de los niños y adolescentes en Argentina por Plan Familias y Asignaciones Familiares Contributivas era del 62,8 por ciento (Bertranou y Maurizio, 2012). De acuerdo a Bertranou y Maurizio (*ibid.*) el año previo a la implementación de la AUH, menos del 15 por ciento de los menores de 18 años contaban con protección del sistema no contributivo, mientras que el resto se dividía en un 49 por ciento por el sistema contributivo y un 5 por ciento por las deducciones del impuesto a las ganancias. En el año 2010, el último que calculan los autores, la cobertura de la protección a los menores de 18 años se da en un 80 por ciento del grupo etario. Esto se divide en 28,5 puntos porcentuales por la no contributiva — ahora solo la AUH —, 46,3 puntos porcentuales por el sistema contributivo y 5,4 puntos porcentuales por el sistema de deducciones al impuesto a las ganancias.

La cifra necesaria para llegar al 100 por ciento de cobertura está dada por los monotributistas y los trabajadores informales que superan el salario mínimo, aunque también hay un número no estimado de individuos no captados por diversos motivos: falta de documento de identidad o no solicitud por parte de los progenitores o encargados. Este último tema debería ser revisado, en particular, el caso de las otras situaciones donde no reciben el ingreso que en parte puede implicar exclusión de casos indebida.

Las instancias de coordinación de este sistema son relativamente sencillas en lo que hace al «disparo» de la prestación. Mientras que la ANSES se encarga del pago a la parte contributiva y no contributiva, la AFIP es la responsable del régimen de deducción del impuesto a las ganancias. Por su parte, y para dar cumplimiento al 20 por ciento que se paga cada año con la contraprestación de salud y educación, los certificados son emitidos en los ámbitos locales, mayormente provinciales.

### **2.3.3. Garantía de seguridad del ingreso a la población activa**

Como se explica en la sección de indicadores para el seguimiento de las garantías de la Recomendación relativa a los PPS, los ingresos de la población activa tienen el requerimiento de ser suficientes para la subsistencia de un grupo familiar con características demográficas muy distintas en relación al resto de la sociedad. A su vez deben encarar gastos heterogéneos, no solo por las necesidades que enfrenta cada uno, sino también por patrones de consumo determinados por pautas culturales, características regionales, e inclusive, preferencias individuales.

Es por esto que resulta sumamente difícil definir de manera general las líneas que debe tener un programa que atienda esta garantía del PPS. Asimismo, no existe una «*bala de plata*» que permita enfrentar de manera efectiva todas las situaciones que se generan en esta órbita, dadas las peculiaridades del tipo de desempleo que enfrenta el individuo en lo personal, como se dijo antes, pero también en su interacción con el contexto económico<sup>8</sup>.

<sup>8</sup> Algunos países, como Francia, diseñaron iniciativas como los «negative income tax» o impuestos negativos a las ganancias, que complementaban los ingresos de los hogares hasta un cierto nivel. Esta metodología puede llegar a ser muy efectiva en períodos cortos de desempleo o de subocupación con ingresos parciales o fluctuantes. A la vez, es muy eficiente en términos presupuestarios, ya que una vez acordado el nivel mínimo de ingresos que debe tener un individuo u hogar, solo se transfiere ese monto al mismo. Este tipo de programas son muy fáciles de administrar siempre que se tenga información certera y precisa en tiempo y forma de los ingresos del hogar, así

---

Dada la complejidad del análisis, antes de describir el estado del PPS en esta garantía, es necesario hacer una referencia a la forma en la cual Argentina pasó del pleno empleo a una crisis que puso al borde del colapso a las propias instituciones democráticas.

### Las primeras respuestas masivas: el Plan Jefes de Hogar

Argentina enfrentó una situación peculiar a partir de los años noventa en relación al mercado de trabajo. Dadas las históricas bajas tasas de desempleo en Argentina y la corta duración fuera de la ocupación de aquellos que perdían su trabajo, a pesar del desarrollo del estado de bienestar en términos de asignaciones familiares o pensiones, las prestaciones para el desempleo no eran una necesidad del esquema de protección social previo.

Con la disparada del desempleo en 1994 — que ya venía en ascenso desde 1991 — luego de un período de cierto «estupor» y protestas, se refuerzan los esquemas de seguro de desempleo (anteriormente localizados en ciertos sectores de tradicional volatilidad, como el de la construcción). Por ser insuficientes por su base formal y contributiva, deben ser reforzados por planes de empleo transitorio de diversa escala y magnitud.

Con la crisis se llega a la cifra de 2,4 millones de beneficiarios<sup>9</sup> de programas de empleo en manos del Estado (Kostzer, 2008). Esto tuvo un papel central no solo en aquietar el descontento social, sino también en fomentar la recuperación económica en las regiones más postergadas, donde la proporción de los beneficiarios llegaba al 40 por ciento de la población económicamente activa (Kostzer, 2008; Golbert, 2004; Roca *et al.*, 2004)<sup>10</sup>. Existen muchas evaluaciones de esta intervención, de los más diversos aspectos del plan (pobreza, género, empleabilidad, impacto macroeconómico, niñez, desarrollo local, etc.). Es por ello que no se ahondará en este trabajo al respecto.

Este programa, que inicialmente tuvo un costo fiscal cercano al 1 por ciento del PIB y al 4 por ciento del presupuesto nacional, constituyó la política de empleo más masiva de la región en los últimos 50 años. Posiblemente fue el intento más cercano a lo que se denomina «*Estado como empleador de última instancia*», en que el Estado garantiza un puesto de trabajo a una remuneración determinada para cualquier ciudadano que así lo desee<sup>11</sup>.

Más allá de su masividad en términos de beneficiarios, esta iniciativa constituyó una construcción institucional interjurisdiccional de gran magnitud para los antecedentes del país. En la misma participaron los niveles locales, provinciales, nacionales, entes

como las características demográficas del mismo. Sin embargo, en la mayor parte de los países, inclusive en los más desarrollados, es una dificultad contar con este tipo de información.

<sup>9</sup> Esta cifra se obtiene sumando los 1,98 millones de beneficiarios del Plan Jefes más los que están en programas de capacitación y los Programas de Emergencia Laboral, luego llamados Programas de Empleo y Capacitación (PEC).

<sup>10</sup> Las regiones donde los beneficiarios superaban el 15 por ciento de la población económicamente activa son las que tuvieron una más rápida recuperación económica luego de la crisis, dado el importante efecto multiplicador de estos planes en la economía local.

<sup>11</sup> Acerca del Estado como empleador de última instancia existe numerosa bibliografía con prestigiosos autores como Jan Kregel, Randall Wray, Mat Forstater, Bill Mitchell, Pavlina Tcherneva, entre otros. Allí surge un interesante debate frente a quienes sugieren las transferencias dinerarias sin contraprestación, inscritas en el Basic Income Group como Philippe van Parijs, Guy Standing o Rubén Lo Vuolo.

---

autárquicos, organizaciones de la sociedad civil de primer y segundo grado, de manera articulada y efectiva a la hora de transferir ingresos y dar trabajo a semejante universo disperso en todos los rincones del país. Hay que recordar que por entonces, la tasa de desempleo promedio largamente superaba el 20 por ciento en promedio, pero que en algunas localidades la misma duplicaba la media nacional.

La mecánica de coordinación era bastante compleja, pero funcionó de manera efectiva y con plazos muy perentorios. En una breve generalización de los procesos (aunque existieron muchas variantes de los mismos) el esquema era el siguiente:

- Los entes públicos o privados locales elevaban al Ministerio de Trabajo, Empleo y Seguridad Social (MTEySS) de la Nación un proyecto dentro de las diversas tipologías que se habían definido en el marco normativo.
- El Ministerio aprobaba la iniciativa en tanto se ajustaba a la normativa vigente y a las tipologías definidas. Autorizaba al organismo ejecutor a enviar el listado de los beneficiarios e iniciar la obra.
- La ANSES realizaba el chequeo de los beneficiarios para evitar que se incluyeran ocupados en los registros del organismo o beneficiarios de alguna otra transferencia de ingresos. Es difícil identificar ocupados informales o en los registros del organismo a cuenta propia. Luego se disparaba el pago de la prestación a la institución bancaria.
- El papel del organismo ejecutor y de las autoridades locales era el de supervisar la obra y proveer asistencia técnica, materiales, insumos u otros requisitos complementarios. A su vez, los mismos eran los responsables del cumplimiento de la contraprestación por parte de los beneficiarios.
- El Ministerio auditaba la obra, suspendía la misma en caso de incumplimientos e inclusive podía sancionar exigiendo la devolución de los montos pagados.

De este modo funcionaron también otros programas conexos, como ser el Jefes con Materiales mediante el cual se les proveían directamente los insumos para funcionar. A su vez, lo siguen haciendo en la actualidad muchas de las iniciativas que tienen que ver con la cobertura de los períodos de bajo empleo estacional (como el plan «interzafra» en el caso de la producción azucarera), donde el Estado nacional concurre a complementar los ingresos de los pobladores que enfrentan esta situación.

## El salto hacia los otros instrumentos

Las políticas de transferencias de ingresos a la población activa se ejecutan en dos ámbitos diferenciados, pero con vasos comunicantes. Esto puede ser a través del Consejo Nacional de Políticas Sociales o de manera bilateral entre el Ministerio de Desarrollo Social y el MTEySS, a través de su Secretaría de Empleo y Formación Profesional. En este sentido, podemos mencionar los programas como Argentina Trabaja, Seguro de Capacitación y Empleo, Más y Mejor Trabajo, que tienen diversas prestaciones dinerarias, ya sea para aquellos que trabajan como prestación, así como para los que participan en formación e inclusive terminalidad educativa formal. En todas estas iniciativas participan también los municipios y entidades intermedias que son la cara local de los proyectos.

A lo largo de la última década, cuando se consolidaron las acciones directas de programas de empleo y capacitación de la Secretaría de Empleo del MTEySS, y según los datos comunicados por lo último, se atendieron a 4,5 millones de personas en programas de transferencias directas de ingresos en sus diferentes formas. Más de la mitad de los mismos, 2,7 millones, se realizaron durante el período 2003-2007, de los cuales más del 75

---

por ciento eran transferencias del Programa Jefes de Hogar Desempleados. A este se le sumaban poco más de medio millón de beneficiarios como resultado de otros programas similares, pero con otros criterios de elegibilidad. Obviamente estos números son el resultado de la crisis que había sumido al país en ese período, pero el crecimiento significativo del empleo <sup>12</sup>, la incorporación de millones de desempleados y nuevos trabajadores al mercado de trabajo hizo que la cantidad de estos planes y programas se fuese reduciendo. Sin embargo, en términos de prestaciones extra dinerarias los programas se volvieron más sofisticados y comprensivos <sup>13</sup>.

## El seguro de desempleo contributivo

Una nota aparte merece la iniciativa del seguro de desempleo, mucho más convencional o similar a las de las economías centrales con protección a la pérdida del trabajo asalariado. Este instrumento tiene la función de operador anti-cíclico y a lo largo de la última década ha otorgado prestaciones a 1,5 millones de trabajadores. Anualmente atiende alrededor de 250 mil personas, lo cual tiene que ver con el desempleo friccional estructural de una economía como la de Argentina. Sin embargo, en los años 2009 y 2010 se ha visto superada en casi 100 mil personas como resultado de la crisis global y la caída en la demanda laboral. A lo largo del año 2013 se han otorgado 118 mil prestaciones.

El seguro de desempleo en Argentina se encuentra reglado por la ley núm. 24.013 y ofrece una cobertura mínima de dos meses, hasta un total de 12. A su vez, depende del período de trabajo en relación de dependencia y se compone de las siguientes prestaciones:

- a) prestación básica dineraria;
- b) pago de asignaciones familiares;
- c) cobertura médico-asistencial;
- d) reconocimiento de la antigüedad a efectos previsionales;
- e) posibilidad de contar con orientación laboral o apoyo en la búsqueda de empleo por parte de oficinas públicas; y
- f) posibilidad de capitalizar el seguro de desempleo (modalidad de pago único) para el desarrollo de emprendimientos económicos que posibiliten la inserción laboral del/los beneficiario/s.

El seguro de desempleo se tramita en la ANSES e impone a sus beneficiarios las siguientes obligaciones:

- a) Proporcionar toda documentación solicitada y comunicar los cambios de domicilio;

<sup>12</sup> El crecimiento significativo del empleo fue un resultado de un aumento del PIB continuo y una elevada elasticidad empleo/producto.

<sup>13</sup> El Programa Jefes de Hogar Desempleados se va reduciendo de manera rápida y sostenida a lo largo de los años, para finalmente desaparecer. Esta tendencia se observa a su vez en las otras intervenciones de transferencias directas a beneficiarios.

- 
- b) Aceptar los empleos adecuados que le sean ofrecidos por el MTEySS y asistir a las acciones de formación para las que sean convocados;
  - c) Aceptar los controles que establezca la autoridad de aplicación (leer atentamente el ticket o recibo de cobro donde se le indicará día y hora de presentación);
  - d) Solicitar la suspensión del pago del seguro de desempleo, al momento de incorporarse a un nuevo trabajo (cuenta con cinco días hábiles para realizar el trámite);
  - e) Reintegrar los montos de prestaciones indebidamente percibidas.

#### Otras iniciativas para la población en edad activa

Los familiares de los beneficiarios, los activos en condiciones de extrema vulnerabilidad, beneficiarios que cuentan con menores de 14 años, adultos mayores o discapacitados, también pueden ser beneficiarios del Plan Nacional de Seguridad Alimentaria perteneciente al Ministerio de Desarrollo Social de la Nación, que apoya a las familias en cuestión para mejorar la cantidad y la calidad de la alimentación de los miembros del hogar. Esto se da ya sea a través de las transferencias dinerarias mediante una tarjeta bancaria o fortaleciendo comedores comunitarios responsables de atender a los sectores de mayor pobreza.

A su vez, este plan fortalece el componente de apoyos a las familias. Mediante la formación de técnicos y de los propios beneficiarios, coadyuva al cuidado de la salud de los miembros del hogar, en particular de los menores, y realiza esfuerzos para mejorar los hábitos alimentarios de forma racional y supervisada. Un segundo componente del Plan Nacional de Seguridad Alimentaria es el de abordaje comunitario, que fomenta el desarrollo de organizaciones de base para apoyar la seguridad alimentaria a través de acciones que brindan servicios alimentarios o complementarios.

#### Iniciativas vinculadas a la producción

Si bien el Gobierno sigue apostando a la generación de empleo como eje de su política económica y social, la defensa de los puestos de trabajo en los momentos de crisis ha sido importante. Se diseñaron programas como Recuperación Productiva (REPRO) que implicaron transferencias a los trabajadores cuyos turnos habían sido reducidos por las caídas en la demanda. Estos se desarrollaron para evitar que sus ingresos se redujesen y, a la vez para evitar los despidos masivos. Los proyectos del REPRO fueron confeccionados a medida de los requerimientos de cada empresa y en relación a las características que el sector productivo tiene, tanto en términos de duración como en magnitud de cobertura. Lo único que estaba fijado de manera universal era el monto máximo de la prestación por parte del Estado.

En la definición de las empresas que se hacían adjudicatarias a las prestaciones del REPRO, encabezado por el MTEySS, participaron también el Ministerio de Industria y el de Economía de la Nación. Las áreas de administración del trabajo de las provincias, así como los ministerios de la producción locales, también fueron actores importantes en la captación de aquellas firmas que accedieron al programa y en la auditoría de las mismas para evitar que se generasen despidos masivos. El REPRO tuvo su momento de mayor expansión en los años 2009 y 2010, donde apoyó a 130 mil trabajadores para reducirse en los años siguientes de manera significativa, básicamente por la recuperación en los niveles de actividad económica. Este constituyó una respuesta en aras de evitar los despidos durante la crisis financiera global, mostrando bastante efectividad. Al año 2012, los beneficiarios de este programa sumaron 46 mil, siendo poco más de 24 mil los del año en curso.

---

Otro programa temporario de sostenimiento de ingresos de los ocupados lo constituye el denominado «interzafra». Estos programas, adaptados al cronograma agropecuario de las economías regionales, tienen por objetivo cubrir a los trabajadores temporarios o estacionales para reducir su vulnerabilidad y las presiones a la migración temporaria, ya que no solo impactan sobre ellos, sino que también sobre otros miembros de su familia, incrementando así problemas sociales más profundos. Este tipo de programa es bastante estable en lo que hace al número de beneficiarios (entre 60 y 70 mil por año), ya que tiene que ver con actividades muy estructuradas y de requerimientos laborales fijos, como son la cosecha de caña de azúcar, tabaco, hortalizas, vid y yerba mate, entre otras, signadas por marcada estacionalidad en el año <sup>14</sup>.

Las otras iniciativas de la Secretaría de Empleo se dividen en tres grupos muy definidos por sus características: a) mejoras de la empleabilidad, b) inserción laboral asistida, y c) ocupación transitoria. De acuerdo a la información existente, estas tres iniciativas suman 5,6 millones de prestaciones durante la última década. Si a esto se le suman los montos del seguro de desempleo de tipo contributivo, se incrementan 1,5 millones de trabajadores adicionales.

## Las oficinas de empleo

La búsqueda de trabajo es una actividad central en la reinserción laboral de los trabajadores. Por ello la red de oficinas de empleo se convierte en un instrumento idóneo para tal fin.

A través del Ministerio de Trabajo, el Gobierno nacional se encarga de instalar, desarrollar y fortalecer oficinas de empleo en todo el territorio nacional. Esto lo hace en acuerdos con los gobiernos provinciales y municipales, así como con organizaciones de la sociedad civil. Estas oficinas prestan apoyo en la búsqueda de empleo a las personas, orientación que hace a la capacitación y formación profesional. A su vez, apoyan a las empresas, que pueden ver reducidos los costos de la búsqueda de trabajadores al utilizar este servicio público.

Las oficinas de empleo proveen los siguientes servicios a las personas postulantes:

- Apoyo a la búsqueda de empleo: asistencia general a las personas que tienen dificultades de obtener un empleo a través de orientación en la definición del perfil laboral y de capacitación para detectar las oportunidades a partir de las capacidades del postulante;
- Orientación al trabajo independiente: apoyo en la elaboración de las cartas de presentación, diseño de estrategias para la búsqueda de empleo, asesoramientos sobre el potencial de los mercados de trabajo locales, y orientación de alternativas;
- Intermediación formativa: apoyo a potenciales independientes en capacitación y redefinición del perfil profesional;

<sup>14</sup> Cabe señalar que el Programa Jefes de Hogar Desempleados cumplió durante mucho tiempo esta función, ya que sus beneficiarios podían suspender su vinculación con el mismo cuando conseguían un empleo de temporada. La desaparición de este programa, sumada a una abierta política por parte de la Secretaría de Empleo en considerar estas situaciones para reducir las migraciones y la vulnerabilidad en el nivel local, institucionalizó el «interzafra» como una alternativa válida, efectiva y eficiente.

- 
- Intermediación laboral: apoyo en la búsqueda, implementación de bases de datos de empleadores y vacantes para las personas;
  - Derivación a programas de empleo: reciben solicitudes de beneficiarios potenciales y los derivan en función de sus capacidades y cualidades a los programas de empleo vigentes. Sirven para el seguimiento y evaluación de impacto de las iniciativas;
  - Derivación a programas sociales: en aquellos casos en que las personas son derechohabientes potenciales de programas sociales, la oficina de empleo las deriva a las mismas, oficiando de ventanilla de entrada en el sistema.

Por su parte, las oficinas de empleo brindan servicios públicos y gratuitos a los empleadores en las siguientes áreas:

- Preselección de postulantes: se les presentan a los empleadores listas de los potenciales postulantes en función de los requerimientos o perfiles solicitados para los diferentes puestos. Esto implica reducir los costos de las búsquedas, en particular para las empresas pequeñas y medianas, a la vez que concurren a las entrevistas con información más normalizada y acorde a los pedidos del futuro empleador.
- Información a empleadores: se les informa a los empleadores sobre las condiciones legales generales, así como de los programas especiales de promoción del empleo en vigencia.

Conforme a los informes oficiales, en la actualidad hay 500 oficinas de empleo que han atendido en los últimos dos años a más de 600 mil personas cada uno. Si se tiene en cuenta que ingresan al mercado de trabajo unas 250 mil personas anualmente, se observa que no solo concurren a los mismos trabajadores que buscan su primer empleo.

## Garantía de ingreso a los adultos mayores

La cuarta garantía del PPS, o sea, a los adultos mayores, es una de las que tuvo el mayor crecimiento y nivel de cobertura en Argentina en el último decenio.

Luego de un periodo de un decenio de cambios del tradicional sistema de reparto desde la implantación del sistema de seguridad social en la primera mitad del siglo XX, donde se implementó un sistema semi-mixto de capitalización y de reparto, que fue gravoso para las cuentas fiscales, se avanzó hacia un proceso de reforma del mismo. En efecto, el tránsito al sistema de capitalización en 1994, sumado a tasas de desempleo de dos dígitos, mayor tasa de no registro de asalariados, terciarización y precarización del mercado de trabajo, redujo de manera dramática la tasa de cotizantes y aportantes a la seguridad social. De esta manera, una porción importante de los adultos mayores en edad jubilatoria fue dejada fuera del sistema de seguridad social. El sistema perdió casi medio millón de aportantes netos entre 1997 y 2001 — a pesar de la reducción del 11 por ciento al 5 por ciento de la alícuota —, y pasó a 5,1 millones en 2001. Esta situación se agravaba por la falta de los servicios de salud, que ponían gran presión sobre el sistema público.

La reforma del sistema previsional argentino se basa en tres pilares centrales:

- la ley núm. 24.776 de Moratoria Previsional, que facilita la inclusión de personas que no tenían los años de aportes necesarios;

- 
- la ley núm. 26.417 de Movilidad Jubilatoria, que fija el régimen de aumentos y ajustes de las jubilaciones en función de una fórmula combinada de incrementos en la remuneración de los pasivos<sup>15</sup>; y
  - la ley núm. 26.425 de reestatización del Sistema Integrado Previsional Argentino, que vuelve al sistema de reparto todos los aportes y contribuciones a la seguridad social, asumiendo los compromisos de este.

Este conjunto de iniciativas llevó, por un lado, a que el número de beneficiarios de la seguridad social crezca en 2,6 millones en un lapso bastante reducido; y por el otro, a que el monto total asignado al sistema jubilatorio pasase del 3,6 por ciento al 6,6 por ciento del PIB entre 2003 y 2012 (Roca *et al.*, 2004). Hoy existen 5,4 millones de beneficiarios del sistema de jubilaciones y pensiones en el país. Esta cifra constituye el valor más alto de la región, así como el mayor en toda la historia del país. Por otro lado, un tema central a relevar es el de la situación de los jubilados y pensionados en términos de satisfacción de sus necesidades materiales, que si bien se deben haber mejorado significativamente con respecto a la década pasada, aún deben quedar algunos en situación de privación.

## **2.4. Las instituciones formales vinculadas al PPS y la coordinación interinstitucional**

En esta sección se analizarán las instituciones formales existentes en la República Argentina y que tienen injerencias directas con las garantías del PPS. Estas se adicionan a los ministerios sectoriales — nacionales y provinciales —, ya sea en el diseño de políticas, planes, programas y proyectos, como en la gestión directa de la totalidad o parte de las iniciativas orientadas a las cuatro garantías.

### **2.4.1. El Consejo Nacional de Coordinación de Políticas Sociales**

A partir del año 2002 se crea el Consejo Nacional de Coordinación de Políticas Sociales (CNCPS), en el área de la Presidencia de la República, que precisamente tenía por objetivo evitar la dispersión de esfuerzos de los diferentes sectores. Al mismo tiempo se incorporaban otros sectores más indirectamente vinculados, tales como el referente de infraestructura o el Ministerio de Economía.

En su página institucional plantea que «El Consejo Nacional de Coordinación de Políticas Sociales es un Organismo de Presidencia de la Nación creado en el año 2002 con la finalidad de lograr una correcta y eficaz administración de los recursos del Estado destinados a la política social. Es un espacio articulador de planificación y coordinación de la política social nacional para mejorar la gestión de gobierno.»<sup>16</sup>.

<sup>15</sup> La fórmula de la movilidad jubilatoria se compone de una combinación entre los aumentos en las remuneraciones de los trabajadores activos y la recaudación del sistema tributario. El incremento de las remuneraciones de los jubilados resultó en aumentos reales en el poder de compra de las jubilaciones más elevados que el de los trabajadores activos, restaurando inequidades de larga data.

<sup>16</sup> Véase: <http://www.politicassociales.gov.ar/institucional.php> [noviembre de 2013].

---

## Objetivos del CNCPS

De acuerdo al decreto que le da creación y marco legal, el objetivo general del CNCPS es «articular, planificar y coordinar estratégicamente la política social del Gobierno nacional, para mejorar la gestión del Gobierno».

A su vez los objetivos específicos son los siguientes:

- Establecer las políticas prioritarias a corto plazo y las definiciones estratégicas para el mediano y largo plazo, orientadas a abordar los principales problemas sociales.
- Coordinar la política en materia de cooperación internacional par el financiamiento de los programas sociales.
- Diseñar mecanismos de articulación entre los programas sociales que ejecutan distintas jurisdicciones del poder ejecutivo nacional.
- Fomentar la coordinación y la articulación de los planes nacionales con los planes sociales provinciales y municipales.
- Administrar y actualizar el sistema integrado nacional de información social, monitoreo y evaluación de las políticas y programas.
- Coordinar y asistir técnicamente a las distintas áreas en materia de capacitación y desarrollo.
- Coordinar y planificar la difusión de las políticas y planes sociales y de sus resultados.
- Coordinar y articular la gestión de los organismos responsables de la política social nacional<sup>17</sup>.

Como se observa, el CNCPS, institución que tiene una Secretaría Ejecutiva y está presidida por la Ministra de Desarrollo Social, tiene diversos objetivos. Por un lado, pretende estar un paso adelante en la coordinación e integración de las políticas sociales con respecto a lo normativo. Al mismo tiempo aporta un soporte fundamental a la misma coordinación e integración a partir de la centralización y difusión de la información sobre las iniciativas.

## Los integrantes del CNCPS

En el Consejo Nacional de Coordinación de Políticas Sociales participan los Ministerios de Desarrollo Social; Trabajo, Empleo y Seguridad Social; Educación; Ciencia, Tecnología e Innovación Productiva; Salud; Economía; Planificación Federal, Inversión Pública y Servicios; Justicia y Derechos Humanos; y la Secretaría Nacional de Niñez, Adolescencia y Familia. El mismo funciona con reuniones periódicas donde se llevan adelante las tareas de coordinación necesarias. De manera periódica y obligatoria hay reuniones de ministros y de secretarios, y conforme a las necesidades, de funcionarios de menor rango. Del CNCPS dependen algunas de las áreas sectoriales transversales de la política social, así como otras de carácter instrumental para la política social.

<sup>17</sup> Véase: <http://www.politicassociales.gov.ar/objetivos.php> [noviembre de 2013].

---

Entre los organismos sectoriales que lo componen están:

- el Consejo Nacional de las Mujeres;
- la Comisión Nacional Asesora para la Integración de las Personas con Discapacidad;
- el Centro Nacional de Organizaciones de la Comunidad;
- el Consejo Consultivo Nacional de Políticas Sociales; y
- la Red Nacional de Actividades Físicas y Desarrollo Humano.

Las iniciativas de carácter instrumental se dividen en dos subgrupos. Por un lado, las que son áreas de apoyo para la política social y su gestión, y por el otro, las de proyectos puntuales ejecutados desde el CNCPS:

- El Sistema de Identificación Nacional, Tributario y Social (SINTyS) es una gran base de datos que registra a los ciudadanos y su relación con la política social. Es el encargado de la focalización y registro de los derechohabientes y las prestaciones que reciben.
- El Sistema de Información, Monitoreo y Evaluación de Programas Sociales (SIEMPRO), que tiene como función el seguimiento de los resultados y la evaluación de los mismos.

En lo que hace a los proyectos o iniciativas puntuales, los mismos son:

- El proyecto de Objetivos de Desarrollo del Milenio: encargado del seguimiento o monitoreo y reporte de los avances de las Metas del Milenio, así como de la discusión de la agenda global de desarrollo denominada «Post-2015».
- **Plan Ahí:** Plan Nacional de Abordaje Integral, también conocido como el de abordaje territorial de la política social.
- **Primeros Años:** Plan que coordina la política nacional con gobiernos locales para el desarrollo integral de los menores de 0 a 4 años, y que involucra a los Ministerios de Desarrollo Social; Trabajo, Empleo y Seguridad Social; Educación; Salud; y Justicia y Derechos Humanos.

El CNCPS constituye el intento continuo de mayor duración en mantener un ámbito orientado a dar mayor coherencia a la política social, reduciendo así las contradicciones y, a su vez, está dotado de instrumentos de centralización y difusión de información al alcance de los gestores de la política.

#### **2.4.2. Los Consejos Federales**

Para la coordinación interjurisdiccional existen varios Consejos Federales que funcionan con reuniones periódicas (en su mayoría mensuales o trimestrales), donde se dan a conocer a las autoridades sectoriales de las provincias — los representantes de los gobiernos locales — las diferentes resoluciones de los Ministerios Nacionales. A su vez se discuten iniciativas, se comparten buenas prácticas y se dan los debates más políticos y conceptuales. Existen Consejos Federales en las áreas de salud, educación, trabajo, políticas sociales, para mencionar los más directamente involucrados en las áreas vinculadas a las garantías del PPS.

---

## Consejo Federal de Salud y Consejo Regional de Salud

El Consejo Federal de Salud (COFESA) es un organismo que fue creado en el año 1981 por la dictadura militar en el contexto del traspaso de funciones de la salud a las provincias. Está basado en el sustento ideológico del «principio de subsidiaridad del Estado», que primó en esa época como anticipo a lo que se consolidaría en los años noventa. El decreto que crea el COFESA señala como misión de dicho órgano la coordinación sectorial del desarrollo del sector de la salud en toda la República. Entre sus funciones están (Rodríguez Ricchieri y Tobar, 2003):

- apreciar los problemas de salud comunes a todo el país, los de cada provincia y de cada región en particular;
- determinar las causas de tales problemas;
- analizar las acciones desarrolladas y revisar las concepciones a lo que respondieran, para establecer la conveniencia de ratificarlas o modificarlas;
- especificar postulados básicos, capaces de caracterizar una política sectorial estable de alcance nacional y recomendar cursos de acción aconsejables para su instrumentación;
- compatibilizar las tareas inherentes a la diagramación y ejecutar los programas asistidos conducidos por la autoridad sanitaria nacional y la de cada jurisdicción en la selección de métodos de evaluación, estimulando la regionalización y/o la zonificación de los servicios;
- contribuir al desarrollo de un sistema federal de salud.

A la gestión del COFESA hay que sumarle la de los Consejos Regionales de la Salud, que reproducen en la escala de las regiones el abordaje a los problemas comunes de la salud. Existen especificidades que se diluyen en el ámbito nacional, a la vez que requieren ser encaradas por más de una provincia, dadas las características de algunos de los problemas.

## Consejo Federal del Trabajo

El Consejo Federal del Trabajo es el ámbito donde el Ministerio de Trabajo de la Nación articula con las administraciones provinciales el fortalecimiento de la supervisión de todos los temas laborales. Este consejo recoge las iniciativas desde lo territorial, pero al mismo tiempo es el responsable de compatibilizar las diversas problemáticas locales y la adecuación a las normas generales.

Son sus funciones, conforme al artículo 2 de la norma (Pacto Federal del 29 de julio de 1998) que le da creación <sup>18</sup>:

- impulsar las políticas generales en la materia bajo los principios de coordinación, cooperación, coparticipación y corresponsabilidad entre las administraciones del trabajo, procurando la mayor eficacia de la actividad gubernamental y de los actores sociales en las distintas jurisdicciones y competencias;

<sup>18</sup> Véase: <http://www.trabajo.gov.ar/consejofederal/> [noviembre de 2013].

- 
- recabar información, prestar y recibir asesoramiento y formular propuestas ante los cuerpos legislativos y organismos administrativos, nacionales o provinciales, en materia de su competencia o interés;
  - vincularse con organismos internacionales por intermedio del Ministerio de Trabajo, Empleo y Seguridad Social y participar en eventos que se realicen en el exterior;
  - fortalecer las administraciones del trabajo, especialmente su equipamiento y capacitación profesional, pudiendo requerir para ello la asistencia de sus propios miembros o de organismos públicos o privados, del país o del exterior;
  - ejercer las funciones de autoridad central de la inspección del trabajo, prevista en los Convenios núms. 81 y 129 de la OIT;
  - efectuar o encomendar estudios e investigaciones de interés común, asegurando además un completo, regular y actualizado intercambio de documentación oficial, informes, estadísticas y publicaciones entre sus miembros;
  - participar en el diseño de los programas de promoción del empleo y de capacitación laboral y proponer criterios para su financiamiento, procurando su adecuación a las necesidades regionales, evitando tanto exclusiones como superposiciones con programas de otras áreas;
  - realizar las demás actividades necesarias para el cumplimiento de sus objetivos.

Este ámbito tiene gran relevancia en la instrumentación de la tercera garantía del PPS, dada su capacidad de bajar hacia lo territorial recomendaciones orientadas a la generación de medidas que permitan reducir los niveles de vulnerabilidad de la población activa con dificultades de inserción y permanencia en el mercado de trabajo.

### **2.4.3. La Administración Nacional de la Seguridad Social**

Como se menciona anteriormente, las garantías basadas en las transferencias de ingresos a la población (directos, con o sin contraprestación) se realiza a través de la ANSES, quien coordina interinstitucional y jurisdiccionalmente a las mismas.

ANSES tiene un despliegue territorial de cobertura nacional en las denominadas Unidades de Atención Integral (UDAI), responsables de la atención al público del ANSES y que se centran básicamente en las siguientes funciones:

- Prestaciones previsionales, para todos los jubilados y los que están próximos a hacerlo. Efectiviza los pagos a los jubilados y pensionados, así como realiza los trámites para ser incorporados en los listados de beneficiarios.
- Prestaciones para trabajadores en actividad. Efectiviza los pagos directos de las asignaciones familiares, ayudas escolares, y la AUH.
- Prestaciones para desempleados. Paga los subsidios de desempleo y provee asesoramientos varios para la búsqueda de empleo. Interactúa con las Gerencias de Empleo.
- Servicios para empresas. Realiza los pagos de los planes especiales como el REPRO y provee asesoramiento a las empresas en los diferentes temas relacionados con la articulación con la seguridad social.

---

Esta cobertura territorial es la que permitió introducir varios planes masivos de transferencias de ingresos en relativamente corto plazo (Plan Jefes de Hogar, Moratoria Jubilatoria, AUH, REPRO, etc.) a diferentes colectivos de beneficiarios, articulando con diversos actores: individuos y el sector privado, y municipios, provincias y organizaciones de la sociedad civil con niveles de efectividad y eficiencia considerables. Asimismo, es significativo el hecho de que las denuncias por casos de mala adjudicación y/o corrupción, son bajas en relación a la masividad de las intervenciones. Adicionalmente, la ANSES es también utilizada para la asignación de programa «*Conectar Igualdad*», que asigna a los estudiantes del país una computadora del tipo *netbook* en las distintas provincias del país, en conjunto con los Ministerios de Educación locales y los municipios.

ANSES cuenta con un instrumental tecnológico apreciable, que es el que permitió en poco tiempo cargar las bases de beneficiarios y disparar las transferencias dinerarias a una población vulnerable que no podía ser desatendida por largo tiempo. De esta manera, se permitió el rediseño de intervenciones sociales que iban perdiendo efectividad por los cambios en la situación general.

#### **2.4.4. La Superintendencia de Servicios de Salud**

Otro actor importante en las prestaciones de la salud que contribuye a la garantía 1 del PPS es la Superintendencia de Servicios de Salud (SSS). Como se señaló al comienzo, el sistema de salud de Argentina está constituido por un conjunto de actores de los ámbitos públicos y privados, que a veces tienen vasos comunicantes de diverso orden, y que ameritan un nivel de regulación importante. La SSS es el ente responsable del control de los actores del sistema nacional del seguro de salud y el responsable de la regulación de los mismos.

Supervisa, controla y fiscaliza a las obras sociales y a los otros agentes del sistema de salud con «[...] el objeto de asegurar el cumplimiento de las políticas del área para **la promoción, preservación y recuperación de la salud de la población y la efectiva realización del derecho a gozar las prestaciones de salud establecidas en la legislación.**»<sup>19</sup>.

Entre sus objetivos se encuentran:

- dictar las normas para regular y reglamentar los servicios de salud. Asegurar y controlar la opción de cambio de obra social de los beneficiarios del sistema;
- controlar el funcionamiento de las obras sociales y de otros agentes del seguro de salud, de los prestadores intervinientes y de toda otra entidad prestadora o financiadora de prestaciones médico-asistenciales que se incluyan;
- controlar el funcionamiento correcto del mecanismo de débito automático desde la recaudación de las obras sociales hacia los hospitales públicos de gestión descentralizada;

<sup>19</sup> Véase: <http://www.sssalud.gov.ar/index/index.php?cat=institucion&opc=mision>.

- 
- aprobar el ingreso de las entidades al sistema;
  - garantizar el respeto y la promoción de los derechos de los beneficiarios del sistema;
  - aprobar el programa de prestaciones médico-asistenciales de los agentes y controlar el presupuesto de gastos y recursos para su ejecución.

Como se observa en sus misiones y funciones, la SSS desempeña una función importante en hacer cumplir que los servicios de salud en el país tengan los parámetros de calidad mínimos establecidos, a partir de su poder de contralor. Asimismo, también funge de caja de compensaciones entre obras sociales y entre los segmentos públicos y privados de la salud.

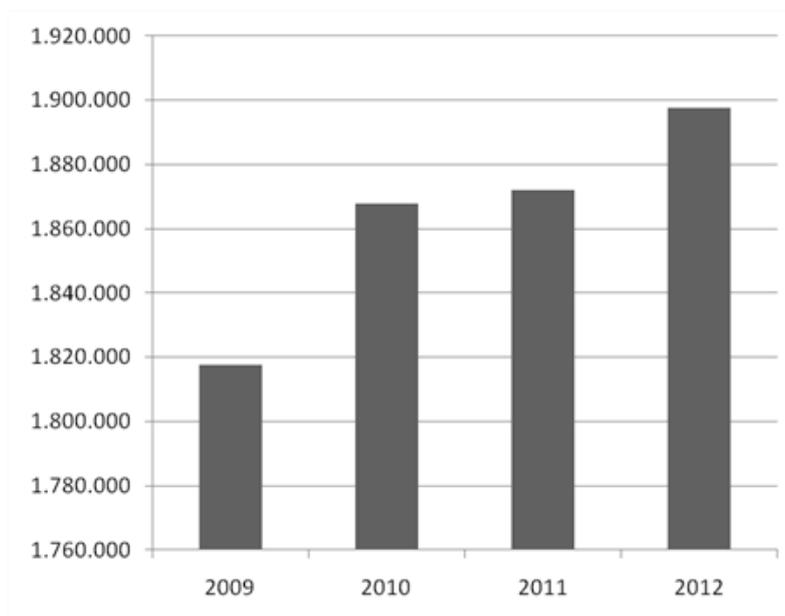
#### **2.4.5. Los mecanismos de coordinación institucional vinculados por la Asignación Universal por Hijo**

##### Creación y evolución de la AUH

La AUH fue creada en 2009 y vino a reemplazar dos programas de transferencias con corresponsabilidad: el Plan Jefes de Hogar Desempleados y el Plan Familias por la Inclusión Social. Los dos programas estaban administrados por distintas instituciones: el primero por el Ministerio de trabajo y el segundo por el Ministerio de Desarrollo Social. Además, las concepciones subyacentes eran distintas y los programas encontraban dificultades para controlar las condicionalidades para devolver las prestaciones (Díaz Langou, 2012). A mediados de los años 2000, surgió la idea de coordinar los programas para integrarlos, en 2009, en un programa único administrado por ANSES que vino a recuperar sus beneficiarios. En efecto, de los primeros esfuerzos para coordinar los programas nacieron reglas de coordinación limitadas que se necesitaban superar (Díaz Langou, 2012).

La AUH tenía por objetivo extender la Asignación Familiar por Hijo que ya existía a los trabajadores fuera de la economía formal (en empleo o no) con condiciones de ingresos inferiores al salario mínimo. Es una prestación semicondicionada: los beneficiarios perciben el 80 por ciento del monto de la prestación mensual, mientras el restante 20 por ciento se deposita en una caja de ahorro que puede cobrarse cuando el titular de la prestación cumple con las condicionalidades (controles sanitarios, plan de vacunación, cumplimiento del ciclo lectivo escolar, dependiendo de la edad de los niños). Como mencionado antes, la cobertura de los hogares con niños y adolescentes aumentó considerablemente con la implementación de la AUH: dentro de la cobertura total de las asignaciones familiares, la cobertura del componente no contributivo pasó del 14 por ciento en 2008 (incluido el Plan Familias) al 27 por ciento en 2009 (Bertranou y Casanova, 2013). En números absolutos de hogares cubiertos se nota también una evolución positiva.

**Gráfico 2.2. Asignación Universal por Hijo, cobertura efectiva de hogares**



Fuente: Elaboración propia con base en datos de la CEPAL (2013).

### Diseño e integración de los componentes contributivos y no contributivos

Como lo subrayan Bertranou y Casanova (2013), «en lo que respecta a la institucionalidad, la AUH ha sido diseñada en conexión directa con el sistema contributivo, en el sentido que se propone que constituya una universalización del sistema ya existente de asignaciones familiares de los trabajadores formales». En efecto, el valor de la prestación de la AUH es equivalente al valor de la prestación para el tramo de ingresos más bajo de las Asignaciones Familiares para Trabajadores contributivos (AFC), es decir desde aproximadamente 340 dólares. (CEPAL, 2013).

La conexión de la AUH con el sistema de protección social contributivo, desde la etapa del diseño del programa, se encuentra reforzada con sus modos de financiamiento y de gestión. La AUH se financia con recursos del sistema de seguridad social que vienen de las contribuciones y los rendimientos del Fondo de Garantía de Sostenibilidad del régimen previsional (FGS) y está administrada por ANSES. En términos de gestión, la ANSES (y su antecedente, el Instituto Nacional de Previsión Social) tiene como finalidad desde su creación la unificación de la administración del Sistema Nacional de Previsión social. La ANSES administra la AUH, pero también los ingresos del Fondo Nacional de Empleo, lo que amplifica la articulación de la AUH con el resto del sistema de protección social argentino.

### Espacios institucionales para la coordinación

La AUH fue implementada al mismo tiempo en todas las provincias de Argentina en 2009, a través del decreto núm. 1602/09, que establece la AUH como tercer pilar del régimen de Asignaciones Familiares (ley 24.714). La implementación se acompañó de la firma de un convenio marco entre el Gobierno nacional y los gobiernos de las provincias (Díaz Langou, 2012). En este acuerdo, se estableció la cesión de la base de datos de los planes y programas sociales de las provincias a la administración local de la ANSES, entre otras cosas. Este aspecto permite asegurar el cumplimiento de las incompatibilidades entre estos programas provinciales y la AUH. Fuera del convenio y de manera más informal,

---

ciertas provincias ayudaron a la administración local de la AUH a registrar las prestaciones cuando empezó el programa (*ibíd.*).

La ANSES tiene una red local para operar: además de las anteriormente mencionadas UDAI, tiene las Unidades Locales Transitorias, las Unidades Locales de Atención de Empresas, las Unidades de Atención Móviles y las Terminales de Autoconsulta. Para la implementación de la AUH, las unidades más pertinentes son las 123 UDAI y las 120 restantes oficinas que se encuentran en todas las provincias (*ibíd.*). La estructura de las prestaciones de la AUH no tiene ningún tipo de adaptación local y las unidades locales de la ANSES no necesitan apoyo de la jurisdicción local para administrarlas. De hecho, no hay mecanismos de coordinación fuera del convenio marco firmado al inicio de la implementación de la AUH.

Respecto del control de cumplimiento de las condicionalidades, los beneficiarios tienen que completar con las instituciones relevantes una Libreta Nacional de Seguridad Social, Salud y Educación. En relación a esto, la Mesa Interministerial (conformada por los Ministerios de Salud; Desarrollo Social; Trabajo, Empleo y Seguridad Social; Interior y Transporte; Educación; y ANSES), que se generó para la implementación de la AUH, decidió establecer un mecanismo de coordinación entre la ANSES y los Ministerios de Salud y de Educación a través de la Resolución 132/2010 de la ANSES. Mediante este mecanismo, existen referentes para la implementación de la AUH dentro de los ministerios afectados por las condicionalidades.

## Desafíos

Como hemos mencionado antes, no hay realmente mecanismos de coordinación interjurisdiccional debido al hecho de que la ANSES administra la AUH de manera autónoma y sin relaciones con la administración provincial fuera del convenio. Sin embargo, se recomienda abrir espacios para más intercambios tanto políticos como técnicos. En efecto, a nivel político se plantea la cuestión de la articulación de la AUH con los programas sociales de las provincias. La AUH no puede acumularse con otras prestaciones provinciales similares, pero es necesario fomentar el análisis de los límites de esta regla como el potencial de sinergias con los otros programas provinciales, especialmente con los programas de mejora de la empleabilidad (OIT, 2012). A nivel técnico, las provincias podrían utilizar las herramientas de gestión de la AUH y, más específicamente, el sistema de información que cruza una gran variedad de datos, para la gestión de sus prestaciones (*ibíd.*).

La coordinación con los prestadores de servicios en el ámbito de una conexión fuerte de las prestaciones monetarias con el acceso a servicios esenciales se plantea como un asunto mayor. Resulta necesario asegurarse del acceso efectivo (financiero, geográfico, etc.) de los beneficiarios a dichos servicios (OIT, 2012). Además, se puede subrayar que en el sistema actual es el beneficiario quien tiene el deber de asegurarse del seguimiento de la libreta. Un sistema de gestión más integrado con los ministerios a cargo de los servicios esenciales permitiría suprimir la libreta y facilitaría el acceso efectivo de los beneficiarios al restante 20 por ciento (Díaz Langou, 2012) que depende tanto del cumplimiento de las condicionalidades como de la condición laboral del adulto a cargo del menor.

## 2.5. Lecciones aprendidas, temas pendientes

### 2.5.1. Lecciones aprendidas

Indudablemente la experiencia de Argentina, que vio una ampliación de garantías sociales considerable en los últimos 10 años, tiene algunas prácticas aplicables en otros

---

países. Esto no solo es por la efectividad de las mismas, sino también por cierta simpleza de procedimientos y no requiere instituciones demasiado complejas.

Sin duda aquí se pueden omitir algunos puntos importantes, en especial en lo relacionado a las acciones concretas, y de ningún modo el reivindicar cierta institucionalidad y procedimientos de coordinación e integración implica juzgar o evaluar el instrumento de políticas puntual. La idea es referirse a lo que pueden ser consideradas buenas prácticas o ideas generales para avanzar hacia la extensión del PPS según lo sugiere la Recomendación de la OIT:

- Promover de la manera más fácil, sin costo alguno y rápidamente la emisión de documentos de identidad para todos los ciudadanos y, a su vez, el posterior seguimiento de los mismos. La instalación de registros civiles en los hospitales públicos donde nacen los niños ha reducido la indocumentación de la población. La emisión a costo cero de los documentos ha mostrado que, lejos de ser un costo para el Estado, facilita y mejora otras intervenciones que se harían más complicadas.
- Contar con distintas fuentes de financiamiento, diseñadas de modo a no fomentar la sectarización de los programas. Además de la disponibilidad de fondos, esto implica la posibilidad de tener vasos comunicantes entre las fuentes y las iniciativas, lo cual permite avanzar de manera integral en las medidas más efectivas.
- Centralizar las bocas de pago de ser posible en un solo organismo, y en este caso, en un futuro rector de la seguridad social. El responsable de recibir los fondos y de disparar los pagos a los beneficiarios, al estar unificado, puede también contar con toda la información de los mismos, tanto en sus dimensiones demográficas como regionales, y así poder supervisar y planificar evaluaciones y seguimientos de manera independiente de las medidas puntuales. Esta concentración de la información da lugar, a su vez, a una de las coordinaciones primordiales, como es tener claro las coberturas de las diferentes intervenciones (Roca *et al.*, 2004) <sup>20</sup>.
- Reducir a los intermediarios en el pago. Evitar pagos en efectivo, colas en lugares de pago, y cualquier tipo de intromisión entre la orden de efectivización y el beneficiario, para reducir la corrupción, evitar filtraciones, y mejorar los seguimientos. La bancarización, mediante el uso de tarjetas de débito, a su vez, permite reforzar ciertas prestaciones (subsidios a compras de medicamentos, transporte, útiles escolares, etc.) <sup>21</sup>. De esta manera, se incrementa el poder de compra del beneficiario, y se focalizan en los derechohabientes otras prestaciones que no se podrían asignar de manera diferencial. Si bien esta recomendación resulta contradictoria con la anterior, es claro que los destinatarios de estas intervenciones se encuentran en una elevada proporción en zonas de muy baja o nula bancarización, por lo que en muchos casos lo anterior aplica.
- Fomentar los ámbitos conjuntos — para los diferentes organismos sectoriales — en marcos de igualdad de condiciones. En general, los organismos tienen una

<sup>20</sup> En las evaluaciones del Plan Jefes de Hogar la entrevista en la boca de pago permitió recabar informaciones que luego fue de gran utilidad para rediseñar las tipologías de proyectos.

<sup>21</sup> En Argentina se ha universalizado la devolución del IVA a los pagos con medios bancarios electrónicos, y se implementaron reembolsos para los beneficiarios de gastos en librerías y papelerías, ciertos alimentos, etc.

---

competencia de incumbencias en diversos grupos o temas. La existencia de ámbitos orgánicos para debatir, de modo que cada uno aporte a la problemática que se debe resolver, ayuda a evitar contradicciones. En el Programa Primeros Años esto ha venido funcionando de manera armónica: cada ámbito sectorial atiende su propia área temática, pero intercambia regularmente. Los Consejos Federales y Regionales sectoriales deberían servir de plataforma para esto.

- En los temas que se pueda, crear las denominadas «ventanillas únicas», que reciben los requerimientos de manera centralizada y luego los disparan hacia los ámbitos respectivos. Estas complementan las bocas de pago únicas y permiten que los ciudadanos se sientan más protegidos, inclusive en intervenciones que requieren de jurisdicciones diferentes. La moratoria previsional obtuvo rápida masividad, básicamente porque muchos ámbitos locales centralizaron la entrega de documentos, clasificación de los mismos, validación e inclusive los rechazos, antes de que sean remitidos a la ANSES. Esta última institución era la responsable del procesamiento y liberación del pago en última instancia. Al llegar la información con cierto control de calidad previo, el proceso se facilitaba. Otro ejemplo digno de destacar es el de la **red de servicios de empleo**<sup>22</sup>. En las oficinas de empleo, que tienen una planta muy similar a las de una ventanilla única, también se derivan las personas hacia otras áreas gubernamentales dependiendo de la situación<sup>23</sup>.
- Crear conciencia que los diferentes proyectos no son compartimientos estancos y que pueden recibir (y dar) aportes a otros ámbitos. El Plan Jefes de Hogar Desempleados avanzó en ciertas áreas por la interacción con otros sectores. La participación de áreas de educación, salud, recreación, etc., permitió que los beneficiarios se sumen a procesos de reparación de escuelas, hospitales, plazas y parques, justamente en las zonas donde residían los beneficiarios. La integración con las áreas de economía solidaria facilitó la formación de cooperativas, huertas comunitarias y otros tipos de micro emprendimientos que demostraron interesantes niveles de sostenibilidad. Los aportes de las áreas de infraestructura locales redundaron en mejoras en términos de veredas, agua, tendido de gas o calles en las zonas más postergadas (Golbert, 2006).
- En un mismo sentido de integración, la AUH incorporó la contraprestación educativa y de salud, que retiene el 20 por ciento de la paga y lo desembolsa una vez al año contra la presentación de los certificados de estudio y de los controles sanitarios. Esto permitió ampliar el área intersectorial de influencia de una prestación que en principio es solo dineraria.

<sup>22</sup> Véase: <http://www.trabajo.gob.ar/redempleo/>.

<sup>23</sup> Las oficinas de empleo han adaptado a las realidades locales un esquema general integrado, con personal altamente calificado, en espacios institucionales de mucha presencia. En general, todos han funcionado muy bien en la recepción de las problemáticas y derivación, pero posiblemente es más disímil el resultado en términos de colocación de los trabajadores en nuevos puestos de trabajo más estables y formales. Esto último depende no solo de la coyuntura económica local – independiente de la estructura de la oficina – sino también de la capacidad de generar «autoridad» de la oficina frente a los empleadores. Este último factor requiere reconocimiento por parte del sector empresario de las capacidades de la oficina de empleo de identificar trabajadores en relación a las necesidades de aquel. Sin dudas, una mayor permanencia en el puesto de los ejecutivos de la oficina ayuda a este reconocimiento.

- 
- Sumar, de diversos modos, a las organizaciones de la sociedad civil. En general las mismas representan intereses sectoriales o locales bastante contenidos, pero permiten acercar las intervenciones a las necesidades puntuales de la población, dotándola de legitimidad. Las organizaciones de la sociedad civil sirven también a la hora de realizar evaluaciones o auditorías. Son las primeras en responder a exclusiones de potenciales beneficiarios. Los Consejos Consultivos Locales del Plan Jefes de Hogar Desempleados y las organizaciones locales del Plan Alimentario cumplieron esa función (García y Langieri, 2003).
  - Invertir en la capacitación de los beneficiarios directos para promoverlos a categorías de difusores o capacitadores. Estas medidas permiten aprovechar el potencial de la población beneficiaria en difundir las medidas que, trascendiendo al puro beneficio, mejoran el impacto de las mismas. Un ejemplo interesante es la incorporación de jubilados y pensionados a los centros para ayudar a la socialización, al cuidado de los mayores, y fomentar el seguimiento de los mismos. El Plan Ahí y el programa Primeros Años se centran en la formación de los ciudadanos para mejorar las condiciones de vida. En el segundo caso, a veces actúan como multiplicadores del conocimiento en los temas de primera infancia. En la política alimentaria, la formación de los beneficiarios se hizo evidente en el modo en que fueron mejorando las acciones junto con la infraestructura de los comedores, en un esfuerzo notable del Estado por superar el mero reparto de comida, que fue la dinámica impresa durante la crisis.
  - La política social de la última década sirvió para reducir los niveles de pobreza y para mejorar la equidad de manera significativa. Inclusive, si por motivos de canasta básica, no se acuerda en los niveles de la pobreza, lo que no deja dudas es que la brecha se ha disminuido, así como también se ha mejorado por estas intervenciones la distribución del ingreso, sea esta medida como deciles extremos o por el coeficiente de Gini (Gaggero y Rossignolo, 2012).
  - La política social ha tenido un claro sesgo pro-género, desde que favoreció de manera significativa la situación de las mujeres, sea en la recepción de transferencias directas, como en las otras prestaciones adicionales. En el Informe de Desarrollo Humano para Argentina (PNUD, 2011, pág. 25), se afirma que «...la participación de las mujeres en el ingreso total de Argentina pasó del 34,5 por ciento en 1997 al 41 por ciento en 2010.». La tendencia ascendente, resultado de la mayor incorporación de la mujer al mercado de trabajo, presenta un salto significativo como producto de la moratoria previsional y de la AUH, que se centran más fuertemente en las mujeres (PNUD, 2011).

### **2.5.2. Temas pendientes**

Argentina realizó importantes avances en la construcción de un sistema de protección social, que constituye de facto un piso que difícilmente será perforado dado el nivel de legitimidad que el mismo adquirió. Esta construcción se fue consolidando, básicamente, por la existencia de una férrea voluntad política de inclusión social en su sentido más amplio. No obstante, y como se ha visto a lo largo de estas páginas, se implementó un menú bastante completo de políticas, planes, programas y proyectos hacia todas las dimensiones del desarrollo humano y grupos etarios involucrados. A su vez, aún existen ciertos desafíos para el mejoramiento de la cobertura — tanto en extensión como en profundidad —, así como en el alcance de los objetivos últimos de las intervenciones para mejorar los niveles de vida de la población:

- incrementar los ámbitos de interacción entre las jurisdicciones nacional, provincial y municipal con institucionalidad que garantice la coordinación y la integración. Esta

---

instancia se encuentra muchas veces subordinada a quien maneja el presupuesto o a quien distribuye las prestaciones, sin posibilidades de revisión acordada de las intervenciones;

- fomentar aún más la participación de la sociedad civil en las instancias de control, así como la participación de las unidades académicas universitarias en estas actividades;
- consolidar los sistemas de información a partir de las bases administrativas, con accesos más fáciles para la supervisión, coordinación y definición de nuevos instrumentos;
- consolidar y combinar sistemas de indicadores para los diferentes sectores y niveles jurisdiccionales, lo cual permitiría revisar o redefinir intervenciones que funcionan en una dimensión, pero no en otras;
- aprovechar más las estructuras territoriales de mayor cobertura para evitar duplicaciones y avanzar hacia los esquemas de ventanilla única;
- capacitar con criterios de homogeneidad a los funcionarios locales, facilitando la transmisión del conocimiento global y territorial entre la nación, las provincias y los municipios. La «*ignorancia*» entre los mismos y el desconocimiento de objetivos puntuales conspira contra la implementación efectiva y eficiente de las políticas;
- redefinir con criterios más estructurales y de largo plazo las normas legales que protegen a la población, no de forma ad hoc o coyuntural, sino con los criterios generales que incluyan a aquellos colectivos que por estos vacíos legales quedan al margen del PPS (ejemplo: monotributistas, contribuyentes eventuales, etc.);
- reafirmar la idea de que son varias las áreas jurisdiccionales y sectoriales que tienen influencia sobre los grupos destinatarios de la protección social de manera directa e indirecta. Por lo tanto, deben existir ámbitos donde estas se expliciten, jerarquicen y prioricen para la identificación de las áreas de vacancia;
- explicitar los mecanismos de ajustes de las prestaciones, en especial las dinerarias, para avanzar en la consolidación de las mismas como derechos.

## 2.6. Conclusión

Es significativo el avance que tuvo la política social en Argentina, no solo en relación a la última década del siglo XX, sino también cuando se contrasta con cualquier período pasado. Los niveles de protección social de adultos mayores, niños y adolescentes, así como de sectores marginados del mercado de trabajo, son similares a los de las economías más desarrolladas y de recursos mayores. El financiamiento de estas intervenciones superó la etapa de la discusión acerca del origen de los fondos, aunque no se puede decir que este es un debate que no pueda retornar en otros contextos.

Las intervenciones están organizadas de formas muy similares a las que la Recomendación núm. 202 de la OIT sugiere, en lo que respecta a grupos etarios y a tipos de prestaciones, expandiéndose de formas sofisticadas tanto en lo que hace a la extensión como la profundidad de la cobertura.

El esquema general parece estar bien implementado, y difícilmente estos derechos podrán reducirse, ya que aportan literalmente a constituir un piso en un marco sistemático. No obstante, quedan algunos desafíos en lo que hace a la mejor coordinación de las

---

intervenciones, apuntando a la integralidad en los servicios hacia los sectores destinatarios, o derecho habientes.

Una de las mayores dificultades es la coordinación jurisdiccional, que en un país extenso y diverso como Argentina, es una necesidad y un desafío al mismo tiempo. Es fundamental que los funcionarios de los diversos niveles interactúen y se conozcan en el sentido más amplio de la palabra para facilitar la interacción. Si bien la mayoría de las iniciativas tiene un respaldo legislativo — lo cual las dota de legitimidad elevada — persisten algunas que requieren este trámite.

En gran medida, durante la última década, Argentina colocó el tema de la protección social en el centro de las decisiones de políticas, no solo sectoriales, sino también económicas. De esta manera, se fue hilvanando un sistema de mucha consistencia y sostenibilidad. Salvo un golpe de timón ideológico drástico — que tendría resistencia de la comunidad —, es dable esperar que este sistema continúe incorporando no solo a los que aún están afuera sino, por sobre todas las cosas, derechos que consoliden la ciudadanía.

## Referencias

- Bertranou, F. y R. Maurizio. 2012. Transferencias monetarias para niños y adolescentes en Argentina: Características y cobertura de un «sistema» con tres componentes, Policy Brief, núm. 30. Brasilia, International Policy Center for inclusive Growth.
- Bertranou, F. y L. Casanova. 2013. Garantía de ingresos para hogares con niños, niñas y adolescentes en Argentina: Progresos en la construcción de un Piso de Protección Social. Buenos Aires, OIT.
- CEPAL. 2013. Base de datos CEPALSTAT. Disponible en <<http://websie.eclac.cl/sisgen/ConsultaIntegrada.asp>>.
- Díaz Langou, G. 2012. La implementación de la Asignación Universal por Hijo en ámbitos subnacionales, Documento de trabajo, núm. 84. Buenos Aires, CIPPEC.
- Gaggero, J. y D. Rossignolo. 2012. Simulación de los efectos distributivos de cambios en el gasto público y los impuestos (Argentina, 2010), Documentos de trabajo, núm. 46. Buenos Aires, CEFID-AR.
- García, M.C. y M. Langieri. 2003. Análisis del funcionamiento de los Consejos Consultivos del Plan Jefas y Jefes de Hogar. Buenos Aires, OIT.
- Golbert, L. 2004. ¿Derecho a la inclusión o paz social? Plan Jefas y Jefes de Hogar Desocupados, serie Políticas Sociales, núm. 84. Santiago de Chile, CEPAL, División de Desarrollo Social. Disponible en <[http://www.eclac.cl/publicaciones/xml/4/14574/LCL2092\\_P.pdf](http://www.eclac.cl/publicaciones/xml/4/14574/LCL2092_P.pdf)>.
- . 2006. Aprendizajes del Programa de Jefes y Jefas de Argentina, Reunión de Expertos, Gestión y financiamiento de las políticas que afectan a las familias, CEPAL, Santiago de Chile, 16 y 17 de octubre. Disponible en <[http://www.eclac.org/dds/noticias/paginas/4/26924/paper\\_LauraGolbert.pdf](http://www.eclac.org/dds/noticias/paginas/4/26924/paper_LauraGolbert.pdf)>.
- Instituto Nacional de Estadística y Censos (INDEC). 2006. Encuesta Nacional de Gasto de los Hogares 2004/2005. Buenos Aires.
- Kostzer, D. 2008. Argentina: A case study on the Plan Jefes y Jefas de Hogar Desocupados, or the employment road to economic recovery, Working Paper,

---

núm. 534, The Levy Economics Institute, NY. Disponible en <[http://www.levyinstitute.org/pubs/wp\\_534.pdf](http://www.levyinstitute.org/pubs/wp_534.pdf)>.

Martínez Nogueira, R. 2008. Integración de servicios sociales: Conceptualización, tipologías e instrumentos. Buenos Aires, PNUD, Cluster Desarrollo Social, Oficina País Argentina.

Ministerio de Salud. 2011. Cobertura poblacional en el sistema argentino de salud, Secretaría de Determinantes de la Salud y Relaciones Sanitarias, Dirección de Economía de la Salud, 2011.

OIT. 2012. «Avances en la consolidación de la protección social en Argentina», Notas OIT, Trabajo Decente en Argentina. Buenos Aires.

Olivera Cruz, V.; C. Kurowsky y A. Mills. 2003. «Horizontal and Vertical Delivery in Health Services. Searching for synergies within the horizontal versus the vertical debate», *Journal of International Development*, vol. 15.

Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD). 2011. Aportes para el Desarrollo Humano en Argentina / 2011 Género en cifras: mujeres y varones en la sociedad Argentina. Buenos Aires.

Roca, E.; L. Schachtel; F. Berho, F., y M. Langieri. 2004. Resultados de la segunda evaluación del Programa Jefes de Hogar e inserción laboral de los beneficiarios en empleos registrados. Aráoz, Asociación Argentina de Especialistas en Estudios del Trabajo. Disponible en <<http://www.aset.org.ar/congresos/7/05010.pdf>>.

Roca, E. *et al.* 2012. Piso o Sistema Integrado de Protección Social: Una mirada desde la experiencia Argentina, Ministerio de Trabajo, Empleo y Seguridad Social (Buenos Aires).

Rodríguez Ricchieri, P. y F. Tobar. 2003. El Consejo Federal de Salud Argentino (CO.FE.SA): Actor clave en la construcción de un federalismo sanitario efectivo. Buenos Aires, Ministerio de Salud. Disponible en <<http://www.calidadensalud.org.ar/Documentos/seminario2509/COFESA-Tobar.pdf>>.

Saith, A. 2004. Social Protection, decent work and development. Instituto Internacional de Estudios Laborales. Ginebra, OIT.

Tobar, F. 2008. Cambios de paradigma en salud pública. Anales del XII Congreso del CLAD, Buenos Aires.



---

### 3. Coordinación institucional, protección social y mínimos sociales en Brasil

*Ana Fonseca, Lena Lavinas, con la colaboración de  
Thiago Andrade Moellmann Ferro*

#### 3.1. Introducción

El comienzo del siglo XX se caracteriza por una gran diseminación del modelo bismarckiano de protección social en todo el mundo, incluyendo a muchos países de Latinoamérica. Mesa-Lago (2004) identifica a Argentina, Uruguay, Chile y Brasil entre los países pioneros de dicho proceso. Sin embargo, los sistemas de protección social de carácter contributivo se encontraban incompletos tanto a nivel del alcance como de la cobertura, con prestaciones sumamente heterogéneas y relativamente frágiles desde el punto de vista del financiamiento. Asimismo, dichos sistemas no contaban con ningún programa destinado a la lucha contra la pobreza. La asistencia disponible para los grupos más necesitados no era una política social, sino que durante decenios se plasmó en la forma de iniciativas ad hoc, puntuales e ineficaces. En este sentido, la gran masa de trabajadores, en especial las poblaciones rurales, indígenas, los trabajadores por cuenta propia y demás ocupaciones precarias del trabajo asalariado permanecía al margen de dichos sistemas. En este contexto, la informalidad como rasgo estructural de los mercados laborales en Latinoamérica explicaba en gran medida dichas debilidades y parecía comprometer el desarrollo y la consolidación de sistemas de protección social a imagen y semejanza de los que surgían en la gran mayoría de los países de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE) en el período de la posguerra, con el objetivo de ampliar el bienestar y promover el crecimiento económico sostenido con la consecuente reducción de la desigualdad social.

A su vez, el inicio del siglo XXI plantea un escenario radicalmente diferente y bastante promisorio. El derecho a la seguridad social y a la protección durante todas las etapas de la vida avanzó significativamente a pesar de que la informalidad y la precariedad laboral siguen siendo un fenómeno de suma importancia en Latinoamérica<sup>1</sup>. Estos derechos se convirtieron en una realidad en países como Brasil, cuya Constitución Ciudadana promulgada en 1988 consagra un sistema de seguridad social integrado y reflexivo, con presupuesto propio y cobertura amplia. El sistema es universal en lo que concierne al acceso a los servicios de salud; contributivo en lo que se refiere a los derechos previsionales (sistema público financiado en base al reparto); y garantiza mínimos sociales para la gente pobre y vulnerable que solo cuenta con la asistencia pública. En este caso la misma está sujeta a la confirmación de falta de recursos.

Vale mencionar que, en los últimos 25 años, la seguridad social brasileña fortalece y perfecciona su institucionalidad al ampliar la cobertura de mecanismos de protección a grupos anteriormente cubiertos parcialmente o excluidos del sistema, tales como los trabajadores por cuenta propia y las empleadas domésticas. De esta manera, la gran innovación se plasma en la incorporación de la asistencia social como un derecho de los pobres y una obligación del Estado.

<sup>1</sup> De acuerdo con la CEPAL, la tasa de informalidad promedio en Latinoamérica era de 63,3 por ciento en 2005 y descendió a 45,6 por ciento (promedio ponderado) en 2010 (empleo no agrícola).

---

Por lo tanto, la promoción de la inclusión social y homogeneización de los derechos consagrados en la carta magna se concretizan en un movimiento extremadamente positivo. Sin embargo, problemas relacionados a la subfinanciamiento del sistema (Viana, 2009; Bahía y Scheffer, 2013; Gentil, 2012) y a la diseminación de los programas de transferencias condicionadas de ingresos en detrimento de servicios públicos de calidad y en cantidad necesarios (Lavinás, 2013) amenazan la institucionalidad de los mismos (Fagnani, 2011).

El presente estudio tiene el objetivo inicial de describir el sistema de seguridad social en vigor en Brasil, abordando sus características, mecanismo de funcionamiento, reglas de financiamiento, niveles de cobertura y posibles debilidades.

En la segunda parte se entabla un diálogo con los modelos de protección social postulados durante las últimas décadas por las agencias y organismos multilaterales para Latinoamérica y por consiguiente para Brasil y se ponen de manifiesto los sesgos y orientaciones implícitas en los modelos. Esta parte del estudio se concentra en el modelo de ajuste de las décadas de los ochenta y los noventa, así también como en el modelo de gestión social del riesgo y los Objetivos de Desarrollo del Milenio. Posteriormente se aborda el tema del piso de protección social preconizado por la OIT y por el sistema de Naciones Unidas, de conformidad con el Banco Mundial y el Fondo Monetario Internacional.

## **3.2. El sistema de seguridad social en Brasil**

### ***3.2.1. Marco institucional de la seguridad social en Brasil***

El sistema de seguridad social fue instituido por la Asamblea Nacional Constituyente de 1987-88, durante un acalorado debate a nivel nacional sobre el destino de la nación brasileña tras la eliminación del período de excepción autoritaria impuesto por un régimen militar en 1964. El diseño del mismo obedece a la movilización de diferentes segmentos sociales comprometidos con la construcción de un Estado de bienestar en Brasil.

Vale recordar que el artículo 194 de la nueva Constitución establece que «La seguridad social comprende un conjunto integrado de acciones de iniciativa de los Poderes Públicos y de la sociedad, destinadas a asegurar los derechos relativos a la salud, a la previsión y a la asistencia social». En este sentido, es la primera vez que se crea y se utiliza un concepto claro y bien definido de seguridad social que se vincula a la provisión de servicios de salud y de prestaciones monetarias, así como a mecanismos compensatorios para luchar contra la pobreza. Sin duda, la incorporación de la asistencia social al diseño de la seguridad social se perfila como una innovación institucional de suma importancia dado que, hasta la fecha, la caridad y la filantropía eran los mecanismos de atención a los más pobres y necesitados. La asistencia social se transforma en una competencia legal del Estado solo a partir de 1988.

La ley establece también que:

Corresponde al Poder Público, en los términos de la ley, organizar la seguridad social con base en los siguientes objetivos:

1. universalidad de la cobertura y de la atención;
2. uniformidad y equivalencia de los beneficios y servicios a las poblaciones urbanas y rurales;
3. selectividad y distribución en la prestación de los beneficios y servicios;
4. irreductibilidad del valor de los beneficios;

- 
5. equidad en la forma de participación en el coste;
  6. diversidad de la base de financiación;
  7. carácter democrático y descentralizado de la gestión administrativa, con la participación de la Comunidad, en especial de los trabajadores, empresarios y pensionistas. (Art. 194, párrafo único).

De esta forma, el nuevo diseño institucional desvincula el derecho a la protección socioeconómica del contexto laboral que lo limitaba a un concepto de seguro (contrato individual que garantiza la existencia de un derecho personal del contribuyente o afiliado del sistema por medio del cual gozará de una prestación — o beneficio — futura a razón y de acuerdo con un monto proporcional al aporte presente). Desde esta perspectiva, el mismo forma ahora parte de un abordaje que se basa en los derechos de los ciudadanos en todos los segmentos de la población sin excepciones ni consideraciones respecto del vínculo laboral.

En este contexto, cabe señalar que la seguridad social en Brasil sigue con rigor las directrices de la carta de la OIT <sup>2</sup> de 1950. La carta recomienda que los sistemas modernos integrados de protección social no solo luchen contra la pobreza (por medio de la garantía de niveles mínimos de supervivencia de conformidad con las antiguas *Poor Laws*), sino que brinden las prestaciones enunciadas a continuación: *i*) cobertura ante un conjunto amplio de contingencias; *ii*) prestaciones de acuerdo con las necesidades identificadas; *iii*) fin del vínculo existente entre el derecho de acogerse a la pensión y el aporte previo de cotizaciones, y *iv*) unificación de aspectos relativos a la financiación y la administración del nuevo sistema. El objetivo de dichas recomendaciones de la OIT es brindar orientaciones sobre la construcción de las diferentes modalidades de *welfare states* (estados del bienestar) de los países capitalistas avanzados para consagrar la función del Estado ya no como un mero prestador de servicios sociales, mediante la garantía de tan solo un conjunto restringido de servicios para un grupo igualmente restringido de habitantes de acuerdo con ciertos criterios de elegibilidad, sino como una institución que busca modificar y contrarrestar las fuerzas de mercado por medio de una intervención deliberada para garantizar un trato igualitario para los ciudadanos y un ingreso mínimo independiente del valor de mercado de su trabajo o de sus propiedades (Briggs, 1961). Por tanto, la seguridad social brasileña se inspira en los valores anteriormente mencionados para crear una nueva institucionalidad dentro del ámbito de los derechos sociales y de los derechos humanos (Townsend, 2009).

De esta manera, la seguridad social brasileña incorpora relevantes innovaciones institucionales como consta a continuación:

- prestaciones uniformes tanto para poblaciones urbanas como rurales, sean hombres o mujeres, sin limitar el acceso a prestaciones previsionales únicamente de acuerdo con los aportes realizados;
- vínculo del piso previsional (monto mínimo de una jubilación o pensión) al salario mínimo nacional vigente;

<sup>2</sup> OIT: *The Quest for Universality* (Ginebra, 1950).

- 
- incorporación del derecho a un ingreso mínimo para adultos mayores y portadores de discapacidades con comprobación de falta de recursos <sup>3</sup>, de monto vinculado al salario mínimo nacional vigente;
  - incorporación del seguro de desempleo, y
  - creación de un presupuesto específico para la seguridad social proveniente de los aportes de los empleados y empleadores, aportes voluntarios de trabajadores por cuenta propia y demás categorías así también como de los aportes sociales indirectos pagados por toda la sociedad en la forma de impuestos al consumo.

### **3.2.2. El diseño de la seguridad social brasileña: seguro social contributivo, salud universal, asistencia social focalizada**

Desde el punto de vista esquemático, la seguridad social brasileña cuenta con la siguiente estructura:

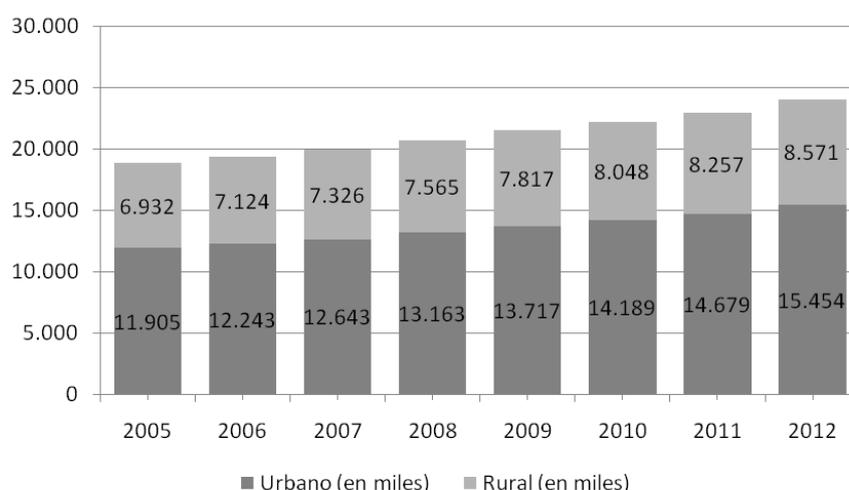
- **«Previsión social» (seguro social basado en el reparto): contributiva**
  - El Régimen General de Previsión Social (RGPS) (seguro social) es el ente nacional que garantiza las jubilaciones, pensiones y demás prestaciones previsionales de protección para los casos de incapacidad permanente o temporaria para el servicio.
  - Características del sistema: obligatorio, nacional, público, subsidios sociales.
  - Prestación máxima de 4.159 reales (1.890,45 dólares) con participación del Fondo de Previsión Complementaria. Prestación mínima: el salario mínimo nacional vigente (678 reales o 308,18 dólares, en junio de 2013).
  - Se basa en aportes obligatorios realizados por trabajadores asalariados y empleadores, y voluntarios para las demás categorías de trabajadores (autónomos) o inactivos (excluidos de la fuerza de trabajo). La base de aportes varía entre el salario mínimo y el máximo.
  - Las alícuotas aplicables sobre la base imponible para el cálculo de aportes son flexibles: *a)* 5 por ciento para microempresarios individuales o beneficiarios facultativos o voluntarios (personas que no pertenecen al mercado laboral que desean acogerse a la prestación o autónomos); *b)* alícuotas medias de 8 por ciento, 9 por ciento, 11 por ciento; *c)* alícuota máxima de 20 por ciento.
  - Años de servicios con aportes: hombres, 35 años; mujeres, 30 años (prestación completa).
  - Edad: trabajador urbano: hombres 65 años, mujeres 60 años; trabajador rural: hombres 60 años, mujeres 55 años.

<sup>3</sup> Para la prestación en especies continua (BPC), se considera línea de pobreza al ingreso familiar per cápita igual o inferior a un cuarto del valor del salario mínimo nacional vigente.

- Años de servicios con aportes y edad: proporcional. Hombres: 53 años de edad y 30 años de servicios con aportes; mujeres: 48 años de edad y 25 años de servicios con aportes.
- El Instituto Nacional de Seguridad Social (INSS) es la entidad administradora del RGPS, que incluye a los trabajadores del sector privado, a los de la economía familiar en el medio rural y a empleados públicos contratados.
- El RGPS reconoce a los trabajadores rurales y a los pequeños agricultores de granjas de explotación familiar como una categoría especial de trabajadores con el derecho de acogerse a la prestación de un salario mínimo (mínimo previsional) al cumplir los 55 años de edad para las mujeres y 60 años de edad para los hombres, independientemente de la densidad contributiva.
- Se calcula que aproximadamente el 65 por ciento de la población ocupada y dos tercios de la población inactiva (dependientes) gozan de la cobertura de la previsión social pública.
- Prestaciones garantizadas: jubilación por edad, jubilación por años de servicios de aportes, jubilación por invalidez, jubilación especial (zonas rurales), licencias por enfermedad, licencias por accidentes, prestaciones monetarias a familiares de reclusos, licencias por fallecimiento, licencias por maternidad (seis meses para trabajadoras asalariadas formales o empleadas públicas), salario familiar (para trabajadores con salario inferior a una vez y media el salario mínimo por mes).
- El monto total del gasto en prestaciones previsionales urbanas y rurales totalizó 316.000 millones de reales (o 158.000 millones de dólares) en 2012. El 22,4 por ciento de dicho valor se destina a personas que viven en el campo (ANFIP y Fundação ANFIP, 2013).

Como lo ilustra el gráfico 3.1, se desembolsaron aproximadamente 25 millones de prestaciones de pensión por mes en 2012. La población rural fue destinataria de 8.500.000 reales. Vale mencionar el hecho de que dos tercios de todas las jubilaciones y pensiones equivalen a un salario mínimo.

**Gráfico 3.1. Número de beneficiarios del seguro social (jubilaciones y pensiones), 2005-2012**



Fuente: MPS.

---

Asimismo, merece mención la existencia de un sistema público de pensiones para los empleados públicos con reglas que actualmente se asemejan en gran medida a los valores máximos de aporte y al valor de las prestaciones del RGPS que se destina a los trabajadores y contribuyentes del sector privado, así como a los trabajadores autónomos e independientes. El sistema de los empleados públicos se denomina Régimen Público de Previsión Social (RPPS).

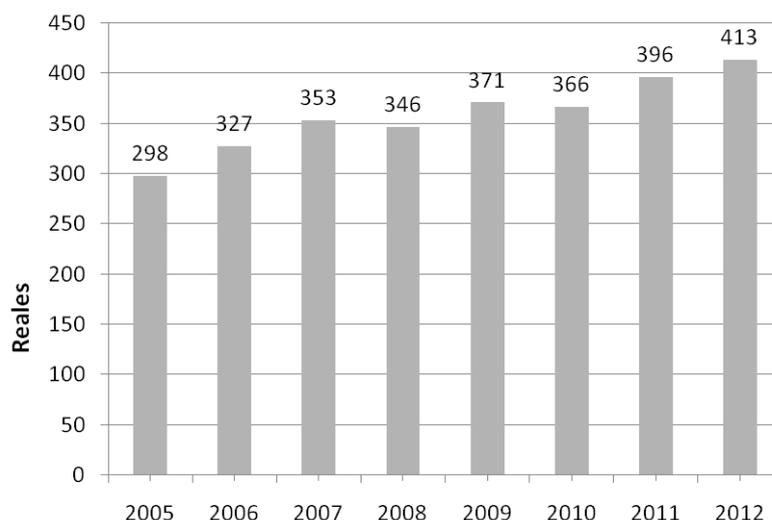
■ **Seguro de desempleo de carácter temporal**

- El seguro de desempleo tiene carácter contributivo y se destina a los trabajadores asalariados formales en casos de despidos sin justa causa cuando los mismos realizaron aportes regulares al sistema durante por lo menos dos años.
- Los trabajadores que nunca realizaron aportes y están desocupados no pueden acogerse al seguro de desempleo.
- El cálculo de la suma a percibir por concepto de seguro de desempleo se realiza sobre la base del sueldo por mes del último vínculo laboral del trabajador.
- El beneficio se extiende por hasta nueve meses.
- Existen algunas categorías de trabajadores autónomos con actividad laboral por temporadas como los pescadores artesanales que pueden solicitar el seguro de desempleo durante los meses de reducción de la producción.
- El monto del gasto en los seguros por desempleo totalizó 39.900 millones de reales o 19.950 millones de dólares en 2012 (ANFIP y Fundação ANFIP, 2013).

■ **Salud: un derecho universal**

- Prestación pública gratuita en todos los niveles de complejidad.
- Financiamiento por medio de los impuestos y tasas a nivel nacional que inciden sobre el consumo, con contribuciones de la recaudación fiscal de los estados (13 por ciento) y municipalidades (15 por ciento).
- La entrada en vigor de un nuevo marco legal establece los montos mínimos para gastos en salud en 2012 (ley complementaria núm. 141, del 13 de enero de 2012). A partir de esta fecha, se introduce la exigencia de que todos los años el gobierno de la nación lleve a cabo las acciones y los servicios públicos de salud presupuestados el año anterior, con valores ajustados de acuerdo con la variación nominal del PIB del año anterior.
- Cobertura: 192 millones de habitantes.
- El monto del gasto en salud totalizó 80.000 millones de reales o 40.000 millones de dólares en 2012 (ANFIP y Fundação ANFIP, 2013). El gráfico 3.2 ilustra la evolución del gasto per cápita anual durante el período 2005-2012. Este monto aumenta de 298 reales (aproximadamente 155,20 dólares) en 2005 a 413 reales en 2012 (215,10 dólares).
- El gasto público en salud representó 4 por ciento del PIB en 2012.

**Gráfico 3.2. Evolución del gasto federal per cápita con acciones y servicios de salud pública**  
(valores constantes en reales de 2012)



Fuente: Elaboración propia a partir de datos de ANFIP y Fundação ANFIP (2013), pág. 78, cuadro 21.

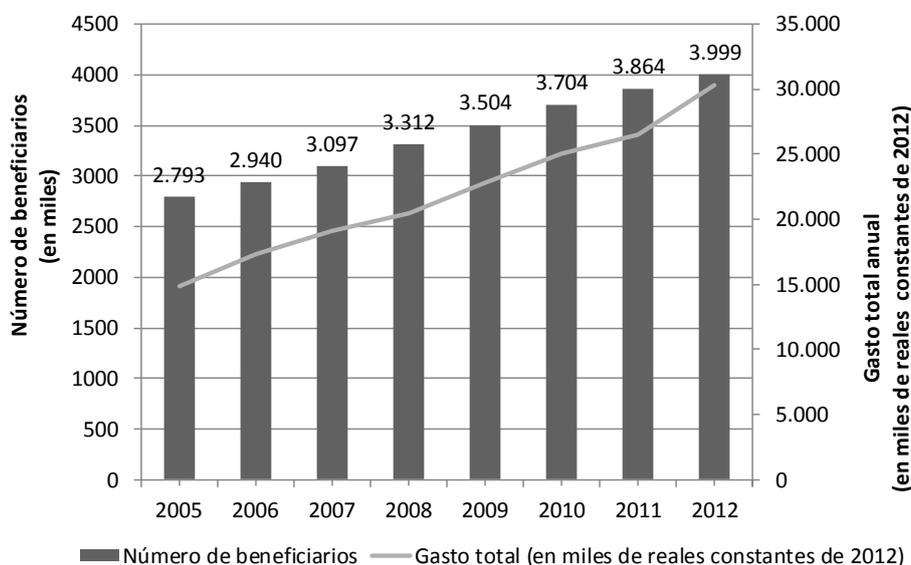
#### ■ **Asistencia social focalizada**

- Transferencias de ingresos condicionados como mecanismo de lucha contra la pobreza ex-post.
- Transferencias financiadas con recursos provenientes de impuestos que inciden sobre el consumo. Este tipo de transferencias son extremadamente regresivas dado que el financiamiento incluye a los beneficiarios directos de los programas de asistencia social.
- Existen dos planes nacionales de lucha contra la pobreza que funcionan de forma simultánea: *a*) la prestación en especies continua (BPC), prestación para adultos mayores de más de 65 años de edad y para portadores de discapacidades que viven en familias cuyo ingreso familiar per cápita es igual o inferior a un cuarto del salario mínimo vigente por mes, y *b*) el programa Bolsa Familia de transferencias condicionadas de ingresos, ingreso mínimo de un monto promedio de 140 reales (63,60 dólares) por mes brindados a familias pobres y en extrema pobreza con un ingreso familiar per cápita igual o inferior a 140 reales por mes y 70 reales (31,80 dólares) por mes respectivamente <sup>4</sup>.
- La BPC es un derecho sin contrapartidas. El monto de la prestación equivale a un salario mínimo y forma parte institucional del sistema de seguridad social

<sup>4</sup> Vale mencionar el hecho de que Brasil cuenta con dos líneas de pobreza distintas, a pesar de que ninguna de las dos sea oficial. Si por un lado la línea de pobreza de Bolsa Familia en junio de 2013 es de 140 reales por mes (63,60 dólares) en concepto de ingreso familiar per cápita, la de BPC durante el mismo periodo es de 170 reales (77,27 dólares) por mes. Asimismo, el nivel de las prestaciones monetarias es bastante asimétrico entre ambos programas. La BPC realiza un seguimiento de la evolución del salario mínimo, con ajustes anuales de acuerdo con la inflación y sujeto a aumentos reales, mientras que en el caso de Bolsa Familia, el poder Ejecutivo Federal decide por decisión discrecional si ajusta o no los montos de las transferencias de los beneficiarios.

bajo la administración del INSS. El monto del gasto de esta prestación asistencial totalizó 30.300 millones de reales o 15.100 millones de dólares en 2012 (ANFIP y Fundação ANFIP, 2013), tal como lo ilustra el gráfico 3.3. El número de beneficiarios, incluyendo a adultos mayores y discapacitados pobres, es de aproximadamente 4 millones en 2012.

**Gráfico 3.3. Número de beneficiarios de la BPC (adultos mayores y discapacitados) y gasto total anual, 2005-2012**



Fuente: Elaboración propia a partir de datos de ANFIP y Fundação ANFIP (2013), pág. 69, cuadro 18.

- Inicialmente, el programa Bolsa Familia funcionaba sobre un principio de autofocalización. El programa no tuvo cobertura universal debido a fallas en el sistema de autofocalización (ineficiencias horizontales). Cálculos estimativos apuntan a 2 millones de familias desatendidas por el plan, aunque las mismas son candidatas (IBGE, 2011). A su vez, el programa impone controles y condicionalidades que, de no cumplirse, pueden implicar la suspensión de la prestación. Las contrapartidas son la asistencia obligatoria de los niños a la escuela y visitas periódicas a centros de salud para embarazadas y para niños de baja edad. Las contrapartidas en el ámbito de la salud son dos periodos de seguimiento en el año (dos semestres). En el caso de la educación, el seguimiento es bimestral. El monto de la prestación varía de acuerdo con el tamaño de la familia y el grado de destitución observado. El menor monto es de 32 reales (14,54 dólares) por mes y el más alto es de 306 reales (139,09 dólares) por mes, el ajuste del valor no es regular. El cuadro 3.1 ilustra el aumento escalonado de las prestaciones de Bolsa Familia.
- El Ministerio de Desarrollo Social y Combate al Hambre (MDS) y la Caja Económica Federal (banco del estado o banco público) son las entidades responsables de la gestión del mismo.
- Los gastos del programa Bolsa Familia totalizaron 20.053 millones de reales o 10.250 millones de dólares en 2012 (ANFIP y Fundação ANFIP, 2013). El gráfico 3.4 ilustra la repartición por tipo de prestaciones de Bolsa Familia en 2013. El gráfico 3.5 ilustra la evolución del gasto del programa, que supera el doble del monto original en 7 años, de menos de 10.000 millones de reales a más de 20.000 millones. Por otro lado, el gráfico 3.6 ilustra la distribución regional

de las prestaciones: más de la mitad de las mismas se asignan a beneficiarios en la región del noreste de Brasil, donde se registran los mayores índices de pobreza.

- Los dos programas asistenciales más importantes del gobierno federal abarcan a aproximadamente 50 millones de personas pobres.

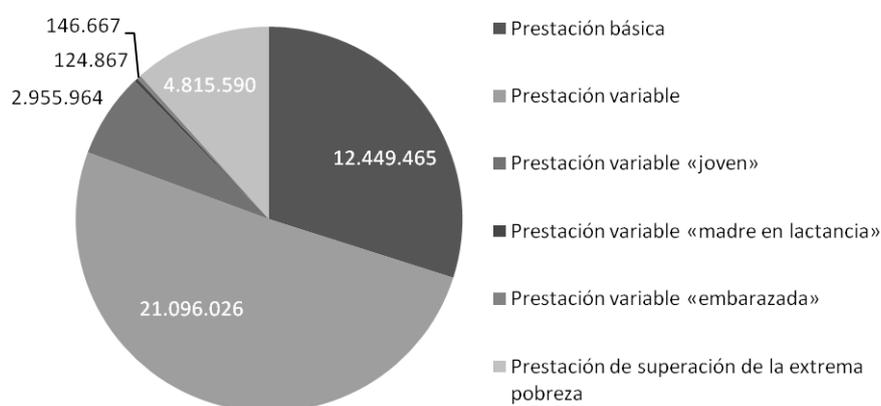
**Cuadro 3.1. Bolsa Familia: línea de pobreza y valor mensual de las prestaciones (reales y dólares), 2012**

	Valor mensual de las prestaciones	
	(reales)	(dólares)
Familias en pobreza extrema con ingreso familiar per cápita de hasta	70,00	31,80
Familias pobres con ingreso familiar per cápita de hasta	140,00	63,60
Prestación básica <sup>1</sup>	70,00	31,80
Prestación variable <sup>2</sup>	32,00	14,54
Prestación variable «joven» <sup>3</sup>	38,00	17,27
Prestación variable «madre en lactancia»	32,00	14,54
Prestación variable «embarazada»	32,00	14,54
Valor máximo <sup>4</sup>	306,00	139,09

Notas: <sup>1</sup> Para las familias en pobreza extrema aún sin hijos (niños, adolescentes o jóvenes). <sup>2</sup> Para las familias con dependientes de hasta 15 años, embarazadas y/o madres en lactancia. Hasta en 2010 se permitía que una familia recibiera tres prestaciones variables; en 2011 el límite pasó a cinco. <sup>3</sup> Para las familias con jóvenes estudiantes (16 y 17 años). Límite máximo de dos prestaciones por familia. <sup>4</sup> Al valor máximo se puede agregar la prestación de superación de la extrema pobreza (componente del programa Brasil Cariñoso) y rebasar así los 70 reales per cápita.

Fuente: Brasil (legislaciones específicas) y SENARC, 2012.

**Gráfico 3.4. Distribución por tipo de prestaciones de Bolsa Familia, 2013**

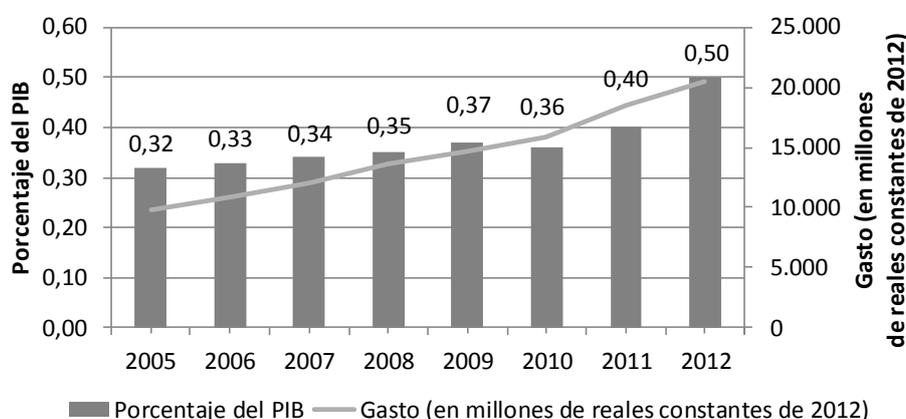


Fuente: MDS (2013).

La prestación variable representa el 50,7 por ciento del gasto del programa Bolsa Familia (datos del mes de junio de 2013) y es, por lo tanto, el principal tipo de acuerdo con datos del MDS. Varía en función del tamaño de la familia y corresponde a un monto total de hasta cinco cuotas de 32 reales (o 14,54 dólares). Las prestaciones variables son las más frecuentes del total de 41.588.579 prestaciones otorgadas al público destinatario de Bolsa Familia, durante el período mencionado, con un total de más de 21 millones de personas beneficiadas. En segundo lugar, la prestación básica de un monto fijo de 70 reales (31,80 dólares) representa el 29,9 por ciento del desembolso monetario del programa. La prestación de superación de la extrema pobreza y la prestación variable «joven»

representan el 11,6 por ciento y el 7,1 por ciento del total, respectivamente. Por último, la prestación variable «embarazada», de nueve cuotas de 32 reales (14,54 dólares), y la prestación variable «madre en lactancia», de seis cuotas de 32 reales, representan el 0,4 por ciento y 0,3 por ciento cada una.

**Gráfico 3.5. Evolución del gasto de Bolsa Familia, 2005-2012**



Fuente: Elaboración propia a partir de datos de la ANFIP y Fundação ANFIP (2012), pág. 63, cuadro 11.

El gráfico 3.5 ilustra la trayectoria del crecimiento del gasto del programa Bolsa Familia durante el período 2005-2012 y confirma un crecimiento económico y una inclusión social moderados (al igual que por medio del aumento progresivo del salario mínimo). En lo referente a este tema, el gasto de la prestación registra una tendencia ascendente: de 0,32 por ciento en 2005 a 0,5 por ciento del PIB en 2012.

**Gráfico 3.6. Distribución regional de las prestaciones de Bolsa Familia, 2012**



Fuente: MDS (2012).

El cuadro 3.2 ilustra el porcentaje del PIB que corresponde a los valores desembolsados según los tipos de prestaciones durante el período 2005-2012. En base a lo expuesto, se registra un crecimiento significativo de prestaciones asistenciales, ya sea la BPC o el programa Bolsa Familia, con un total combinado del 1,2 por ciento del PIB en 2012 comparado con un 0,75 por ciento en 2005. La seguridad social desembolsa en prestaciones monetarias un total del 10,4 por ciento del PIB en 2012.

**Cuadro 3.2. Valor de las prestaciones monetarias de seguridad social, 2005-2012 (en porcentaje del PIB)**

Prestaciones de seguridad social	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Prestaciones previsionales (RGPS)	6,64	6,99	6,86	6,58	6,95	6,76	6,79	7,2
Prestaciones asistenciales (BPC)	0,43	0,49	0,51	0,52	0,58	0,59	0,61	0,7
Bolsa Familia y Plan Brasil sin Miseria (2012)	0,32	0,33	0,34	0,35	0,37	0,36	0,4	0,5
Seguro de desempleo	0,53	0,63	0,67	0,68	0,84	0,77	0,82	0,9
RPPS (régimen de jubilaciones del sector público)	1,2	1,2	1,2	1,1	1,2	1,2	1,2	1,1
Gasto total por tipo de prestación	9,12	9,64	9,58	9,23	9,94	9,68	9,82	10,4

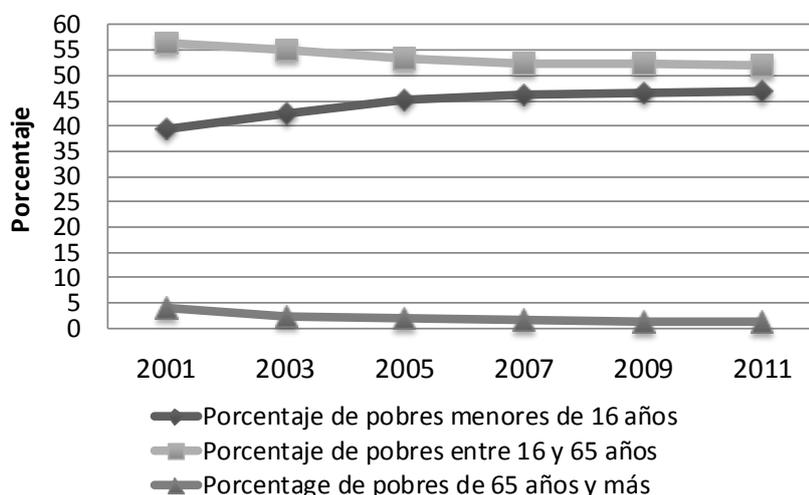
Fuente: ANFIP y Fundação ANFIP (2013), pág. 66, cuadro 16.

### 3.2.3. Nivel de cobertura de la seguridad social

**Adultos mayores.** Una breve descripción de la seguridad social brasileña revela que el diseño del sistema garantiza una amplia cobertura protectora a los adultos mayores con el consecuente aporte para la reducción del porcentaje de los mismos en el universo de la pobreza, como lo ilustra el gráfico 3.7. Los adultos mayores representaban el 4 por ciento de las personas por debajo de la línea de pobreza en 2001<sup>5</sup> y el 1,12 por ciento, en 2011 de acuerdo con la encuesta nacional de hogares o PNAD (IBGE, 2011).

Se calcula que aproximadamente el 85 por ciento de las personas con 65 o más años de edad en Brasil cobran pensión. En este sentido, cuentan con una situación de seguridad socioeconómica real. Además, el sistema previsional brasileño tiene características (uniformidad de las prestaciones, irreductibilidad del monto de las prestaciones vinculadas al salario mínimo) de gran impacto en la reducción de la pobreza y de la desigualdad.

**Gráfico 3.7. Distribución de las personas pobres por grupo de edad, 2001-2011**



Nota: Línea de pobreza de 140 reales.

Fuente: IBGE.

<sup>5</sup> Para los fines del presente estudio, se considera la línea de pobreza del programa Bolsa Familia, es decir, ingreso familiar per cápita igual o menor a 140 reales (63,60 dólares) por mes.

---

**Niños y adolescentes.** En este grupo de la población se constata un aumento de la desprotección. El gráfico 3.7 ilustra que los niños y los adolescentes representan en 2011 el 46,7 por ciento de las personas que se encuentran en situación de pobreza. Por ello se garantiza la transferencia de ingresos monetarios focalizada únicamente en niños y jóvenes que se encuentran en situación de pobreza y cuentan con el amparo del programa Bolsa Familia. A pesar de este reconocimiento, existe cierta falta de cobertura inherente al diseño del programa y por lo tanto es probable que un contingente importante de menores no cuente con la cobertura del programa. De hecho, el sistema tributario brasileño favorece en mayor proporción a los dependientes de familias ricas si se comparan las transferencias a las familias pobres. Esta situación es la consecuencia del hecho de que las familias de mayores recursos en Brasil, al poder hacer la declaración del impuesto sobre las ganancias de persona física, cuentan con importantes, y a veces ilimitadas, deducciones fiscales.

Por tanto, la situación en el caso de los niños y los adolescentes es radicalmente diferente a la del grupo de adultos mayores, que cuenta con cobertura casi universal. Por un lado, los niños y jóvenes de familias pobres y muy pobres solo cobran un monto mínimo individual de supervivencia (de alrededor de 38 reales o 17,27 dólares, monto máximo por mes) condicionado al registro correcto en el programa Bolsa Familia y al cumplimiento de contrapartidas. Por otro lado, los hijos de familias de clase media y alta gozan de deducciones fiscales que no se consignan como gasto social porque se clasifican como un crédito tributario y totalizan miles de millones de reales. Así, es claramente patente para la sociedad que los segmentos pobres necesitan el amparo de la asistencia y aumentan el gasto público; y los segmentos ricos gozan de ventajas fiscales que pasan inadvertidas por falta de transparencia (confidencialidad de la información en las declaraciones de impuestos). Por tanto, se identifica una masa significativa de varios millones de menores en ambos extremos, de tamaño equivalente al de los otros dos grupos mencionados, con padres que no entran dentro de los requisitos para acogerse a Bolsa Familia, ni tienen la posibilidad de gozar de resarcimientos fiscales por gastos de prestaciones privadas en salud y educación. Los menores se encuentran a merced de contingencias, como la desocupación o la ocupación en trabajos precarios e inestables de sus parientes, que aumentan la inseguridad socioeconómica de su situación y comprometen su futuro. En algunos casos, si los padres son trabajadores formales con ingresos de hasta un salario mínimo y medio, pueden gozar de las asignaciones familiares o por hijo a cargo. De todo esto se desprende que no existe una política orientada hacia la prevención de la pobreza infantil en dicho grupo social.

En base a lo expuesto, algunos investigadores (Lavinias, 2006; Lavinias y Cavalcanti, 2007) postulan la creación de una prestación universal de monto único para todos los niños y jóvenes brasileños, sin relación con el nivel de ingreso familiar, hasta que los mismos finalicen la escolaridad básica. Esta iniciativa busca evitar injusticias que surgen a partir del goce de ventajas por parte de las familias de mayores recursos a favor de sus hijos debido a los créditos tributarios, mientras que los más pobres y los que enfrentan dificultades cotidianas son poco o totalmente dejados de lado. El Estado brasileño tiene capacidad fiscal suficiente como para aplicar el derecho a la prestación de un beneficio universal para todos los niños brasileños, a semejanza del modelo europeo. Asimismo, esta iniciativa no modifica la actual tasa de fecundidad de 1,8 hijo por mujer en edad fértil (Diniz Alves y Cavenaghi, 2013), y puede, inclusive, revertir la tendencia a la baja (que, sin duda es bastante baja para un país de ingresos medios altos).

**Adultos.** El seguro de desempleo es bastante selectivo y brinda cobertura únicamente a los trabajadores formales del sector privado que aportan al régimen de forma relativamente constante. Esta es la razón por la cual la tasa de cobertura del seguro de desempleo parece bastante elevada, cuando en realidad esconde el hecho de que los desempleados del sector informal o por cuenta propia que atraviesan dificultades en su ámbito laboral no son candidatos elegibles del programa. Esto equivale a decir que la gran

---

mayoría de los adultos de los segmentos más pobres o vulnerables de la población que se desempeñan en trabajos precarios e inestables no cuentan con un ingreso complementario que les brinde la posibilidad de mantener a sus familias con dignidad. El gráfico 3.7 muestra que en 2011, representaban el 52,1 por ciento de la población pobre. Este grupo de personas no cuenta con oportunidades de trabajo satisfactorias o adecuadas; son desempleados o tienen una ocupación en actividades precarias.

### **3.2.4. Deficiencias de la seguridad social brasileña**

El sistema de seguridad social brasileño presenta ciertas deficiencias a pesar de ser un sistema consolidado y en constante expansión en materia de prestaciones contributivas y no contributivas.

La primera de ellas reside en la falta de un Consejo Nacional de Seguridad Social responsable de velar por el cumplimiento del presupuesto de la seguridad social, de conformidad con lo estipulado en la Ley Orgánica de la Seguridad Social de 1991. El Consejo Nacional de Seguridad Social no se concretizó y forma parte de la Ley Orgánica derogada (ley núm. 8.619/1993 y ley núm. 9.032/1995) (Werneck Vianna, 2005). Este vacío administrativo fragmentó la gestión financiera e institucional del presupuesto de la seguridad social. Los recursos de la entidad se utilizan para fines no contemplados, en una práctica que se inicia durante el gobierno de Fernando Henrique Cardoso (1994) y que se perpetúa hasta la actualidad. Los recursos en cuestión se destinan a la formación del superávit primario del gobierno de la nación que, a su vez, utiliza estos fondos para hacer frente a los gastos financieros del gobierno. El uso de los recursos para otros fines revela el uso indebido de fondos del sistema de seguridad social y constituye la segunda y más crítico de las fallas del sistema, pues es la causa de la situación de falta de financiamiento de la salud pública brasileña que compromete la oferta de prestaciones universales e incondicionales consagradas por la Constitución. El uso indebido de recursos del sistema de seguridad social, o sea de la salud pública, es autorizado por ley y permite el uso del 20 por ciento del presupuesto. Este monto asciende a 58.100 millones de reales (o 29.050 millones de dólares) en 2012, cifra que equivale al 72,25 por ciento del gasto público nacional en salud del mismo año. De acuerdo con datos de ANFIP y Fundação ANFIP (2013),

[...] cuando se lleva a cabo la desvinculación de los ingresos de la nación, y se utilizan 58 100 millones de reales del presupuesto de Seguridad Social del 2012 de forma indebida, se reduce la capacidad de financiamiento de la caja y la cantidad de recursos disponibles del superávit de seguridad. La operación no consta en los informes como una operación de transferencia de fondos de la seguridad social al presupuesto fiscal. Es como si los recursos fueran del presupuesto fiscal.

Vale mencionar que el gasto total de seguridad social de 2012 fue de 11,64 por ciento del PIB, porcentaje mayor a los 10,89 por ciento de 2011 y a los 10,65 por ciento de 2010 (ANFIP y Fundação ANFIP, 2013).

Una última deficiencia del sistema, en orden de importancia, es la preponderancia de las prestaciones monetarias. Como se ha mencionado, la protección social de Brasil en la actualidad se garantiza básicamente mediante transferencias monetarias. Los adultos mayores, las personas discapacitadas, los jóvenes y adultos que exigen otros tipos de cuidados especiales periódica o puntualmente que no requieren atención médica en sentido estricto, están sujetos a un serio déficit de cobertura. La situación más crítica sin duda es la de la salud, como consecuencia de la falta de financiamiento, entre otras causas. Ante la falta de servicios públicos de calidad y en cantidad necesarias como guarderías, centros de atención para adultos mayores y discapacitados, salud preventiva (y no solo curativa), la solución es buscar la atención privada en el mercado disponible para quien puede pagar

---

por estos servicios. Esta situación penaliza seriamente a la mayoría de la población y reduce el bienestar.

Por tanto, los *safety nets* públicos o inclusive las jubilaciones con un monto equivalente a un salario mínimo no posibilitan el acceso al mercado para disfrutar de una vivienda adecuada, saneamiento, agua potable, transporte digno ni a la atención adecuada en todas las etapas de la vida. Las profundas brechas existentes en términos de accesibilidad y calidad de vida no se abordan ni se superan como consecuencia del aumento del costo de las prestaciones privadas, los cambios en el modelo familiar y el alza de la tasa de ocupación de los adultos de ambos sexos, que dificulta la conciliación entre trabajo remunerado y trabajo doméstico no remunerado. Todo lo expuesto perpetúa la gran desigualdad existente y reduce las oportunidades de los que se encuentran en la base de la pirámide de distribución de los ingresos.

A su vez, cuando el gobierno de Dilma Rousseff llegó al poder en 2011, se reconoció que los más pobres no eran atendidos por los servicios públicos absolutamente indispensables a pesar de ser beneficiarios de los programas de transferencias monetarias de ingresos. Se reconoció también la existencia de una masa de personas en situación de miseria que excedía los cálculos estimativos de los años 2000 y se crearon mecanismos para dirigir la política de lucha contra la pobreza, específicamente a partir de la consolidación del gran programa nacional de transferencias condicionadas de ingresos, Bolsa Familia. En este sentido, el gobierno federal crea una Secretaría Extraordinaria orientada a establecer mecanismos más eficaces para rescatar a los grupos en situación aguda de destitución en 2011. Se inicia la implementación del plan de lucha contra la pobreza extrema denominado Brasil sin Miseria.

Dentro de este contexto, la Secretaría Extraordinaria para la Superación de la Extrema Pobreza (SESEP) del plan Brasil sin Miseria creó un ambicioso marco de trabajo con el objetivo de sincronizar las necesidades y oportunidades de forma paralela a la implementación del programa de transferencias de ingresos con mayor alcance para satisfacer mejor las necesidades urgentes de las familias más necesitadas. En la práctica, la iniciativa se traduce, por un lado, en un intento por atender a la población más vulnerable que, efectivamente, en algunas ocasiones, no cuenta con la cobertura de las redes de prestaciones de servicios públicos; y por otro, en un esfuerzo por brindar no solo bienes y servicios, sino también medios de rescate a través de alternativas de inclusión productiva. Dentro de esta área, iniciativas como estimular el emprendimiento individual por medio de la capacitación individual y el acceso a activos, especialmente el crédito, son una opción de rescate más posible que probable y es la que prevalece dentro del ámbito de las iniciativas orientadas hacia la lucha contra la pobreza.

### **3.3. Plan Brasil sin Miseria y coordinación interinstitucional**

#### **3.3.1. Diseño y desafíos del Plan Brasil sin Miseria**

En Brasil se afirma que la extrema pobreza afecta duramente a las personas con ingreso familiar per cápita igual o inferior a 70 reales (31,80 dólares) por mes. Este valor fue establecido como línea de indigencia<sup>6</sup> considerando algunos aspectos: a) ya era la

<sup>6</sup> Es el mismo valor vigente en el ámbito del programa Bolsa Familia.

---

línea de extrema pobreza en el programa Bolsa Familia; *b*) cubría el valor de una canasta básica en la mayoría de las regiones de Brasil; *c*) era superior a la medida vigente en el ámbito de los Objetivos de Desarrollo del Milenio, y *d*) permitía que cada estado de la federación complementase de modo voluntario el piso, elevando el valor de la línea de acuerdo con su capacidad fiscal y con sus prioridades.

La Presidenta de Brasil presentó, a lo largo de 2011, el Plan Brasil sin Miseria en cada una de las regiones (Nordeste, Norte, Centro Oeste, Sudeste y Sur) reuniendo en las ceremonias públicas a todos los gobernadores y gobernadoras y eso también estimuló los pactos con estados (Rio de Janeiro, São Paulo, Rondônia, Amapá, Rio Grande do Sul, Espírito Santo, Mato Grosso, Goiás) y el Distrito Federal en el sentido de la complementación de los ingresos de las familias beneficiarias del programa Bolsa Familia.

El Plan Brasil sin Miseria fue organizado en tres ejes: **garantía de ingreso, acceso a servicios e inclusión productiva**. La garantía de ingreso, incluye:

- a*) Bolsa Familia, programa de transferencias monetarias, que sirve de referencia para el Programa Brasil Cariñoso, conformado por tres componentes (guarderías, medicinas e ingresos). Este último programa garantiza un suplemento de transferencia monetaria a todas las familias que no alcanzan los 70 reales (31,80 dólares) per cápita, a pesar de percibir los beneficios de Bolsa Familia;
- b*) BPC, que transfiere un salario mínimo a los adultos mayores y a los discapacitados de familias de bajos ingresos;
- c*) Bolsa Verde (Programa de Apoyo a la Conservación Ambiental), un programa con menor contingente de beneficiarios y con características más nítidas de inclusión productiva. Este programa, coordinado por el Ministerio del Medio Ambiente, fue creado en septiembre de 2011 y transfiere, cada tres meses, 300 reales (136,36 dólares) a familias en situación de pobreza extrema que viven en áreas consideradas prioritarias para la conservación del medio ambiente (desarrollan actividades de uso sostenible de los recursos naturales en reservas extractivistas, bosques nacionales, reservas de desarrollo sostenible federales). En 2011, el programa fue implementado en áreas prioritarias de la llamada Amazonia Legal: son nueve estados brasileños de la Cuenca Amazónica. En 2012 se hicieron ajustes al programa y se amplió a los demás estados de Brasil. Los grupos familiares que reciben el Programa Bolsa Verde también reciben Bolsa Familia. Los tres programas operan con prestaciones de montos diferentes. El de Bolsa Familia corresponde en promedio a 152,67 reales (69,40 dólares) mensuales y se entrega a 13,6 millones de familias. La prestación BPC corresponde a un salario mínimo otorgado a 3,5 millones de personas y el Bolsa Verde transfiere el equivalente a 100 reales mensuales (45,40 dólares) a aproximadamente 38.000 familias (marzo de 2013).

Cabe subrayar que el Plan Brasil sin Miseria incluyó a nuevas familias que tenían el perfil para acceder a Bolsa Familia pero que no percibían la transferencia (800.000). Es lo que el gobierno llama estrategia de búsqueda activa, que consiste en localizar a las familias que no están inscritas en el Catastro Único, pero que se encuentran en situación de pobreza. La articulación federativa se considera fundamental para que los estados y los municipios logren identificar a las personas invisibles para la acción pública.

Con este plan finalizó la restricción de contemplar como máximo 3 hijos por familia. En 2011 ingresaron 1,2 millones de familias con hasta 5 hijos que recibieron prestaciones, concentradas en los estados de la región Norte donde las familias son más numerosas. Finalmente, con el plan se garantizó que todo adulto beneficiario del programa Bolsa

---

Familia que obtenga un trabajo suficientemente remunerado para rebasar la línea de pobreza puede renunciar a la prestación del programa con la certeza de que será automáticamente incluido en caso de pérdida de su ocupación. Este mecanismo, según el gobierno, apunta a evitar el desincentivo a la inclusión productiva, brindar seguridad y reconocer que muchas veces los empleos son precarios e intermitentes. La iniciativa se denomina Regreso Garantizado.

En lo que se refiere al acceso a servicios, las inversiones federales en infraestructura deben aumentar para garantizar acceso al agua potable, saneamiento, energía eléctrica, en fin, una variedad de servicios públicos básicos que afectan la salud y las condiciones de vida de millones de brasileños.

El eje de la inclusión productiva fue dividido en dos: urbano y rural. En el sector urbano se destacan las acciones de calificación profesional (420.000 matrículas con el Programa Nacional de Acceso a la Educación Técnica y al Empleo (PRONATEC) hasta abril de 2013) intermediación de la fuerza de trabajo, economía solidaria, microcrédito y microempresario individual. En diciembre de 2012, se registraban 760.000 operaciones de microcrédito como beneficiarios de Bolsa Familia; y en febrero de 2013, la formalización de 290.000 beneficiarios de Bolsa Familia como microempresario individual (Falcão, 2013), con apoyo del Servicio Brasileño de Apoyo a las Micro y Pequeñas Empresas (SEBRAE).

En las áreas rurales se destacan el acceso a los medios de producción (incluyendo agua para la producción), apoyo técnico, semillas, brotes y seguimiento de las familias, acceso a los mercados (institucionales y privados) y producción para el autoconsumo.

En asociación con el Ministerio de Educación (MEC), el Plan Brasil sin Miseria coordina la oferta de vacantes para la capacitación o calificación profesional en el ámbito del PRONATEC. Se trata de cursos de formación inicial y continua, de una duración mínima de 160 horas, dirigidos a la inserción en el mercado de trabajo o destinados a desarrollar capacidades. Los cursos los ofrecen reconocidas instituciones de enseñanza técnica y tecnológica, como las unidades del sistema nacional de aprendizaje el Servicio Nacional de Aprendizaje Comercial (SENAC), el Servicio Nacional de Aprendizaje Industrial (SENAI) y la Red Federal de Educación Profesional y Tecnológica. La oferta es gratuita y los beneficiarios reciben alimentación, transporte y material de estudio.

Actuando con la lógica de la descentralización, la ejecución del programa se lleva a cabo en conjunto entre los ayuntamientos municipales, por medio de la asistencia social o de las Secretarías de Trabajo y Acción Social, que se encargan de la movilización de los beneficiarios, las prematrículas y del acompañamiento de los alumnos; y varias municipalidades; cuentan además con el apoyo de los gobiernos estatales. La meta del Plan Brasil sin Miseria es ofrecer cursos a más de un millón de personas inscritas en el Catastro Único hacia 2014.

En el eje de acceso a servicios públicos, se trata de localizar en el territorio la ausencia del Estado o los llamados vacíos institucionales/asistenciales que contribuyen a la reproducción de la extrema pobreza.

A partir del diagnóstico realizado con base en las informaciones del censo demográfico de 2010, la meta es proveer, de modo eficiente, servicios públicos adecuados a las realidades locales. Entre estos servicios se encuentran la oferta de energía eléctrica (en las áreas rurales había 247.000 viviendas sin energía eléctrica), el acceso al agua (para beber y para la producción) y a los servicios de salud.

El acceso a los servicios públicos incluye también otros programas que amplían el derecho al bienestar:

- 
- Programa Salud de la Familia, que es la puerta de entrada del Sistema Único de Salud (SUS) e implementado por equipos multidisciplinarios de profesionales cuya referencia son las unidades básicas de salud, responsables del acompañamiento de un número definido de familias localizadas en una área geográfica delimitada;
  - Red Cigüeña, que garantiza atención de calidad a todas las brasileñas embarazadas por medio del SUS, desde la confirmación del embarazo hasta los dos primeros años de vida del niño;
  - Brasil Sonriente, que realiza acciones de promoción, prevención y recuperación de la salud bucal (incluye prótesis); está a cargo del Ministerio de Salud (cuenta con casi 22.000 equipos de salud bucal en 4.858 municipalidades, 1.000 unidades odontológicas móviles y 1.351 laboratorios de prótesis odontológica);
  - Ver Brasil, una asociación entre los Ministerios de Salud y de Educación, que trata de identificar y corregir los problemas de vista de los escolares;
  - Brasil Alfabetizado, programa a cargo del MEC y destinado a la alfabetización de jóvenes, adultos y adultos mayores;
  - Combate a las enfermedades de la pobreza, incluida la formación del personal, en las áreas más afectadas, con el apoyo del Ministerio de Salud y la Fundación Oswaldo Cruz;
  - Acceso al Agua, que reúne al MDS, la Articulación del Semiárido y, sobre todo, al Ministerio de la Integración Nacional;
  - Cocinas comunitarias, son un espacio destinado a la oferta de comidas a precio reducido y de valor nutricional equilibrado, son también un espacio de sociabilidad y capacitación; y Restaurantes Populares, con el apoyo del MDS;
  - Los servicios ofrecidos por los Centros de Referencia de la Asistencia Social (CRAS) y de los Centros de Referencia Especializados de la Asistencia Social (CREAS).

Los CRAS y CREAS son la puerta de entrada de los grupos sociales más necesitados y vulnerables y un medio de acceso a los mínimos monetarios y algunos servicios; se encargan además de dirigir a las personas a otras áreas sectoriales (salud, educación, derechos humanos, etc.). La diferencia entre ambos es que los CRAS actúan en el ámbito de la protección social básica (servicios, programas, proyectos y beneficios que buscan prevenir situaciones de vulnerabilidad y riesgo social) y los CREAS en el ámbito de la protección especial (reconstrucción de vínculos familiares y comunitarios, defensa de derechos y protección de las familias y de los individuos ante situaciones de violación de derechos). Los CREAS brindan, entre otros servicios, atención especializada y acogida a los ciudadanos y ciudadanas víctimas de violencia sexual, violencia doméstica, violencia contra las mujeres, y ancianos.

En resumen, a partir del recorte territorial de «vacíos institucionales/asistenciales» se planearon acciones a fin de suplir los déficits. Además, se elaboraron mapas que permitían identificar los déficits y ubicarlos y, una vez iniciada determinada acción, monitorear su evolución.

Como se ha mencionado, el eje de inclusión productiva fue estructurado en dos frentes, uno dirigido al medio urbano y otro al rural, considerando sus realidades, que son extremadamente diversas.

---

La promoción de la inclusión productiva urbana tiene como punto de partida la idea de generación de empleo, ingreso y aumento de los conocimientos y capacidades. Así, se ofrecen cursos de calificación profesional y capacitación a las personas entre 18 y 59 años, sintonizados con la vocación económica de cada región. Destacan el PRONATEC y el programa Mujeres Mil, ambos del MEC.

Los socios institucionales que participan en la formación continua son el SENAI, el SENAC y los Institutos Federales de Educación, entre otros. El eje también cuenta con la ampliación del Programa Nacional de Microcrédito «Crescer», con el SEBRAE (formalización de los microemprendimientos), y el apoyo a la creación de pequeños negocios, con la Secretaría Nacional de Economía Solidaria (del Ministerio de Trabajo y Empleo). La economía solidaria no está destinada únicamente a las áreas urbanas. Sus dos principales metas para el periodo 2011-2014 en el Plan Brasil sin Miseria son: 1) apoyo a la comercialización de productos y servicios, formación profesional, apoyo técnico a los emprendimientos solidarios para beneficiar a 200.000 personas en situación de pobreza extrema; 2) apoyo a la organización y desarrollo de cooperativas y redes de cooperación para beneficio de 60.000 cartoneros a través de la capacitación, la asistencia técnica e infraestructuras de apoyo. Vale destacar que el 58,7 por ciento y el 66,6 por ciento de la primera y segunda meta, respectivamente, ya se han alcanzado.

El programa Mujeres Mil está destinado a las áreas urbanas y rurales. Comenzó en 2007 como un proyecto de cooperación entre Brasil (MEC) y Canadá y está dirigido exclusivamente a mujeres pobres de las regiones Norte y Nordeste, que es donde se concentra la pobreza en Brasil. En 2011, ya como parte del Plan Brasil sin Miseria, el MEC seleccionó 100 institutos federales de educación con 30.000 vacantes. La duración de los cursos variaba entre 6 meses y un año y todas las alumnas estaban inscritas en el Catastro Único. El objetivo de los cursos es aumentar la escolaridad y combinarlos con la formación profesional (existe un módulo de ciudadanía) que toma en consideración las oportunidades en el mercado de trabajo. En el Estado de Ceará, por ejemplo, se firmó un acuerdo de cooperación con las asociaciones hoteleras, los hoteles funcionan además como lugares de entrenamiento.

La promoción de la inclusión productiva rural prioriza el aumento de la producción de los agricultores más pobres a través de orientación y acompañamiento técnico; transferencia de recursos monetarios no reembolsables (2.400 reales o 1.090 dólares en tres cuotas), que permiten al agricultor adquirir equipos o hacer mejorías en su plantío, semillas y brotes (suministrados por la Empresa Brasileña de Investigación Agropecuaria, EMBRAPA); suministro de agua (Agua para Todos), de energía eléctrica (Luz para Todos). Todo ello con el fin de proporcionar seguridad alimentaria y estimular la producción para la comercialización por medio del acceso al mercado institucional gubernamental (Programa de Adquisición de Alimentos de la Compañía Nacional de Abasto del Ministerio de la Agricultura, y Programa Nacional de la Alimentación de los Escolares) y al mercado privado a través, por ejemplo, de acuerdos de cooperación con la Asociación Brasileña de Supermercados (ABRAS).

En 2012 se reforzó la viabilidad de la inclusión productiva, aliviando así la sobrecarga financiera de las municipalidades que asumieron responsabilidades adicionales para la movilización de los beneficiarios y para la inclusión en el Sistema Nacional de Información de la Educación Profesional y Tecnológica del MEC. Esto fue posible gracias al compromiso de la Asistencia Social que, por medio de la resolución núm. 18/2012 del Consejo Nacional de Asistencia Social (CNAS), creó el Programa Nacional de Promoción al Mundo del Trabajo (ACESSUAS-Trabalho) y tiene una población objetivo más amplia que la contemplada en el Plan Brasil sin Miseria. Se trata de poblaciones urbanas y rurales en situación de vulnerabilidad o riesgo social, entre los 16 y 59 años de edad, con prioridad

para los usuarios de los servicios, proyectos, programas de transferencia monetaria y beneficios socioasistenciales, en especial para:

- a) inscritos en el Catastro Único, beneficiarios de Bolsa Familia, BPC y en situación de extrema pobreza;
- b) jóvenes egresados del programa PROJOVEN y Servicio de Socialización y Fortalecimiento de Vínculos;
- c) adolescentes y jóvenes egresados de acciones socioeducativas (sanciones aplicadas a los que cometieron infracciones, que varían desde advertencia, obligación de reparar el daño, prestación de servicios a la comunidad, libertad bajo supervisión, inserción en régimen de poca libertad hasta internación);
- d) familias con presencia de trabajo infantil y población que vive en la calle;
- e) familias con niños en situación de acogida provisoria;
- f) adolescentes y jóvenes egresados de servicios de acogida;
- g) individuos y familias que viven en territorios de riesgo en razón del tráfico de drogas;
- h) egresados del sistema de prisiones;
- i) personas rescatadas del trabajo servil;
- j) mujeres víctimas de violencia; y
- k) otros, según especificidades territoriales.

Las municipalidades elegibles deben estar habilitadas, por lo menos, en la gestión básica del Sistema Único de Asistencia Social (SUAS), con el CRAS implantado y en funcionamiento; tener la adhesión mínima de 200 vacantes en los cursos PRONATEC/BSM.

Los parámetros para el financiamiento en 2013 (cuadro 3.3) conforme a la resolución de la Comisión Intergestores Tripartita (resolución CIT núm. 05/2013) son de dos tipos: 1) Básico: meta multiplicada por movilización; 2) Adicional: encaminamiento para el curso y número de personas efectivamente matriculadas multiplicado por el valor de referencia. El cuadro siguiente muestra ambos componentes.

**Cuadro 3.3. Parámetros de financiamiento, componentes básico y adicional, 2013**

Número de personas movilizadas	Valores de referencia	
	(Reales)	(Dólares EE.UU.)
Componente básico		
Hasta 600	90,00	40,90
De 601 a 1.000	45,00	20,45
Más de 1.001	23,00	10,45
Componente adicional		
Hasta 1.000	80,00	36,36
De 1.001 a 2.000	40,00	18,18
Más de 2.000	23,00	10,45

Fuente: SNAS/MDS (2013).

---

En 2012, la Secretaría Nacional de Asistencia Social (SNAS), por medio del ACESSUAS-Trabalho, logró 187.494 vacantes en 292 municipalidades y transfirió 63,9 millones de reales del Fondo Nacional de la Asistencia Social (FNAS) a los Fondos Municipales de Asistencia Social. La meta de vacantes en 2013 es de 1.527.388 en 830 municipalidades elegibles. Cabe subrayar la existencia de un incentivo financiero para la inclusión de personas discapacitadas cuyo cálculo es el número de personas incluidas en los cursos del PRONATEC/BSM por 70 reales. La iniciativa se conoce como BPC Trabajo (Colin, 2013).

El programa Brasil Cariñoso, creado en mayo y ampliado en septiembre de 2012, combina acceso a servicios y transferencias, como es posible observarlo a través de sus tres dimensiones:

- Con el Ministerio de Salud: ampliación de la atención básica por medio del control de la anemia, de la falta de vitamina A, sulfato ferroso e inclusión en el programa de medicamentos gratuitos contra el asma. El Secretario Nacional de Atención de Salud Básica informó en una ponencia en el Primer Seminario Nacional sobre Inclusión Productiva (mayo de 2013) que, desde junio de 2012, 474.000 personas fueron atendidas con medicinas gratuitas (Pinto, 2013). Los beneficiarios de Bolsa Familia, así como los demás ciudadanos, son atendidos en el ámbito del SUS (público y universal). Sería equívoco considerar que algunos deben tener atención prioritaria. Sin embargo, la expectativa del gobierno es que se intensifique la atención básica en las regiones Norte y Nordeste, con mayor concentración de pobreza.
- Con el MEC: ampliación de vacantes en guarderías y jardines de infantes para los niños de las familias beneficiarias de Bolsa Familia. Para ello, el MDS transfiere recursos adicionales al MEC, responsable de la oferta de guarderías y jardines de infantes. El MEC no puede ni debe dirigir la oferta pública a los niños del programa Bolsa Familia, pero lo hace con recursos del MDS. La Presidenta Dilma Rousseff afirmó durante la campaña electoral que durante su gestión serían inaugurados 6.427 guarderías y jardines de infantes. Sin embargo, según el MEC, hasta mediados de 2012 fueron construidas solamente 412. Además, el número de guarderías y jardines de infantes previstos en el Programa de Aceleración del Crecimiento (PAC 2) ya sería insuficiente para contemplar las necesidades de la población.
- Por medio de Bolsa Familia, el MDS garantiza un piso superior a 70 reales (31,80 dólares). Esta acción obtuvo un éxito tan rotundo con la primera infancia (hasta 6 años) que en el mismo año (noviembre de 2012), se extendió a todas las familias en extrema pobreza con niños hasta los 15 años que no lograban alcanzar 70 reales mensuales a pesar de la transferencia monetaria. Gracias a ello más de 7,3 millones de personas superaron la miseria en términos de ingresos, de las cuales 2,9 millones tenían entre 7 y 15 años de edad. En 2012, los recursos adicionales de esta acción fueron de 1.740.000 reales, con lo que el gasto del programa Bolsa Familia superó el 0,5 por ciento del PIB.

Es necesario destacar que la superación de la extrema pobreza en términos monetarios no significa que se garanticen las condiciones para que las familias logren efectivamente salir de esa situación, considerando el acceso a los servicios públicos. Algunos ejemplos elucidan este argumento: las cisternas y los sistemas simplificados para el agua son fundamentales para garantizar agua para el consumo y para la producción de las familias afectadas por la sequía y por condiciones naturales adversas en el semiárido nordeste. El acceso a la red general de saneamiento es fundamental para el bienestar y la prevención de enfermedades. Para tener ese acceso es fundamental que el SUS esté presente en todos los municipios y que tenga capacidad de resolución. Uno de los datos más alarmantes del diagnóstico en el que se basa el diseño del Plan Brasil sin Miseria es la constatación de

---

que, entre la población que se encontraba en situación de extrema pobreza en el momento del plan (junio de 2011), cerca del 42 por ciento era menor de 15 años. Según el corte de la población, 45,2 por ciento de los municipios brasileños se sitúan en la categoría de hasta 10.000 habitantes. Otro 43,9 por ciento están en la categoría de municipios entre 10.000 y 50.000 habitantes. Así, aproximadamente nueve de cada diez municipios tiene una población de hasta 50.000 habitantes (89,1 por ciento). El análisis basado en las características de los municipios es fundamental para el diseño y la formulación de las políticas públicas, pero no puede ser unidimensional. En términos de la población, esas dos categorías de municipios concentran apenas uno de cada tres brasileños (33,6 por ciento). Desde el punto de vista administrativo, a pesar de tener un porcentaje considerable en el Fondo de Participación de los Municipios (FPM), se trata de municipios con baja capacidad propia de formulación de políticas públicas.

La distribución de la población en extrema pobreza por tamaño de municipio revela enormes desigualdades regionales. En las regiones Norte y Nordeste, 55,7 por ciento y 68,4 por ciento, respectivamente, de la población en extrema pobreza se encuentran en municipios hasta 50.000 habitantes. En la región Sudeste, la población en extrema pobreza se concentra en municipios con más de 100.000 habitantes; y el 31,1 por ciento, en municipios con más de 500.000 habitantes. Hay, por lo tanto, fuertes indicios de que la extrema pobreza en la región Sudeste es urbano-metropolitana.

### **3.3.2. La gestión del Plan Brasil sin Miseria**

Conforme a lo mencionado en los puntos anteriores, en Brasil no se creó una instancia gestora o un foro de la seguridad social que incluyese salud, seguros sociales y asistencia social. En las políticas públicas de los distintos sectores (salud, educación, trabajo, desarrollo agrario, etc.) no había señales de transversalidad y la creación, en 2004, del MDS no logró superar una intersectorialidad restricta, con educación y salud en el marco de Bolsa Familia y con el derecho humano a la alimentación por medio de dos programas de la Secretaría Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional. Además, la asistencia social en aquel año daba sus primeros pasos a través de la institución de la Política Nacional de Asistencia Social (PNAS), para aplicar las directivas de la Ley Orgánica de la Asistencia Social (LOAS) del año 1993 y empezar a convertir la asistencia social en un pilar del sistema de protección social.

El SUAS empezó a funcionar, con sus normas operacionales, a partir de julio de 2005 por resolución del CNAS. No fue sino hasta junio de 2011, mismo mes en que se lanzó el Plan Brasil sin Miseria, que se sancionó la ley núm. 12.435, para creación del SUAS.

En su alocución con motivo de la sanción de la legislación, la Presidenta Dilma Rousseff afirmó que el «sistema será determinante para el éxito del Plan Brasil sin Miseria, pues su estructura será la base para la búsqueda activa de las familias y su inclusión en el Catastro Único de los programas sociales y en el encaminamiento de las acciones del Plan». El SUAS, declaró la Presidenta, «será un instrumento extraordinario para alcanzar las metas de superación de la extrema pobreza.»<sup>7</sup>

<sup>7</sup> Alocución de la Presidenta Dilma Rousseff durante la ceremonia de la entrada en vigor de la ley que crea al SUAS, Brasilia, 6 de julio de 2011; véanse discursos en: [www2.planalto.gov.br/imprensa/discursos](http://www2.planalto.gov.br/imprensa/discursos).

---

Es necesario subrayar la importancia de un núcleo gestor del Plan Brasil sin Miseria, pues por primera vez existe institucionalidad para el diálogo. Algunos resultados ya son visibles, sobre todo en relación con el área de la salud, a través de la determinación de consultar los mapas de pobreza y decidir dónde construir las unidades básicas de salud — vacío asistencial y concentración de pobreza — o incluso la modificación (decreto del Ministerio de Salud de julio de 2011) de los valores monetarios del Piso de Atención Básica (PAB) — un valor transferido a las municipalidades para procedimientos y acciones de asistencia básica —, que pasó a tomar en consideración el porcentaje de la población en extrema pobreza, el porcentaje de la población con planes privados de salud, el PIB per cápita y la densidad demográfica. Hasta entonces, la parte fija del PAB era la misma (18 reales o 9 dólares) para todas las municipalidades. Con el cambio, los valores ahora son: 23 reales (10,45 dólares), 21 reales (14,30 dólares), 19 reales (9,63 dólares) y 18 reales.

Los problemas de acceso a los servicios públicos, en términos de cobertura y calidad, sobre todo de aquellos que son universales por determinación de la Constitución Federal, son más evidentes con el Plan Brasil sin Miseria y el desafío es evitar la focalización de lo que debe ser universal. De lo contrario habría un doble riesgo: la renuncia de incorporación de las clases medias a las políticas universales y el abandono de otros casi tan pobres como aquellos que constituyen el público meta del Plan Brasil sin Miseria (Karam, 2012).

### **3.3.3. Estructura de gestión de Plan Brasil sin Miseria**

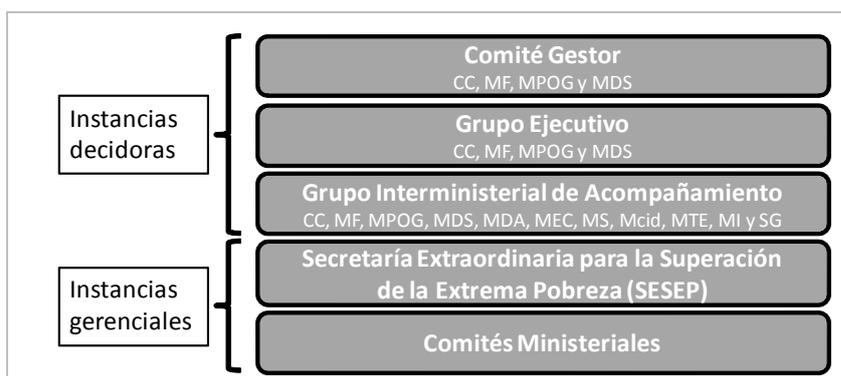
Para el Plan Brasil sin Miseria (creado por el decreto núm. 7.492/2011) se organizó una estructura de gestión con un Comité Nacional que reúne a los ministros y ministras del Ministerio de Planificación, Presupuesto y Gestión (MPOG), el Ministerio de Hacienda (MF), el MDS, la Casa Civil de la Presidencia (CC) y en cuyas reuniones participa la Presidenta Dilma Rousseff. La secretaría ejecutiva del Comité Nacional es atribución de la SESEP. Más abajo en la estructura, un Grupo Ejecutivo constituido por los viceministros conforma el Comité Central. Finalmente, también como instancia decisoria, el Grupo Interministerial de Acompañamiento, formado por la Civil, el Ministerio de Hacienda, el Ministerio de Planificación, Presupuesto y Gestión, el MDS, el Ministerio del Desarrollo Agrario (MDA), el MEC, el Ministerio de Salud (MS), el Ministerio de las Ciudades (Mcid), el Ministerio de Trabajo y Empleo (MTE), el Ministerio de la Integración Nacional (MI) y la Secretaria General de la Presidencia (SG).

Las tres instancias son decisoras, pero quien confirma las decisiones es el Comité Nacional. El MDS es el coordinador de las tres instancias.

Al Grupo Interministerial de Acompañamiento le corresponde prestar informaciones al Grupo Ejecutivo y al Comité Gestor Nacional sobre las políticas, programas y acciones y sus respectivos presupuestos, así como los resultados de la ejecución, identificando los recursos que pueden ser asignados mediante el Plan.

Las instancias gerenciales del Plan Brasil sin Miseria son la SESEP y los Comités Ministeriales. Una visión de la estructura de gestión se muestra en el gráfico 3.8.

**Gráfico 3.8. Estructura de gestión del Plan Brasil sin Miseria**



Fuente: Elaboración propia.

En relación con las atribuciones de la SESEP, vale destacar las siguientes: *a)* encargarse de la articulación, el acompañamiento y la revisión, en conjunto con los demás órganos del gobierno federal, de los programas y acciones destinados a la superación de la extrema pobreza; *b)* manejar la articulación con los demás niveles de gobierno (estados y municipalidades) y con la sociedad civil con vistas a la implementación de acciones para la superación de la pobreza extrema; *c)* proporcionar informaciones a la Secretaría de Evaluación y Gestión de la Información para la elaboración de indicadores de desempeño de los programas y proyectos y para la realización del monitoreo y evaluación; *d)* promover estudios para la formulación de políticas dirigidas a la superación de la extrema pobreza; *e)* estimular, planificar y acompañar los proyectos de inclusión productiva en conjunto con las demás unidades y secretarías, y *f)* incentivar la articulación, el protagonismo y la cooperación de la población integrada en los programas del MDS y sus organizaciones en los proyectos de inclusión productiva.

La estructura de la SESEP consiste en tres directorios — dos directorios de gestión y acompañamiento y una dirección de inclusión productiva —, una asesoría especial para relaciones institucionales y una asesoría de relaciones federativas.

La Dirección de Inclusión Productiva Urbana tiene por obligación elaborar un informe resumido, por municipalidades, a partir de las informaciones del Catastro Único (número de beneficiarios, escolaridad, edad, etc.) y encaminarlo a las instituciones que ofrecen los cursos (SENAI, SENAC, Red Federal de Educación Profesional y Tecnológica) para que las mismas hagan un levantamiento preliminar de la oferta, sintonizada con el perfil del público. Además es atribución de la Dirección mantener el diálogo con los estados y las municipalidades, tomando en consideración la capacidad de oferta, y el acompañamiento de las reuniones entre las municipalidades, los estados y las unidades oferentes.

Las acciones del Plan Brasil sin Miseria son acompañadas por los directorios de gestión y acompañamiento en las salas de situación permanente, cuyo objetivo es estimar las tasas de cobertura efectivamente alcanzadas en comparación con la meta definida. Las salas temporales tratan del diseño e implementación y participan en ellas los ministerios involucrados en la ejecución de las acciones.

La asesoría de relaciones federativas trata, sobre todo, de las relaciones con los estados y los municipios y organiza reuniones con secretarías del MDS y con otros ministerios.

---

Recientemente (2011), la SESEP logró firmar pactos de complementación de ingresos en el ámbito del programa Bolsa Familia con varios estados (ocho) así como con el Distrito Federal. Para ello, la participación de la Secretaría Nacional de Renta y Ciudadanía fue fundamental.

Desde el punto de vista de la participación social existe aún gran timidez, a pesar de tres rondas de diálogos organizadas <sup>8</sup> con los movimientos sociales para discutir el funcionamiento del Plan Brasil sin Miseria.

Había una propuesta para la participación social en el Plan que no prosperó, previo a la creación de un foro de Consejos (reunión de los Consejos encargados de las diferentes políticas), con el fin de promover la articulación con el Plan y la integración.

Desde el punto de vista de la gestión, una aguda debilidad del Plan Brasil sin Miseria parece residir en el exceso de protagonismo por parte del MDS, pues no convoca manifestaciones sobre el Plan por parte de los demás ministerios comprometidos con Brasil sin Miseria.

#### **3.3.4. La coordinación de las políticas sociales de lucha contra la pobreza y la seguridad social**

Como hemos tratado en los puntos anteriores, la introducción del concepto de seguridad social en la Constitución de 1988 no logró establecer un órgano gestor. Además, existen tres sistemas — el SUS, el SUAS y el sistema de seguros sociales — a los que se aporta o cotiza con base en los ingresos e inserción profesional (microempresario individual, asegurado facultativo o voluntario, empleados asalariados, empleadores). Los tres sistemas no dialogan entre sí de manera coordinada. Como resultado, se tiene por un lado al grupo implantado en la seguridad social contributiva (los cotizantes, un grupo muy amplio) y por otro lado al grupo de beneficiarios de las políticas y programas asistenciales, incluidos los pobres por ingreso monetario que están en los programas Bolsa Familia y BPC. Podemos afirmar que estos dos grupos viven trayectorias completamente disociadas y distintas en el acceso a la protección social.

En relación con la asistencia social, cabe mencionar una vez más que la asistencia social como política pública es todavía reciente. Es importante tomar en cuenta su historia, pues en general se suele comparar la forma de funcionamiento del SUAS con la del SUS. Este último, más antiguo, ya en 1987 comienza con la integración de las Acciones Integrales de Salud (AIS) y guía la implementación del Sistema Unificado y Descentralizado de Salud, que adopta como directrices la universalización, la equidad en el acceso a los servicios, la integralidad de los cuidados, la descentralización de las acciones, el desarrollo de instituciones colegiadas gestoras y el desarrollo de una política de recursos humanos. El SUS es el resultado de un largo proceso consagrado por la Constitución de 1988 y la Ley Orgánica de la Salud (ley núm. 8.080) de 1990.

La situación de la asistencia social es bastante distinta. Solamente a partir de la Constitución de 1988, la asistencia social pasa a ser concebida como una política pública no contributiva, deber del Estado y derecho de los ciudadanos que de ella necesitaren. La Constitución establece las directrices para la gestión y la Ley Orgánica de Asistencia

<sup>8</sup> Para mayor información, véase: Devolutiva. Diálogos Governo-Sociedade Civil: Plano Brasil Sem Miséria. MDS, Secretaría Extraordinaria para Supração da Extrema Pobreza (Brasilia,2012).

---

Social (LOAS, ley núm. 8.742/1993), los objetivos, principios y directrices de las acciones. En el año 2004 fue un marco en la trayectoria de la asistencia social, como bien lo revela la aprobación por el CNAS de la PNAS. La concepción política que sostiene el SUAS se encuentra expresada en la ley núm. 12.435/2011, que promueve modificaciones sustantivas en la legislación de 1993 y establece su organización por niveles de complejidad.

La asistencia social tiene desde 2011 una gran oportunidad y un enorme desafío, pues la coordinación principal del Plan Brasil sin Miseria pertenece al MDS que sigue la PNAS y tiene liderazgo en la construcción e implantación del SUAS. Sin embargo, no es posible llegar a las familias en situación de pobreza en los territorios sin la participación de la protección social básica y especial, y esto por distintos motivos. En primer lugar, porque en la mayoría de las municipalidades el ámbito de responsabilidad del Catastro Único es la asistencia social. Además, la estrategia de búsqueda activa y la implementación de nuevos procedimientos para la inclusión de grupos específicos (cartoneros, población en la calle, entre otros) requiere los conocimientos y las habilidades de los trabajadores y de la asistencia social. En segundo lugar, porque la asistencia social es capaz de incorporar a los pobres dentro de las políticas sociales. En efecto, son más de 7.000 CRAS (7.407) y más de 2.000 CREAS (2.216) distribuidos en el territorio nacional. Constituyen importantes puertas de acceso a los derechos sociales y a la capacidad de realizar la referencia y la contra referencia no solamente en las áreas de la asistencia social, sino también en las demás políticas (salud, educación, desarrollo agrario, seguridad alimentaria etc.). Así, colocan a la asistencia social en posición estratégica para hacer confluir la red de atenciones y servicios (Fonseca, 2011). En tercer lugar, conforme subraya Sposati (2009), hubo un incuestionable avance en los últimos años en la progresiva consolidación de la asistencia social como política pública que garantiza derechos sociales y que para ello, articula la concesión de prestaciones (monetarias o en especies) con acceso a los servicios socioasistenciales de protección básica y especial.

A pesar de los logros, hay todavía un largo camino por recorrer en la construcción de la articulación del SUAS con la seguridad social y con el Plan Brasil sin Miseria, si bien es posible registrar algunos avances como los observados anteriormente.

### **3.4. Conclusión**

El caso de Brasil revela que los gastos provenientes de las transferencias monetarias de asistencia social (programa Bolsa Familia y BPC) equivalen al 1,2 por ciento del PIB en 2012, valor porcentual que aumenta año tras año (véase cuadro 3.2). Si dos tercios de las jubilaciones públicas son prestaciones del monto mínimo equivalentes a un salario mínimo, se puede suponer que las mismas representan un gasto de aproximadamente el 4 por ciento del PIB durante el mismo período. A pesar de que la salud pública y universal sufre de falta de financiamiento debido al uso indebido de recursos pertenecientes al presupuesto de Seguridad Social, ésta representa aproximadamente el 4 por ciento del PIB. De esta forma, los beneficios monetarios y la salud pública corresponden a alrededor del 10 por ciento del PIB en el país. Si se suman gastos y se agrega la licencia por maternidad y demás prestaciones monetarias garantizadas a los trabajadores que realizan aportes regulares al sistema de seguridad social, el porcentaje llega al 13 por ciento.

La fuerte institucionalidad de la seguridad social con sus normas, planes y presupuestos específicos fomentan una amplia cobertura en términos de ingreso monetario para niños, adultos mayores, portadores de discapacidades y adultos en situación de riesgo por falta de ingresos. Como ilustran los datos del presente estudio, por lo menos 16 millones de adultos mayores cobran una jubilación básica (independientemente de que hayan realizado aportes o no) y 50 millones de personas que viven por debajo de la línea de pobreza cobran un ingreso monetario de subsistencia individual que varía entre 14 y

---

308 dólares por mes. Actualmente, la cantidad de adultos mayores sin pensión de jubilación es relativamente baja en Brasil (aproximadamente el 15 por ciento de la población de más de 65 años de edad). Asimismo, la cantidad de pobres e indigentes sin cobertura de la red asistencial equivale a algunos millones de personas, con valores estimados entre 2 y 6 millones, o sea, menos del 3 por ciento de la población.

Al mismo tiempo, los grupos más vulnerables cuentan con cierta cobertura en Brasil, si se considera la garantía que brinda un valor mínimo de ingresos. No obstante, este valor no es suficiente, dado que las líneas de indigencia y de pobreza son muy bajas: 70 reales (31,80 dólares) y 140 reales (63,63 dólares), respectivamente. De acuerdo con datos de la encuesta PNAD, la incidencia de la pobreza, medida únicamente como brecha de ingresos, registró una baja del 35,8 por ciento al 11 por ciento de 2001 a 2011. En el caso de la indigencia, la disminución fue del 15,9 por ciento al 4,4 por ciento (Lavinias, 2013).

De lo expuesto se deduce que el 15,4 por ciento de la población brasileña continúa enfrentando graves obstáculos y miseria. Pero esto no significa que no cuenten con prestaciones como beneficiarios de los programas de transferencia condicionada de ingresos, sino que necesitan una prestación más elevada para superar el severo grado de pobreza y acceso a los servicios públicos. Además, una mejor coordinación de las políticas y programas existentes parece crucial para enfrentar tal reto. Si Brasil quisiera eliminar la pobreza extrema, podría hacerlo una vez que disponga de los recursos financieros y fiscales para dicho fin.

Pero para lograr la universalización de la protección social conforme a la Constitución Federal de 1988 y de esta forma derrotar la pobreza en sus distintas manifestaciones, el país necesita imponer una dinámica de inclusión social efectiva, constante y creciente.

## Referencias

- Associação Nacional dos Auditores-Fiscais da Receita Federal do Brasil (ANFIP) y Fundação ANFIP. 2012. Análise da Seguridade Social 2011. Brasília.
- . 2013. Análise da Seguridade Social 2012. Brasília.
- Bahia, L. y M. Scheffer. 2013. «Subsídios para planos privados de saúde: onde tem fogo tem fumaça», en Plataforma Política Social. Campinas, Instituto de Economia, Unicamp. Disponible en <<http://www.politicasocial.net.br/index.php/105-caderno/caderno-saude/203-cad-saude-ligiamario.html>>.
- BRASIL. Ley núm. 8.742 (LOAS) del 7 de diciembre de 1993. Disponible en <[www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Leis/L8742.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8742.htm)>.
- Briggs, A. 1961. «The Welfare State in Historical Perspectives», en *European Journal of Sociology*. Cambridge, Cambridge University Press, vol. 2, núm. 2, págs. 221-258.
- Colin, D. 2013. Programa nacional de promoção do acesso ao mundo do trabalho ACESSUAS – TRABALHO, texto presentado en el seminario «Primer Seminário Nacional Brasil sem Miséria. Inclusão Produtiva Urbana. Experiências, Resultados e Desafios», mayo de 2013, Campinas, São Paulo.
- CEPAL. Varios años. Social Panorama of Latin America, 2010 y 2012. Santiago de Chile.
- Diniz Alves, J. E. y S. Cavenaghi. 2013. «O Programa Bolsa Família e as Taxas da Desigualdade Regional de Renda no Brasil», en Campello, T. Y M. Côrtes Neri

---

(coords.): *Programa Bolsa Família uma década de inclusão e cidadania*. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA). Brasília.

Fagnani, E. 2011. *Seguridade Social: a experiência brasileira e o debate internacional*. Coleção Análises e Propostas. São Paulo, Fundación Friedrich Ebert.

Fonseca, A. 2011. «O SUAS e a Erradicação da Extrema Pobreza no Brasil», en *Caderno de Texto. VII Conferencia Nacional da Assistência Social*. Brasília, Ministerio del Desarrollo Social y de la Lucha contra el Hambre, págs. 85-100.

Gentil, D. L. 2012. «Reforma tributária, desoneração da folha e o arranjo fiscal atual», en *Plataforma Política Social*. Campinas, Instituto de Economía, Unicamp. Disponible en <http://www.politicasocial.net.br/index.php/caderno/cadernos-tematicos-3/158-caderno-tematico-3-denise.html>.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Varios años. *Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD), 2001-2011*. Brasília.

Karam, R. 2012. *Desafios do Plano Brasil sem Miséria*. Brasília, SESEP/MDS.

Lavinás, L. 2006. «From means-test schemes to basic income in Brazil: Exceptionality and paradox», *International Social Security Review*, vol. 59, núm. 3, págs. 103-125, julio-septiembre 2006. Blackwell Publishing.

—. 2013 *Latin America: anti-poverty schemes instead of social protection*. Berlin, [desiguALdades.net](http://desiguALdades.net).

—, y A. Cavalcanti. 2007. «O Legado da Constituição de 1988: é possível incluir sem universalizar?». *Previdência Social: como incluir os excluídos*. São Paulo, LTR Editor aLtda, vol. 4, págs. 468-491.

Mesa-Lago, C. 2004. «La reforma de pensiones en América Latina. Modelos, características, mitos, desempeño y lecciones», en Hujo, K.; C. Mesa-Lago, y M. Nitsch (editores): *¿Públicos o privados? Los sistemas de pensiones en América Latina después de dos décadas de reformas*. Caracas, Nueva Sociedad, págs. 21-56.

Ministério de Desenvolvimento Social (MDS). Varios años. Disponible en [aplicacoes.mds.gov.br/sagi/ferramentassagi/index.php?group=1](http://aplicacoes.mds.gov.br/sagi/ferramentassagi/index.php?group=1) [22 de enero de 2014].

Ministério da Previdência Social (MPS). Varios años. *Anuários Estatísticos da Previdência*. Brasília.

OIT. 1950. *The Quest for Universality*, Ginebra.

Pinto, H. 2013. *Saúde no Plano Brasil sem Miséria*. Ponencia para seminario «Primer Seminário Nacional Brasil sem Miséria. Inclusão Produtiva Urbana. Experiências, Resultados e Desafios». Campinas, Unicamp.

Secretaría Nacional de Ingreso de Ciudadanía (SENARC). 2012. Disponible en [www.mds.gov.br/bolsafamilia/beneficios](http://www.mds.gov.br/bolsafamilia/beneficios) [22 de enero de 2014].

Sposati, A. 2009. *Horizontes da e para a Política de Assistência Social no Brasil de 2009: elementos para discussão*. Texto presentado en el seminario «Política de Assistência Social: Novos Desafios», Rio de Janeiro, 30 de junio.

- 
- Townsend, P. (ed.). 2009. *Building Decent Societies, Rethinking the Role of Social Security in Development*. Londres, PalgraveMacmillan y OIT.
- Viana, A. L. 2009. «Financiamento da Saúde: impasses ainda não resolvidos». *Revista Trabalho, Educação e Saúde*, Rio de Janeiro, Fiocruz, vol. 6, núm. 3, págs. 599-612.
- Werneck Vianna, M.L.T. 2005. «Seguridade social e combate à pobreza no Brasil: o papel dos benefícios não contributivos», en Viana, Ana Luisa D'Ávila; Elias, Paulo E.M., e Ibanes, Nelson (coords.): *Proteção Social: dilemas e desafios*. São Paulo, Hucitec, 2005, 336 págs. (Saúde em Debate, 159).

---

## 4. La práctica de los mecanismos de coordinación interinstitucional de los pisos de protección social: el caso de Chile

*María Pía Martín*

### 4.1. Introducción

En los últimos años, Chile ha desarrollado esfuerzos por ampliar la cobertura de la protección social, generando para ello diversas reformas en el ámbito de la salud, las pensiones y la asistencia social, tanto en el ámbito contributivo como no contributivo, con la meta de enfrentar los problemas de la pobreza y desigualdad a lo largo del ciclo vital, potenciando medidas que garanticen el derecho a la protección social de la población. Ello en consonancia con la construcción de un piso de protección social (PPS), como estrategia en dos dimensiones que comprende un conjunto básico de garantías sociales para todos (dimensión horizontal), y la aplicación gradual de niveles de protección más elevados (dimensión vertical), en línea con los estándares de la Recomendación núm. 202 de la Organización Internacional del Trabajo.

La construcción del PPS es un proceso de mediano y largo plazo para la cual se requieren acuerdos políticos, sociales y financieros sobre su diseño e implementación, pero que también logren su mantención en el tiempo. En el caso chileno, las leyes que acompañan a cada una de las reformas han sido fundamentales para lograr expandir el sistema y otorgar continuidad a las reformas emprendidas. De este modo, a lo largo del tiempo se han ampliado las coberturas en los componentes básicos del piso, como son el acceso a los servicios de salud y las garantías de ingreso en la infancia, adultez y vejez, cubriendo necesidades básicas para la población a lo largo del ciclo vital.

Un aspecto relevante para cumplir este objetivo es desplegar políticas y programas que consideren en particular la situación de la población vulnerable y excluida. En ese marco, el desarrollo de políticas no contributivas cobra especial importancia. En este documento se pone énfasis en analizar el caso del sistema de protección social Chile Solidario (CHS), centrado en el componente no contributivo del PPS, desarrollando asimismo los vínculos entre los componentes contributivo y no contributivo, particularmente en salud. CHS fue diseñado como un sistema integral en base a un modelo de gestión y coordinación interinstitucional, y desde sus inicios se concibió como el primer paso para avanzar hacia un sistema de protección que garantice el derecho a la protección social.

En este documento se analizan especialmente las innovaciones introducidas en CHS en su vinculación con los beneficiarios como los mecanismos de intersectorialidad y articulación interinstitucional, a través de un sistema integrado de información, esenciales para lograr una protección social efectiva. Ello porque la complejidad de la pobreza y la desigualdad requiere respuestas integrales, que cambien el eje desde las lógicas burocráticas hacia la centralidad del ejercicio ciudadano del derecho a la protección social.

Para analizar el caso chileno se recurrió a fuentes documentales de la literatura académica y fuentes gubernamentales y se realizaron entrevistas a informantes claves de

---

diferentes programas y servicios sociales de los ministerios y agencias del gobierno <sup>1</sup>. De esta manera, en este documento se analiza el cumplimiento de las garantías del PPS, poniendo especial atención a los mecanismos de coordinación entre los componentes contributivo y no contributivo respecto de la garantía de salud del piso. Las políticas hacia la población más pobre y vulnerable en Chile, se han expandido, generándose diversas iniciativas programáticas como CHS, Chile Crece Contigo (CHCC) y recientemente el Ingreso Ético Familiar (IEF) (aún en sus primeras fases de implementación), que tienen como una de sus características principales el buscar una mayor eficiencia y eficacia de las intervenciones públicas a través de la implementación de mecanismos de coordinación interinstitucional que potencien la oferta pública, articulen redes de prestadores e impacten de manera articulada en las mejores condiciones de vida de la población a lo largo del ciclo vital.

En este documento se analiza esta experiencia, desde un prisma particular, cual es el diseño y operatoria de los mecanismos de coordinación interinstitucional del PPS en Chile, estableciendo las principales características y componentes del vector no contributivo del piso, observando el caso particular del sistema de protección social CHS, como modelo de intervención y buena práctica de diseño y gestión de la coordinación interinstitucional.

En la primera sección, se establece la estructura y garantías básicas del PPS en Chile, estableciendo el cumplimiento de estas garantías y los instrumentos de focalización que permiten el acceso a estas. En la segunda sección se analiza el Sistema Integrado de Información Social (SIIS) como mecanismo de coordinación interinstitucional y su acceso como ventanilla única de información del PPS en Chile. En la tercera sección se describe el marco legal y diseño institucional de los mecanismos de coordinación en el pilar no contributivo de la protección social. En la cuarta sección se analiza el modelo de gestión CHS como diseño de referencia para la coordinación Intersectorial y el Modelo de gestión y coordinación intersectorial territorial de CHS. Finalmente, se presentan las buenas prácticas, desafíos, obstáculos y lecciones en materia de administración y coordinación de políticas de protección social, especialmente las políticas y programas implementados en CHS como parte integrante del PPS chileno.

## **4.2. Estructura y garantías básicas del piso de protección social en Chile**

Como se señala en el informe del Grupo Consultativo sobre el Piso de Protección Social (2011) y en Bertranou (2010), el desafío de la protección social reside en lograr que los sistemas den cobertura efectiva a toda la población, pero atendiendo en particular la situación de la población vulnerable y excluida, con el fin de prevenirla de pérdidas en el bienestar y disminución de la cohesión social, y atenuar el riesgo de caer en la pobreza, independientemente del tipo de inserción laboral que tengan los trabajadores. Esa función central la cumple el PPS que se construye a partir de la articulación de los componentes contributivo y no contributivo de la protección social. La extensión de la cobertura de la protección social a través del PPS es una combinación entre prestaciones universales y focalizadas, en que existe una entrada universal en algunas prestaciones y también se establece un tratamiento especial según riesgos sociales específicos asociados al ciclo de

<sup>1</sup> Se realizaron entrevistas a representantes del Sistema Intersectorial de Protección Social. De CHS se entrevistó a los encargados de los programas Puente, Abriendo Caminos, Calle, e Ingreso Ético Familiar. Asimismo se entrevistó al encargado de Chile Crece Contigo del Ministerio de Salud.

---

vida. De este modo, es posible favorecer a los grupos más vulnerables. El PPS contempla cuatro garantías básicas: *a*) asistencia sanitaria esencial universal, *b*) seguridad del ingreso para niños, *c*) seguridad del ingreso para las personas de edad y discapacitados, y *d*) políticas de índole no contributiva (de asistencia social) a los pobres en edad de trabajar que no pueden generar suficientes ingresos en el mercado de trabajo. Para analizar el cumplimiento de esas garantías, en este texto se examinan en particular las políticas no contributivas y sus mecanismos de coordinación.

Los mecanismos de coordinación interinstitucional son centrales para abordar una de las mayores complejidades de la construcción de PPS, que es la articulación de diversas políticas y programas sectoriales y las instituciones y servicios a nivel nacional o subnacional, para constituir sistemas integrados de protección social para el conjunto de la ciudadanía, sin exclusiones. Para ello se deben asegurar ciertas prestaciones de cobertura universal que protejan a las personas de los riesgos de la pobreza y vulnerabilidad a lo largo del ciclo vital.

Chile ha efectuado un importante esfuerzo en los últimos años en la construcción de un sistema de protección social, realizándose para ello diversas reformas en el plano contributivo y no contributivo. Las reformas efectuadas en el país entre 2000 y 2012 han requerido generar cambios a la institucionalidad y aumentar los recursos, debiendo articular viabilidades políticas, financieras e institucionales y las diversas posturas valóricas e ideológicas para implementar reformas en la protección social. Un hito se marca en 2006, cuando bajo el gobierno Bachelet se impulsa el sistema de protección social basado en derechos, incorporando así la noción de ciudadanía y la promoción de derechos sociales, para lo cual en 2008 se generó la Red Protege<sup>2</sup>, que puso información en línea sobre los derechos de acceso de las personas a subsidios y programas públicos (Hardy, 2010). Se estableció así la voluntad política de generar un sistema de protección social, con prestaciones a lo largo del ciclo vital (Bachelet, 2009). Esta red de servicios y políticas fue diseñada para universalizar la protección social, incluyendo políticas relativas a la seguridad social, a la entrega de subsidios de vivienda, empleo y capacitación, así como de asistencia social para la población más pobre y vulnerable. Además se incorporaron iniciativas para garantizar el acceso y fomentar la demanda de servicios sociales de grupos vulnerables como la primera infancia, niños y jóvenes, familias extremadamente pobres y adultos mayores, conformando un PPS que amplía las coberturas y diversifica las políticas.

En su conjunto, como se muestra en el cuadro 4.1, el PPS en Chile contempla prestaciones contributivas y no contributivas a lo largo del ciclo vital, focalizadas en los más pobres.

<sup>2</sup> Para información más detallada véase: [www.redprotege.gov.cl](http://www.redprotege.gov.cl).

## Cuadro 4.1. Piso de protección social en Chile

### Acceso universal a salud

- Atención garantizada en Salud (Acceso Universal con Garantías Explícitas de Salud, AUGE). **Cobertura universal** (100% población) en 69 patologías en total, para cuya atención se explicitan garantías de acceso, calidad, oportunidad y protección financiera (el usuario bonifica un máximo de 20% del costo total de la atención) que deben ser cubiertas obligatoriamente por prestadores ya sea públicos o privados. Este es un beneficio contributivo y no contributivo.
- Atención pública de salud a lo largo del ciclo vital. **Cobertura universal** (80% de la población 13,4 millones de personas) para afiliados al seguro público de salud FONASA, en atención de salud primaria y hospitalaria.

### Seguridad del ingreso

#### Niños y niñas

- Programa Becas Escolares y de Alimentación Escolar: 40% más pobre
- Atención a la primera infancia Chile Crece Contigo: 60% más pobre
- Salas cuna y educación preescolar: 60% más pobre, acceso gratuito y garantizado al 40% más pobre
- Ayudas técnicas discapacidad: 40% más pobre
- Programa Caminos de Chile Solidario: 40% más pobre e hijos de padres en prisión

#### Seguridad del ingresos personas en edad activa

- Ampliación del postnatal-universal
- Subsidio al empleo joven: 40% más pobre
- Capacitación: 40% más pobre
- Subsidio de cesantía: universal
- Chile Solidario y transferencias condicionadas: 100% extrema pobreza, 65,9% población pobre
- Bonos y subsidios: 40% más pobre
- Ingreso Ético Familiar: 100% extrema pobreza, 65,9% población pobre
- Habilitación sociolaboral: 40% más pobre
- Subsidio Familiar: 100% población pobre
- Programa Calle: 100% personas en situación de calle

#### Seguridad del ingreso Adultos mayores

- Pensión Básica Solidaria (PBS) de vejez e invalidez y Aporte Previsional Solidario (APS) (vejez e invalidez): 60% más pobre
- Bono por hijo nacido vivo: 100% población
- Disminución cotización obligatoria 7% de jubilados a salud: 80% población más pobre
- Programa de Alimentación Complementaria Adulto Mayor: universal
- Ayudas técnicas discapacidad: 100% beneficiarios de Chile Solidario y 100% beneficiarios de Chile Crece Contigo
- Programa Vínculos: 100% adultos mayores que viven solos en situación de pobreza

Fuente: elaboración propia.

Como se aprecia en el cuadro, Chile ha avanzado en construir un PPS, en donde existe atención universal y garantizada en salud, independientemente de su componente contributivo o no. En este acceso tuvo un papel esencial la reforma de salud Acceso Universal con Garantías Explícitas de Salud (AUGE), que garantiza prestaciones de salud ya sea en el sistema público o privado. Asimismo, el sistema público tiene cobertura universal en términos de atención de salud para toda la población, incluida la atención madre e hijo y la atención a adultos mayores. Por otra parte, se ha establecido un conjunto de prestaciones y beneficios que proporcionan seguridad en el ingreso a lo largo del ciclo vital. Los distintos componentes del PPS están destinados a la protección de riesgos de diverso origen y tienen la función tanto de asegurar ingresos y condiciones mínimas a lo largo del ciclo de vida como fortalecer las capacidades de las personas a través de la promoción social.

Otras dos reformas, en el pilar contributivo y no contributivo, son fundamentales en materia de protección social: la reforma a la salud AUGE, creada en 2005 (ley núm. 19.966) que se detalla más adelante, y que establece garantías de derechos en una lógica de cobertura universalista; y la Reforma Previsional de 2008 (ley núm. 20.255), que establece pensiones solidarias para la población más pobre no afiliada al sistema de seguridad social. También crea un Aporte Previsional Solidario (APS) para nivelar los montos de las pensiones de los afiliados a la pensión mínima. Asimismo, en 2005 se establece el seguro de desempleo, el cual es ampliado en su cobertura en 2009. Este conjunto de reformas, según se aprecia, estructuran las garantías del PPS en Chile.

---

Entre las políticas no contributivas que conforman el PPS destaca el sistema de protección social CHS, que es el programa de superación de la pobreza más importante en Chile. Creado en 2002 y establecido por ley en 2004 como sistema de protección social CHS (ley núm. 19.949) busca, desde sus inicios, constituir un sistema integrado de prestaciones para los sectores más pobres y vulnerables, con articulación desde los programas focalizados de asistencia al conjunto del sistema de protección social chileno.

CHS surge a partir del diagnóstico de que la dispersión programática y el diseño institucional sectorial no habían permitido enfrentar la pobreza de una manera integral, ya que cada sector marcaba su sello asistencial o promocional, sin vincularlos. Desde la oferta pública, la suma de programas, aunque bien focalizados, no estaba resultando en una disminución de la extrema pobreza. En consecuencia, CHS se diseña como un modelo de gestión intersectorial que integra en red la oferta pública y la acerca a las familias a través de la figura de un apoyo familiar, garantizando que las familias de extrema pobreza accedan a los mecanismos de protección disponibles. Dada la trayectoria histórica del país en extensión de cobertura de salud, educación y seguridad social, muchos de estos mecanismos ya existían, debiendo más bien realizarse ajustes según las necesidades de los más pobres. Esta es una diferencia fundamental con otros programas de transferencias condicionadas en la región, ya que su eje es acercar a las personas más vulnerables a la oferta pública, garantizando derechos.

Con este objetivo, CHS está diseñado como un modelo de gestión para la coordinación interinstitucional de las prestaciones públicas que otorgan los distintos servicios y ministerios a los principales beneficiarios de CHS, que son las familias más vulnerables del país. El total acumulado de familias que hasta 2011 ha participado del programa Puente de Chile Solidario es 301 126 familias, aproximadamente 1,3 millones de personas, lo que representa el 7,6 por ciento de la población nacional, el 65,9 por ciento de la población pobre y más del doble de las personas viviendo en la extrema pobreza. CHS se inició con el Programa Puente (de mayor cobertura) para familias de extrema pobreza y luego se amplió a adultos mayores que viven solos (Programa Vínculos), a indigentes (Programa Calle) y familias de personas en prisión (Programa Caminos). Todos son financiados por el Estado y están a cargo del Ministerio de Desarrollo Social (MDS).

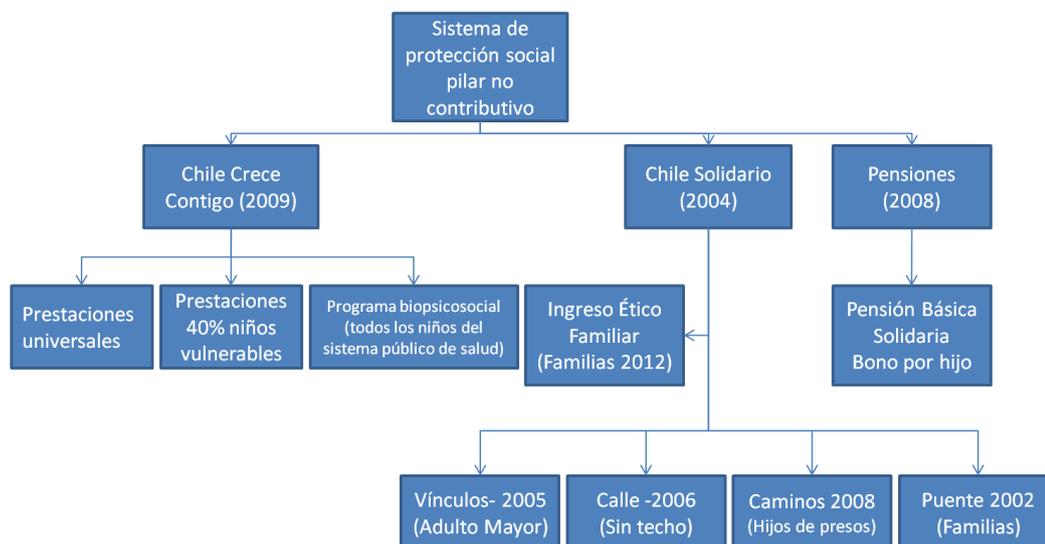
Junto con CHS, surgen dos programas que van a ampliar y mejorar las prestaciones del PPS para los más vulnerables: el Sistema Integral de Protección a la Infancia CHCC<sup>3</sup>, creado en 2009 para apoyar a todos los niños y niñas de primera infancia (0 a 4 años) a que se atiendan en el sistema público de salud con el objetivo de eliminar las desigualdades que surgen en la primera infancia, mejorando su acceso a prestaciones de salud y educación; y el IEF, surgido en 2011 con el objetivo de reemplazar de manera gradual al Programa Puente de CHS. Estos tres programas son parte del Sistema Intersectorial de Promoción y Protección Social, creado por la ley núm. 20.379 de 2009, que busca articular la institucionalidad de los programas que constituyen los ejes centrales de protección social

<sup>3</sup> Su configuración recogió las recomendaciones de una Comisión Asesora Presidencial. Contempla: Programa Educativo Masivo; Programa de Apoyo al Desarrollo Biopsicosocial; Fondo de Intervenciones de Apoyo al Desarrollo Infantil; desarrollo de una Red Comunal y un Fondo de Fortalecimiento Municipal; Programa de Apoyo al Recién Nacido (que es la entrega de un ajuar, cuna y un set de implementos para reforzar la estimulación y el apego).

para los grupos más pobres y vulnerables. La institución responsable de administrar y coordinar estos programas es el MDS, creado por la ley núm. 20.530 <sup>4</sup>.

En el pilar no contributivo, como se aprecia en el siguiente gráfico, se establecen las garantías del PPS en términos de prestaciones de salud y de pensiones de vejez e invalidez garantizadas (Pensión Básica Solidaria, PBS) y de los distintos programas que integran el sistema intersectorial de protección social.

**Gráfico 4.1. Principales componentes del pilar no contributivo de la protección social en Chile**



Prestaciones monetarias: subsidios y transferencias condicionadas y no condicionadas.  
Salud y atención a la maternidad de cobertura universal con derechos garantizados (AUGE).

Fuente: Elaboración propia en base a Mideplan (2009a).

Como se aprecia en el cuadro 4.2, respecto de CHS, los diversos programas que componen el sistema CHS han aumentado su cobertura, observándose mayores aumentos en aquellos programas que tienen menor cobertura y/o son de reciente inicio. También se aprecia que el principal programa en términos de población cubierta, el Programa Puente, ha mantenido sus cupos prácticamente inalterados en función de la específica población que cubre, que son familias extremadamente pobres. En tanto, los Programas Calle y Caminos aumentan su cobertura, aunque cabe señalar tienen presupuestos menores.

<sup>4</sup> CHS fue creado en 2002 y la ley se promulgó en 2004 durante el mandato del Presidente Lagos, de centroizquierda. CHCC fue creado en 2006, a partir de una Comisión Asesora Presidencial en Infancia y la ley se promulgó en 2009, durante el mandato de la Presidenta Bachelet, de centroizquierda. En la administración del Presidente Piñera, de centroderecha, se creó en 2011 el Ingreso Ético Familiar – IEF – (su ley se promulgó en 2012), y el MDS cuya ley se promulgó en 2011.

**Cuadro 4.2. Cobertura Programas Chile Solidario** (cifras acumulativas año a año)

Programas	2007	2008	2009	2010	2011	Acumulado	Variación <sup>1</sup> 2009-2010 (porcentaje)
Caminos		1 006	2 169	4 169	5 163	12 507	92,2
Calle	2 831	3 676	3 012	3 662	3 662	16 843	21,6
Vínculo	4 004	8 536	8 000	10 800	10 800	42 140	35,0
Puente	36 450	48 575	51 545	51 794	53 296	301 126	0,5

Nota: <sup>1</sup> Las variaciones entre los años 2009-2010 y 2010-2011 corresponden al incremento de beneficiarios de cada uno de los programas solo entre los años descritos.

Fuente: Elaboración propia en base a MDS.

En general, se puede establecer que el conjunto de prestaciones tanto en el componente contributivo como no contributivo muestran que en Chile el sistema de protección social ha evolucionado hacia una mayor cobertura, logrando sucesivas ampliaciones de beneficiarios y continuidad en las prestaciones, en parte, gracias a la sostenibilidad fiscal de estas como a las reformas institucionales y legales establecidas.

Las cifras respaldan este crecimiento, pues entre 2000 y 2011 el gasto social <sup>5</sup>, creció en 100,5 por ciento, a un ritmo de 6,5 por ciento promedio anual, con un mayor crecimiento del gasto como promedio anual en salud (9,3 por ciento) y educación (7,3 por ciento) y vivienda (10,7 por ciento). En 2011 más de la mitad (66,6 por ciento) de los recursos fiscales totales consignados en el erario fueron destinados a programas sociales, lo cual muestra un importante esfuerzo de mejoría en la distribución del gasto social como porcentaje del gasto público total, aún cuando el gasto social como porcentaje del PIB permanezca estable en torno al 16 por ciento.

Estos mayores recursos han permitido aumentar los beneficios sociales en la lógica de un diseño de protección a lo largo del ciclo vital que garantice las prestaciones del PPS. Ha habido ampliación de las políticas no contributivas incorporándose diferentes programas, por lo que quienes viven en situación de pobreza y vulnerabilidad han mejorado su acceso a las redes de protección social, así como a las transferencias monetarias. Programas como CHS tienen un papel destacado. Asimismo, hay un diseño en un enfoque de intervención integral que también ha favorecido la articulación intersectorial. Cabe destacar que, en particular las reformas de salud, pensiones, CHCC y CHS han sido diseñados con un enfoque de derechos. Estas reformas han permitido construir el PPS en el país y establecer garantías básicas de protección social, como se establece en el siguiente apartado.

<sup>5</sup> En gasto social se consideran las partidas de protección del medio ambiente, vivienda y servicios comunitarios, actividades recreativas, cultura y religión, salud, educación y protección social.

---

#### **4.2.1. Cumplimiento de las garantías básicas del piso de protección social en Chile**

En esta sección se establece el grado de cumplimiento del conjunto de las garantías básicas que se establece en el PPS chileno, respecto de la atención de salud y la garantía de ingresos en la infancia, adultez y vejez.

##### **■ Acceso a atención de salud esencial, incluida la atención de la maternidad**

En Chile existe acceso universal a la salud. El sistema tiene dos pilares: el público y el privado. Los trabajadores cotizan el 7 por ciento de sus salarios al sistema privado, organizado en torno a las instituciones de salud previsional (ISAPRE) o al sistema público administrado por el Fondo Nacional de Salud (FONASA). Los trabajadores afiliados a alguna ISAPRE pueden cotizar un monto adicional al 7 por ciento básico y con ello aumentan la variedad de servicios a la que tienen acceso o bien disminuyen los copagos por los servicios contratados. En ambos casos pueden contratar seguros adicionales de salud.

La Reforma de Salud tiene como eje central la creación de una canasta de prestaciones, garantizadas por la Ley AUGE de 2005, para todos los afiliados del sistema público o privado. Se garantiza el acceso a la salud de toda la población, sin discriminación por capacidad de pago. Las prestaciones de salud que requieran la atención de las enfermedades que han sido priorizadas tienen garantías de calidad (las prestaciones son otorgadas solo en instituciones de salud acreditadas por el Ministerio de Salud), oportunidad (las personas deben ser atendidas en un plazo máximo bajo la fiscalización de la Superintendencia de Salud), y protección financiera (especialmente para los más pobres, quienes se pueden atender gratuitamente, mientras que las demás personas contribuyen con un 20 por ciento en el pago de las prestaciones). El número de patologías AUGE ha ido aumentando de 59 a 80 en 2013.

Por otra parte, en el sistema público de FONASA cotiza cerca de un 80 por ciento de la población. Estos pueden atenderse en los servicios públicos de salud o en los privados, pagando el copago correspondiente. Las personas en situación de pobreza pueden igualmente recibir atención gratuita a través del sistema público —en consultorios municipales y hospitales públicos— y para ellas no hay exigencia de copago, aunque necesitan comprobar que no disponen de ingresos para pagar por el servicio.

Respecto de la atención a la maternidad, existe gratuidad en la atención de embarazadas y niños de hasta 6 años de edad, que se hace efectiva al inscribirse en el consultorio correspondiente al domicilio. La gama de programas corresponde al Programa Control de Niño Sano, Control Madre Hijo, Programa de Apoyo al Desarrollo Biopsicosocial, vacunaciones, programas de alimentación, información sobre salud y cuidados propios, entre otros.

En 2011 se promulgó la ley núm. 20.545, que extiende el período postnatal a 6 meses (agregando 12 semanas más de permiso a las existentes <sup>6</sup>) e incorpora el permiso parental. Se amplía la cobertura de la prestación del posnatal a todas las trabajadoras (incluidas las de plazo fijo, faena o temporales y sin contrato). Se mantienen las licencias por maternidad

<sup>6</sup> El proyecto mantiene los beneficios actualmente existentes de pre y posnatal, seis semanas de prenatal y 12 de posnatal, e incrementa en 12 semanas adicionales el permiso posnatal de forma de alcanzar 24 semanas para las madres.

---

y el fuero maternal (cubre todo el período de embarazo y hasta un año después de expirado el posnatal.). Por otra parte, en 2011 se aprobó la ley núm. 20.531, que exime total o parcialmente a los pensionados de pagar sus cotizaciones de salud, dependiendo de su nivel de ingresos <sup>7</sup>.

■ **Seguridad básica del ingreso para los niños (acceso a la alimentación, la educación, los cuidados y bienes y servicios necesarios)**

Desde 2003 (reforma constitucional), la educación secundaria es gratuita y obligatoria para todos los chilenos hasta los 18 años de edad (antes solo lo era la básica). El Estado tiene la responsabilidad de garantizar el acceso a ella. La cobertura del sistema educacional chileno es prácticamente universal, como ocurre en países desarrollados, teniendo índices de matrícula que representan esa realidad. Según la Cuenta pública del Ministerio de Educación (2011), la matrícula en educación básica alcanza al 95 por ciento de los niños entre 6 y 14 años. En el caso de la educación secundaria la cobertura de la matrícula es de 81 por ciento, de los adolescentes entre 15 y 18 años <sup>8</sup>, lo que muestra que aún queda espacio por cubrir en cobertura. En tanto la educación preescolar presenta mayor rezago (12 por ciento entre 0 y 2 años, 22 por ciento entre 2 y 4 años, 46 por ciento 4 a 5 años, y 78 por ciento 5 a 6 años), según Tokman, (2010).

Independiente de la pertenencia pública o privada de los establecimientos escolares, los niños en condiciones de pobreza tienen acceso a una serie de programas de alimentación (Programa Nacional de Alimentación Complementaria – PNAC – y Programa de Alimentación Escolar), útiles escolares, salud escolar, becas de retención escolar, becas de residencia, entre otras.

Además se crea en 2009 el programa de protección integral a la infancia CHCC, centrado en niños y niñas menores de 4 años, que no había sido objeto de políticas hasta ese momento. Brinda cobertura desde la gestación hasta los 4 años a través de dos programas a los que se accede desde el sistema público de salud (Programa de Apoyo al Desarrollo Biopsicosocial y Programa de Apoyo al Recién Nacido <sup>9</sup>). CHCC entrega atención prácticamente universal, pues atiende al 81,8 por ciento de los niños menores de 4 años del país y al 90 por ciento de las madres que realizan sus controles de embarazo en el sistema público de salud. Garantiza a los niños en vulnerabilidad servicios gratuitos de salas cunas y jardines infantiles, visitas domiciliarias, subsidio familiar, ayudas técnicas para niños y niñas con discapacidad y acceso preferente a la oferta de programas públicos.

<sup>7</sup> La prestación empezó en 2011 y favorece a beneficiarios de la PBS o APS. Quienes sean pensionados de Administradoras de Fondos de Pensiones, o Compañías de Seguros (DL n°3.500), del Instituto de Previsión Social (ex INP) de la Ley de Accidentes del Trabajo y de la ley núm. 19.334 sobre exonerados políticos, no beneficiarios de pensiones solidarios a partir de diciembre 2012 tendrán una rebaja del 7 por ciento al 5 por ciento en su cotización de salud, siempre que pertenezcan a los 4 primeros quintiles de menores ingresos de la población. Durante el primer semestre 2012 se han beneficiado cerca de 565 mil pensionados con un costo fiscal de 11,3 millones de dólares. Para 2012 se estima un gasto de 135 millones de dólares y en 2013 de 170 millones de dólares anuales producto de la nueva incorporación de beneficiarios.

<sup>8</sup> Del total de alumnos, un 42,1 por ciento asiste a establecimientos municipales, un 49,7 por ciento a particulares subvencionados, un 6,7 por ciento a establecimientos particulares pagados.

<sup>9</sup> El primer programa brinda prestaciones de salud y nutrición; y el segundo, implementos para el apego y estímulo del recién nacido. Ambos se enfocan al desarrollo de estimulación temprana.

---

Se busca, además, aumentar la cobertura de educación preescolar <sup>10</sup>. Cabe destacar que al año 2009, en virtud de CHCC, el 40 por ciento de los niños del país tuvo garantía de acceso a sala cuna o jardín infantil, que en 2010 se amplía al 50 por ciento y el año 2011 lo haría al 60 por ciento. Asimismo, se entrega atención de alimentación a través del PNAC, a un 90,2 por ciento de los menores de 6 años, pertenecientes al 20 por ciento más pobre de la población.

Pese a ello, la pobreza infantil aumentó de un 20,6 por ciento, en 2006, a un 22,8 por ciento, en 2011, siendo la pobreza en hogares con menores de edad 3,3 veces mayor (18,3 por ciento) que en aquellos sin niños o adolescentes (5,4 por ciento) (MDS, 2011) <sup>11</sup>.

Sin embargo, es destacable que los recursos de CHCC han aumentado progresivamente, en términos totales, un 37,5 por ciento entre 2009 y 2010, un 8,6 por ciento entre 2010 y 2011 y un 4,0 por ciento entre 2011 y 2012, con un incremento proyectado de 2,9 por ciento entre 2012 y 2013, lo que contribuye a mejorar la situación de salud, educación y calidad de vida de los menores de 4 años.

■ **Seguridad básica del ingreso, para las personas en edad activa que no puedan obtener ingresos suficientes, por enfermedad, desempleo, maternidad e invalidez**

Entre los elementos principales, la legislación chilena prevé para las personas que tienen contrato de trabajo, coberturas de desempleo (seguro de desempleo), maternidad (licencias maternales y postnatal), invalidez (pensión de invalidez) y enfermedad (licencias médicas) y Asignación Familiar (para sus cargas). A su vez, quienes se desempeñan como trabajadores independientes o por cuenta propia, -que emiten boletas por sus honorarios, registradas por el Servicio de Impuestos Internos-, y cotizan en la seguridad social, tienen cobertura para el desempleo (subsido de cesantía), maternidad (postnatal), invalidez (pensión de invalidez) y Subsido Único Familiar (SUF, para sus cargas familiares).

Chile posee el SUF, «una prestación para personas de escasos recursos que no acceden a la asignación familiar contributiva porque no son trabajadores asalariados formales. Los beneficiarios que acceden al SUF son escogidos, como parte del 40% que constituye la población más vulnerable, a partir de evaluar su puntaje de la Ficha de Protección Social» (Bertranou, 2010, pág. 30) <sup>12</sup>. Las familias CHS/IEF tienen garantizado este subsidio como un derecho.

El sistema no contributivo de asignaciones está compuesto además por otras prestaciones: el subsidio de asistencia maternal, el bono de protección familiar (para las familias que participan de «Chile Solidario»), el bono de egreso («Chile Solidario») y el Bono de Marzo. Este último consiste en una prestación no periódica que busca reforzar los ingresos al inicio del período escolar de las familias con hijos que tienen ingresos mensuales menores a

<sup>10</sup> Sin embargo, en 2011, del 1,093 millón de niños del 60 por ciento más pobre, solo 482 mil reciben atención preescolar. Hay listas de espera en algunos sectores y en otros, capacidad ociosa. Pese al avance de cobertura.

<sup>11</sup> Véase la Encuesta de Caracterización Socioeconómica Nacional (Casen), realizada con periodicidad desde 1987.

<sup>12</sup> Cabe señalar que el sistema de fichaje funciona principalmente por demanda (lo que supone planificación e iniciativa de quien quiere ser beneficiario) y que requiere una visita domiciliaria y luego el cálculo del puntaje (lo que puede tardar hasta 6 meses) con lo cual la posibilidad de responder ante situaciones de shock repentino.

\$457.954 (aprox. US\$900), independientemente de si los beneficiarios están recibiendo asignaciones por el esquema contributivo o por el SUF. Anteriormente, los montos de las prestaciones contributivas y de las no contributivas por hijo eran distintas (siendo mayores para estas últimas), pero a partir de 2009 se unificaron los montos, aunque representan una cantidad modesta (aprox. US\$12). (Bertranou, 2010, pag. 30).

Quienes acreditan condición de pobreza pueden acceder a CHS, cuyo objetivo es la superación de la pobreza y que brinda cobertura a las familias y personas que se encuentran en situaciones de vulnerabilidad social. Este sistema garantiza acceso a subsidios (red de subsidios y bonos para incrementar ingresos).

Asimismo, con la llegada del gobierno de centroderecha de Piñera se crea un nuevo programa, el IEF — que aún está en las primeras etapas de implementación, sin lograr desplegarse del todo —, poniendo en práctica en 2011 una asignación o bono mensual que se dirigió a los beneficiarios del Programa Puente de CHS. En 2012, se dicta la ley núm. 20.595 que crea este nuevo programa, con el objetivo de terminar con CHS. Para ello se ha diseñado el traspaso de las familias beneficiarias de Puente-CHS al IEF con una transición en un plazo de dos años, que debiera finalizar el 2014. La transición entre los mismos beneficiarios desde CHS al IEF se propone sea gradual, habiéndose en 2012 establecido el cierre del ingreso de nuevos beneficiarios a CHS. Así todas las nuevas familias de extrema pobreza actualmente están ingresando al IEF. Quienes permanecen en CHS son incentivados a traspasarse al IEF, y aunque el traspaso es voluntario, se espera este sea masivo, pues el IEF ofrece mayores montos de transferencias. El programa IEF tiene un diseño similar al CHS, pero al acompañamiento psicosocial de las familias que estaba en CHS se agrega un acompañamiento sociolaboral para incentivar el acceso al empleo de jóvenes y mujeres. Sin embargo, cabe hacer notar que el IEF no considera una perspectiva de género porque no pone énfasis en la economía de cuidado como una barrera o costo fijo de la participación laboral de la mujer, por lo que no considerar el sistema de cuidados puede ser un obstáculo para que la población meta ingrese al mercado laboral.

La implementación del IEF aumenta los recursos para protección social como se aprecia en el cuadro 4.3. Estos mayores recursos implican montos entre 2,4 y 5,3 veces mayores que los montos de las transferencias de CHS. Asimismo, considerando los montos máximos a los que pueden acceder cada mes las familias del IEF, representa en términos per cápita entre el 144 por ciento y el 187 por ciento de la línea de indigencia, y el 84 por ciento y el 122 por ciento de la línea de pobreza (Cecchini, Robles y Vargas, 2012).

**Cuadro 4.3. Gasto y cobertura Chile Solidario e Ingreso Ético Familiar**

Programa	Año	Cobertura (porcentaje)	Gasto en relación al PIB (porcentaje)	Impacto en desigualdad
Chile Solidario	2004	100 <sup>1</sup> 51,7 <sup>2</sup>	0,11	No tiene
Ingreso Ético Familiar	2012	100 <sup>1</sup> 51,7 <sup>2</sup>	0,28	Sin información

Notas: <sup>1</sup> Indigencia. <sup>2</sup> Pobreza  
Fuente: Elaboración propia en base a Dipres, 2011.

---

El IEF está dirigido a las familias más pobres y vulnerables del país y contempla una asignación base mensual <sup>13</sup>, y asignaciones adicionales por cumplimiento de compromisos familiares. El programa implica un gasto anual promedio para 2012-2015 en torno a 430 millones de dólares, lo que implica un gasto incremental de 230 millones de dólares anuales por sobre el presupuesto histórico de CHS (Dipres, 2011).

En total, una familia de cuatro miembros podrá recibir, si cumple todos los ítems de logro escolar y trabajo de la mujer unos 184 dólares mensuales. Los montos que recibirá una familia que se encuentre en la fase de egreso de CHS se incrementarán entre 2,4 y 7,8 veces según el número y edad de los hijos, puntaje en la FPS y el cumplimiento íntegro de las condicionalidades.

Tal y como indican los datos de abril de 2011, si se consideran en conjunto las transferencias monetarias de la asignación social y del sistema CHS, estas suponen un mínimo y un máximo de 23 por ciento y 83 por ciento, respectivamente, respecto de la línea de extrema pobreza, y de 13 por ciento y 51 por ciento, con relación a la línea de pobreza (Vargas, 2011). Es decir, si los beneficiarios del IEF cumplen con el máximo de requisitos y condicionalidades, no podrán traspasar la línea de la extrema pobreza. Esto implica que este mayor apoyo monetario de parte del Estado para las familias que están en una situación de extrema pobreza es insuficiente por sí solo para superar esta condición. Ello, aún cuando los montos y su importancia relativa según las líneas de pobreza e indigencia pasan a estar entre los cuatro más altos de la región (junto con Brasil, México y Costa Rica) (Vargas, 2011). En 2012, se beneficiaron alrededor de 170.000 familias, equivalentes a 640.000 personas, lo que es más que el total de personas en situación de extrema pobreza (472.000 personas) (MDS, 2011).

#### ■ Seguridad básica de ingreso para las personas de edad

Uno de los grupos más afectados por la pobreza a mediados del 2000 eran los adultos mayores. La falta de acceso a empleos formales, las lagunas previsionales y las bajas densidades de cotización dejaban a una parte sustantiva de la población, especialmente mujeres, sin acceso a pensión de vejez.

La Reforma Previsional, aprobada en 2008 <sup>14</sup>, tuvo como objetivo aumentar la articulación entre los componentes contributivo y no contributivo para mejorar sustantivamente la cobertura y equidad en el acceso a la protección social. Otros objetivos de la reforma fueron incrementar la densidad de las cotizaciones para aumentar las pensiones recibidas y disminuir la presión fiscal, estimular la formalización del empleo y el ahorro previsional, y mejorar la equidad de género (Arenas de Mesa, 2010).

<sup>13</sup> Desde marzo 2011 se entregó a los beneficiarios de CHS, una Asignación Social, conducente al IEF, como un beneficio extraordinario de apoyo directo a unas 170.000 familias de menores ingresos, que cumplían con los siguientes criterios: *a*) formar parte del Sistema de Protección Social CHS; *b*) estar recibiendo el Bono de Protección, Egreso o Apoyo Psicosocial; *c*) tener un puntaje igual o menor a 4.213 puntos en la FPS. El beneficio se compone de una asignación base mensual que fluctúa entre los 4.500 pesos y los 7.500 pesos por cada miembro del grupo familiar según el tramo de puntaje en la FPS de la familia, e incrementos por el cumplimiento de compromisos familiares: control de niño sano, escolaridad e inserción laboral de la mujer (Mideplan, 2011).

<sup>14</sup> La reforma se funda sobre un triple pilar: i) el de capitalización individual obligatoria (pilar contributivo); ii) el de Ahorro Previsional Voluntario (pilar voluntario); y iii) el Sistema de Pensiones Solidarias (SPS) (pilar solidario).

---

Una segunda iniciativa es el descuento de la cotización del 7 por ciento para salud que pagaban los pensionados. Se creó en 2011 y favorece a beneficiarios de la PBS o APS. Quienes sean pensionados del sistema privado de pensiones o compañías de seguros (DL n°3.500), del antiguo sistema público de reparto o de la Ley de Accidentes del Trabajo y de la ley núm. 19.334 sobre exonerados políticos, no beneficiarios de pensiones solidarios a partir de diciembre 2012 a quienes se les rebaja del 7 por ciento al 5 por ciento en su cotización de salud, siempre que pertenezcan a los 4 primeros quintiles de menores ingresos de la población. Durante el primer semestre 2012 se han beneficiado cerca de 565.000 pensionados con un costo fiscal de 11,3 millones de dólares. Para 2012 se estima un gasto de 135 millones de dólares y para 2013 de 170 millones de dólares anuales, producto de la nueva incorporación de beneficiarios.

Sin embargo, de estas medidas la Reforma Previsional<sup>15</sup> es la más importante, pues estableció un pilar solidario cuyo objetivo es prevenir la pobreza y disminuir la grave inequidad de género en el sistema previsional. Este pilar está conformado por una pensión no contributiva, la PBS, y un complemento a la pensión contributiva, el APS, manteniendo el esquema privado de pensiones de capitalización individual y administración privada de los fondos. Con la PBS, se universaliza el acceso a la previsión social, garantizando el derecho a la pensión y asegurando un mínimo de ingresos para personas mayores de 65 años y más o con alguna discapacidad y que no cuenten con otra pensión. Desde julio de 2009, el monto de la pensión equivale a 159,7 dólares mensuales y se ajusta con base en la tasa de inflación anual, lo que garantiza ingresos superiores al umbral de la pobreza (Fajnzylber, 2010). En un comienzo, este beneficio estaba orientado al 40 por ciento más pobre de la población, pero fue ampliado y actualmente cubre al 60 por ciento y se ha incrementado el monto promedio de la pensión máxima con Aporte Solidario desde 200 a 255 mil pesos. En términos absolutos, el número de personas que reciben pensiones solidarias ha aumentado un 38 por ciento desde la puesta en marcha de esta reforma (junio de 2008) y se ha duplicado, si se toma en consideración el número de pensiones asistenciales que se entregaban en 1990 (Robles, 2011).

Por otro lado, la reforma también incluye el APS para los adultos mayores y las personas con alguna discapacidad cuyas contribuciones sean insuficientes para alcanzar el nivel predeterminado conocido como Pensión Máxima con Aporte Solidario (PMAS). El Estado complementa la pensión hasta alcanzar el valor de la PMAS. En julio de 2009 el valor de la PMAS se fijó en 70.000 pesos mensuales (alrededor de 140 dólares) y en julio 2013 aumentó a 266.731 pesos en 2013 (533 dólares), ambos montos superiores al de la PBS a fin de evitar posibles desincentivos para cotizar (Superintendencia de Pensiones, 2013). En la Reforma se estimó que para 2020 el número de personas afiliadas al régimen previsional crecerá, incrementándose paulatinamente la participación estimada de los beneficiarios del pilar de APS que irá sustituyendo a la PBS, debido al aumento de la PMAS y a que en las cohortes más jóvenes hay un porcentaje mayor de afiliación que en las mayores, producto de los incentivos a la cotización a la seguridad social como de las medidas como la obligatoriedad de las cotizaciones de trabajadores independientes (Arenas de Mesa *et al.* 2008).

<sup>15</sup> En el marco del pilar solidario, la PBS es la prestación a la que pueden acceder las personas que no tengan derecho a pensión en algún régimen previsional; el APS es el complemento entregado por el Estado que aumenta las pensiones de las personas que lograron reunir fondos en algún régimen previsional, pero que reciben una pensión de bajo monto, asegurando que nadie reciba menos de 140 dólares mensuales. Otras medidas reducen inequidades de género y dificultades de inserción laboral de jóvenes (bono por hijo y subsidio a la contratación de jóvenes).

---

En términos de igualdad de género, la reforma consideró diversas medidas. En primer lugar, mujeres son las principales beneficiarias del sistema de pensiones solidarias; de este modo se compensa aunque sea de manera parcial su considerablemente más baja representación en el componente contributivo. Además, ya que la PBS es vitalicia, la reforma aborda directamente las desigualdades asociadas a la mayor longevidad de la mujer. La PBS beneficia en un 80 por ciento a mujeres siendo un derecho social universal.

El Consejo Consultivo Previsional (2011)<sup>16</sup> estima el conjunto de medidas que integran el pilar solidario de la Reforma Previsional, provocó en su primer año una disminución de 2,7 puntos de la pobreza en adultos mayores. Así, para la CASEN 2009, la pobreza en mayores de 65 años fue de 8,2 por ciento, lo que sin la reforma habría sido de 10,2 por ciento. Bravo<sup>17</sup> señala que para la CASEN 2011 sin la Reforma Previsional, la tasa de pobreza general de la población habría estado en torno a 15,8 por ciento o 16 por ciento y no en el 14,4 por ciento actual.

La Reforma Previsional permitió el aumento de la cobertura del sistema, aumentando también sus beneficios para los sectores más vulnerables. Una vez aplicada la Reforma, la cobertura previsional efectiva (porcentaje de cotizantes sobre la población económicamente activa) en el sistema de Administradoras de Fondos de Pensiones fue cercana al 60 por ciento en diciembre de 2010, incrementándose progresivamente la cobertura previsional de 56 por ciento para 2005 y 2007 para pasar a más del 60 por ciento en 2008 y estabilizarse en torno al 60 por ciento entre 2009 y 2010 (GESS, 2012).

#### **4.2.2. El acceso a garantías del piso de protección social. Instrumentos de focalización diferenciados según prestaciones**

El acceso al PPS y con ello al conjunto completo de derechos y garantías de la protección social en Chile se realiza mediante instrumentos de focalización de comprobación de medios. Aunque existen instrumentos diferenciados de focalización, tanto para el acceso gratuito a las prestaciones de salud pública como para la obtención de los beneficios del pilar solidario de la reforma previsional (PBS y APS), como se establece en el cuadro 4.4, el principal instrumento de focalización del gasto social en Chile es la FPS.

Las personas que sean calificadas en condición de extrema pobreza por la FPS, tienen acceso gratuito a las prestaciones de salud pública. Lo mismo ocurre con quienes son beneficiarios de las PBS o del subsidio único familiar (asignación familiar para trabajadores informales o desempleados), tienen acceso al tramo gratuito de FONASA. Asimismo, para el cálculo del puntaje que selecciona a los beneficiarios del pilar solidario, el puntaje de la FPS es esencial.

Sin embargo, cabe destacar que solo hay compatibilidad entre los tramos de focalización de FONASA con la FPS en la categoría de personas sin techo, que tienen gratuidad completa. En el resto (pobres no indigentes), hay desfase entre los instrumentos de focalización de tramos de FONASA y la FPS. Además, tampoco hay compatibilidad completa entre la FPS y el instrumento de focalización del pilar no contributivo de la previsión social (instrumento técnico de focalización previsional). Es decir, solo para quienes pertenecen a la población de extrema pobreza, los instrumentos de focalización están alineados.

<sup>16</sup> En este informe se realiza un cálculo en base a la CASEN sobre el efecto de la Reforma Previsional en la pobreza en la vejez.

<sup>17</sup> Entrevista a David Bravo, *La Tercera*, 28 de julio de 2012.

Por otra parte, los beneficiarios de CHS y del IEF no se ven afectados por estas diferencias entre instrumentos de focalización. El mero hecho de pertenecer a estos programas les da un derecho de acceso garantizado a todos los subsidios y acceso preferente al conjunto de prestaciones y programas sociales. La FPS es el instrumento utilizado para entrar al sistema CHS. Estos son la puerta de entrada preferencial para el conjunto de subsidios y prestaciones del PPS, (como el subsidio de agua potable, subsidio único familiar, subsidio de cesantía, subsidios de vivienda social, subvención escolar preferencial, programas de alimentación escolar, entre otros que constituyen derechos garantizados para los beneficiarios CHS). El acceso a esos mismos beneficios, mediante la FPS se mantiene en el IEF.

Por su parte, los beneficiarios de CHCC tienen un acceso directo a los programas centrales de este sistema de protección a la infancia, con el solo requisito de atenderse en el sistema público de salud. Solo quienes requieran atenciones diferenciadas de CHCC deben acreditar pertenecer al 40 por ciento más pobre, a través de la FPS.

La trayectoria de los instrumentos de focalización en Chile es de larga data, y han tenido distintas evoluciones para la selección de los beneficiarios de las transferencias monetarias y otras prestaciones sociales. Inicialmente el instrumento fue la ficha del Comité de Asistencia Social (CAS), que evaluaba la condición socioeconómica del hogar a través de un puntaje, el cual determinaba, además, la prioridad de acceso a los beneficios sociales. Luego se creó la ficha familia, que funcionó como piloto para posteriormente introducirse la FPS, que transitó desde el enfoque de carencias al de vulnerabilidad socioeconómica entendido como riesgo de caer en la pobreza, acorde con la instalación del sistema de protección social, centrado en la noción de pobreza multidimensional (Soms, 2010). Actualmente, la FPS se ha aplicado a más de la mitad de la población chilena y es la puerta de ingreso para la mayoría de las prestaciones y beneficios sociales del Estado. En 2011, con un nuevo gobierno (Piñera) se establece que habían excesivos errores de inclusión (personas que no cumplían los requisitos y los obtenían falseando información sobre estudios e ingresos fundamentalmente), por lo que en 2011 se empieza a aplicar progresivamente la nueva FPS y se crea la unidad de fiscalización y control de datos de la FPS, según se ve en el cuadro siguiente.

**Cuadro 4.4. Evolución de instrumentos de focalización**

<b>Focalización para programas de pobreza y subsidios</b>	<b>Año</b>	<b>Gobierno</b>	<b>Descripción</b>
Ficha CAS II	1987	Pinochet (1973-1990)	Centrada en ingresos
Ficha Familia	2005	Lagos (2000-2006)	Define núcleo familiar; incorpora lo laboral
Ficha de Protección Social	2007	Bachelet (2006-2010)	Incorpora vulnerabilidad y riesgos, no solo ingresos
Nueva Ficha de Protección Social	2011	Piñera (2010-2014)	Cambios en la verificación de información, sanciones por engaños y mayor capacitación en la ficha
<b>Focalización para acceso a salud</b> Tramos de FONASA (salud pública)	1981	Pinochet (1973-1990)	Existen cuatro tramos: Tramo A gratuito (ingresos bajo el salario mínimo y beneficiarios pensión solidaria o SUF o una PBS. Mujer embarazada y los niños hasta los 6 años de edad); Tramo B: gratuito ingreso menor al sueldo mínimo; Tramo C y D: ingreso mayor al sueldo mínimo, tienen copagos establecidos.
<b>Focalización para acceso a Pensiones Solidarias</b> Instrumento Técnico de Focalización Previsional	2010	Piñera (2010-2014)	Modelo matemático que utiliza la información de la FPS y del Servicio de Impuestos Internos y cotizaciones previsionales para identificar pertenencia al 55 por ciento más pobre de la población de Chile.

Fuente: Elaboración propia.

---

La FPS es aplicada en el nivel local por las municipalidades. La amplia cobertura de la FPS ha facilitado el funcionamiento del SIIS, como se explicará en detalle más adelante, y consiste en una plataforma web para conectar las bases de datos de todas las municipalidades del país, las cuales ingresan los datos de los beneficiarios en un Registro de Información Social (RIS) creado especialmente y por primera vez como producto del diseño de CHS. Este sistema en línea permite cruzar la información proporcionada por el postulante con la del RIS (artículo 6 ley núm. 19.949 CHS) y la información del Sistema de Información de Datos Previsionales (ley núm. 20.255 Reforma Previsional) y la Base de Datos del Seguro de Cesantía (artículo 34 ley núm. 19.728 Seguro Cesantía) para evitar errores de inclusión en la focalización.

#### **4.3. El Sistema Integrado de Información Social como mecanismo de coordinación interinstitucional**

Cabe destacar que la FPS es la principal fuente de información del SIIS, que almacena y procesa la información relativa a los beneficiarios y las prestaciones que el Estado ha entregado (Covarrubias, Irrarrázaval y Morandé, 2011). El objetivo del SIIS es identificar, monitorear y evaluar la oferta pública disponible para los programas de reducción de la pobreza, lo que facilita una mejor colaboración entre el MDS y los ministerios implicados en el desarrollo de un sistema de protección social. El SIIS permite monitorear y evaluar el cumplimiento de las garantías del PPS, de manera que la información de seguimiento sea incorporada en los diversos programas y servicios para mejorar la coordinación de los beneficios garantizados.

El SIIS se utiliza para gestionar la información de todos los programas de protección social en el país, y permite un registro único de los beneficiarios, un sistema integrado de información (por ejemplo, para las instituciones que participan en programas de protección social y para beneficiarios), un único punto de entrada para que los beneficiarios accedan a los programas de protección social. Un elemento a destacar, según señalan Silva, Blanco y Basset (2010), es que CHS es una ilustración de la gestión coordinada de los sistemas de protección social, en que CHS es solo un componente de un sistema de protección social, para lo cual requiere la coordinación e integración con el conjunto del sistema de protección social del país.

El RIS tiene como mandato por la Ley CHS, que debe a su vez ser suministrado a los municipios y entidades públicas que administren programas o prestaciones sociales. El sistema tomó existencia legal en enero de 2008, cuando se publicó en el Diario Oficial la creación de un RIS por decreto supremo núm. 160, en el marco del sistema de protección social, con su correspondiente reglamento que normaliza el intercambio de información entre las instituciones y el MDS a través del SIIS.

Covarrubias *et al.* (*ibíd.*) señalan que el SIIS es la plataforma tecnológica que da soporte informático al sistema de protección social. El sistema, creado como una plataforma escalable que permite integrar otros subsistemas de protección social. Es administrado por el MDS y permite identificar a los destinatarios de las prestaciones, así como asignar y racionalizar las prestaciones sociales que entrega el Estado. Para esto, MDS establece convenios de intercambio de información con los servicios públicos que entregan beneficios a la población (a la fecha, 15 instituciones tienen convenios de colaboración e intercambio de información y las 345 municipalidades), que pueden alimentar el sistema con más de una base de datos correspondientes a sus diferentes prestaciones. Los municipios cargan al sistema la información sobre las prestaciones del subsistema Chile Solidario, Chile Crece Contigo, Ingreso Ético Familiar, la Ficha de Protección Social y las transferencias monetarias.

---

De las 15 instituciones que tienen convenio con Mideplan, nueve operan sus consultas al SIIS vía servicio web: la Junta Nacional de Auxilio Escolar y Becas, el Servicio Nacional de Capacitación y Empleo, el Instituto de Previsión Social, el Servicio Nacional de Menores, el Servicio Nacional del Adulto Mayor, la Corporación Nacional Forestal, el Ministerio del Interior y Seguridad Pública, el Ministerio de Minería y el Fondo de Solidaridad e Inversión Social (FOSIS). La existencia de estos servicios hace posible que el SIIS acceda a la información correspondiente, consultando directamente las fuentes de los datos. En segundo lugar, las instituciones que no cuentan con servicio web intercambian información con el SIIS a través de procesos *batch*, lo que significa que las consultas y solicitudes específicas se hacen directamente a través de un sitio web, por medio del cual MDS entrega la información consultada. Las instituciones que hacen las consultas mediante esta modalidad son: la Junta Nacional de Jardines Infantiles, la Corporación Nacional de Desarrollo Indígena, el Fondo Nacional de Discapacidad, la fundación Integra, la gendarmería y la Superintendencia de Electricidad y Combustibles. Los requerimientos para este tipo de consultas son básicos, y se resumen fundamentalmente en contar con equipos con conexión a Internet. Para poder operar en esta plataforma los municipios han debido realizar un proceso de modernización de sus plataformas tecnológicas, principalmente de las estaciones de trabajo para usuarios y de acceso a Internet. Sin embargo, de los 345 municipios existentes, el 40 por ciento es considerado de escasos recursos, lo cual se relaciona directamente con problemas de infraestructura o equipamiento, falta de recursos económicos o escasa preparación de sus profesionales, circunstancias que pueden imposibilitar a algunos municipios a incorporarse al sistema.

Las instituciones que utilizan el registro establecen convenios con MDS mediante los cuales se especifican los datos a los que dichos organismos tienen acceso y se definen los derechos y obligaciones para el acceso y uso de la información del registro. De acuerdo con el reglamento, los convenios deben establecer los métodos de acceso y traspaso de la información; las obligaciones en cuanto al uso y procesamiento de la información; el contenido y periodicidad de los reportes; las auditorías; y el tratamiento de las obligaciones de reserva y confidencialidad que correspondan. En términos operativos los convenios establecen las contrapartes que intercambian la información, los estándares de seguridad, los formatos de las bases de datos, los campos a intercambiar, los protocolos para realizar consultas vía servicio web, la modalidad de intercambio y su periodicidad. La vigencia de estos convenios depende de las partes firmantes, que pueden acordar ponerle término a los mismos. El SIIS actúa como una especie de ventanilla única de información social, que permite que los antecedentes de los beneficiarios de las prestaciones sociales puedan ser validados por la misma institución donde se postulan a beneficios determinados, permitiendo además el seguimiento y monitoreo de estos últimos y facilitando la reacción inmediata de los servicios públicos y sus prestaciones sociales a las necesidades específicas de protección social de las familias. Entre los usuarios del sistema se encuentran todos los municipios, además de las instituciones públicas como ministerios, subsecretarías y otras reparticiones públicas en convenio. La plataforma provee a las instituciones usuarias información de identificación de los beneficiarios y su localización territorial, información sobre la FPS (puntaje, fecha de aplicación, nivel de vulnerabilidad) y la participación en programas sociales administrados por MDS como CHS, CHCC e IEF.

Sin embargo, el SIIS ha enfrentado problemas en su implementación derivados de que la gestión territorial del SIIS supone la coordinación a nivel local entre organismos públicos y privados para garantizar la cobertura, calidad y pertinencia de las prestaciones y

---

servicios. La instalación del SIIS <sup>18</sup> se diseñó para facilitar estos procesos, pero debilidades de recursos, acceso a Internet y otras dificultaron su instalación.

Por otra parte, la lógica de la oferta pública está construida en torno a la sectorialización, lo que dificulta la implementación del SIIS. Específicamente, el Programa Puente de CHS dispone de un sistema de registro y monitoreo en línea, en el cual los apoyos familiares que trabajan con las familias ingresan la información que recogen en cada una de las sesiones de trabajo, lo que permite conocer en línea la demanda de cada una de las familias y así establecer las prioridades de las prestaciones que deben estar a disposición de ellas, por parte de las instituciones prestadoras de servicios (Cunill, 2005).

#### **4.4. Marco legal y diseño institucional de los mecanismos de coordinación en el pilar no contributivo de la protección social**

La legislación relativa a las reformas en protección social ha permitido una continuidad de las políticas, incluso las reformas emprendidas en el pilar no contributivo. Por otra parte, al estar garantizados por ley los derechos de los programas, el Estado tiene el deber de ejecutar las prestaciones garantizadas, lo que constituye un elemento de continuidad para las personas que reciben las prestaciones de estos programas. Cada programa ha sido creado y consolidado mediante discusión parlamentaria y promulgación de leyes.

##### **■ La creación del sistema intersectorial de protección social (ley núm. 20.379)**

Cabe destacar, dentro de este marco, que para impulsar la coordinación entre ministerios, servicios y dependencias públicas, se promulga en 2009 la ley núm. 20.379, que crea el sistema intersectorial de protección social, que da solidez y estabilidad jurídica y de recursos a un sistema de garantías exigibles por la ciudadanía en dos áreas clave: la protección de la infancia y la lucha contra la pobreza y la vulnerabilidad. El sistema intersectorial de protección social (ley núm. 20.379) está conformado por dos grandes pilares: los programas vinculados a CHS y CHCC, al que se añade en 2012 el IEF. Su base es articular un piso de protección para la población más pobre. El sistema de protección social tiene así una legalidad «fuerte», con recursos financieros integrados en el presupuesto anual del MDS, lo que permite su consolidación institucional y debilita su dependencia del gobierno de turno.

La ley núm. 20.379 en su artículo 1 señala que el sistema intersectorial de protección social «es un modelo de gestión constituido por las acciones y prestaciones sociales ejecutadas y coordinadas por distintos organismos del Estado, destinadas a la población nacional más vulnerable socioeconómicamente y que requieran de una acción concertada de dichos organismos para acceder a mejores condiciones de vida». Asimismo, establece

<sup>18</sup> El SIIS fue diseñado junto con la aplicación de la transferencia monetaria condicionada de CHS, pero incluye información de todo el sistema de protección social del país. El SIIS se compone de cinco módulos interconectados: *a)* el acceso al sistema de protección social, *b)* los servicios y beneficios para los beneficiarios, *c)* la gestión de estos servicios y beneficios, *d)* un registro único de beneficiarios, y *e)* la información en línea y la consulta a los ciudadanos. Dada la importancia de la gestión descentralizada de la protección social en nivel municipal en Chile, el SIIS tiene una funcionalidad a nivel regional y local.

---

que el MDS tendrá a su cargo la administración, coordinación, supervisión y evaluación de la implementación del sistema. Un conjunto de leyes, como se establece en el cuadro 4.5, viene a dar seguridad jurídica a la institucionalización del sistema de protección social en Chile.

El sistema intersectorial de protección social está integrado por tres subsistemas, a saber, Chile Solidario, Chile Crece Contigo e Ingreso Ético Familiar, cuya estrategia de intervención es la misma: generar un modelo de atención integral, mediante la incorporación de apoyo psicosocial, acceso preferente a programas y servicios sociales, lo que exige coordinación central desde MDS hacia los demás ministerios y servicios. En el caso de Chile Solidario e Ingreso Ético Familiar, estos cumplen un papel fundamental en las transferencias monetarias, lo que no ocurre en CHCC, que apuesta más fuertemente por la coordinación interinstitucional.

El diseño de coordinación de esta ley recoge la experiencia de diseño de Chile Solidario, que se establece como una red de seguridad de ingresos y acceso garantizado a servicios básicos, y se plantea la articulación de la oferta pública focalizada en las familias más pobres, para lo cual CHS se constituye como sistema de protección social.

El primer programa CHS que se implementa es el Programa Puente, dirigido a familias de extrema pobreza, con el lema de «un Puente hacia tus derechos», lo que grafica la lógica inicial del programa. Bajo la premisa de que los extremadamente pobres estaban excluidos de la oferta de bienes y servicios públicos, CHS impulsa un cambio en la gestión de los diferentes servicios y ministerios, que deberán acercar y adecuar esta oferta a las necesidades de los extremadamente pobres, de manera que estos puedan hacer efectivos sus derechos (a la educación, a la salud, a recibir subsidios, etc.). Se establecen siete dimensiones de bienestar<sup>19</sup> y 53 condiciones mínimas de calidad de vida a las que deberían tener acceso los beneficiarios de CHS, y constituyen derechos mínimos (Raczinsky, 2008) que implican obligaciones tanto para el Estado (al adecuar su oferta) como para los beneficiarios (al cumplir condicionalidades). Luego, estas condicionalidades se ampliaron a las 79 actuales, ya que gran parte de las condicionalidades de salud y educación ya estaban siendo cumplidas por los beneficiarios.

El sistema CHS se amplía desde las familias extremo pobres (Programa Puente)<sup>20</sup> a otros grupos en condiciones especiales de exclusión y vulnerabilidad, que requerían atenciones específicas: adultos mayores que viven solos (Programa Vínculos), personas en situación de calle (Programa Calle) e hijos de personas privadas de libertad (Programa Caminos). Estos programas siguieron el mismo modelo de intervención y coordinación intersectorial, asegurando el acceso a sus beneficiarios a prestaciones básicas de la red social, estableciendo además un incentivo monetario o bono y la firma de un compromiso con los beneficiarios para que realicen determinadas acciones relacionadas

<sup>19</sup> Estas dimensiones son identificación, salud, educación, dinámica familiar, vivienda, trabajo e ingresos.

<sup>20</sup> Puente es el programa de mayor cobertura. Trabaja con familias (y lo hace principalmente con las mujeres) para la superación de la extrema pobreza. Busca: *a*) apoyar en el plano psicosocial a las familias en extrema pobreza para promover el desarrollo de sus propias potencialidades, transformándolas en sujetos más autónomos; *b*) acercar a las familias indigentes a los servicios y beneficios sociales disponibles en la red territorial; y *c*) crear condiciones mínimas para asegurar que los miembros más vulnerables de las familias tengan oportunidades de mejorar su nivel de vida.

fundamentalmente con la educación y salud de los hijos. En CHS se establece un «piso» mínimo de prestaciones. El modelo de gestión de CHS permite articular paquetes de servicios integrados intersectorialmente, con fuerte presencia del nivel local y vinculados al conjunto del sistema de protección social.

**Cuadro 4.5. Leyes y programas dirigidos a combatir la extrema pobreza y/o vulnerabilidad**

Ley	Gobierno	Nombre	Programas vinculados	Año	Beneficiarios
Ley núm. 19.949 (2004)	Lagos	Sistema de protección social CHS	Puente	2002	Familias en situación de extrema pobreza
			Vínculos	2005	Adultos mayores de extrema pobreza que viven solos
			Calle	2006	Personas en situación de calle (sin techo)
			Caminos	2008	Niños de familias con adultos privados de libertad
Ley núm. 20.379 (2009)	Bachelet	Sistema intersectorial de protección social CHS y CHCC	CHCC	2008	Niños de 0 a 4 años del 60 por ciento más vulnerable
	Piñera		Chile Solidario	2004	Familias y personas en situación de pobreza y vulnerabilidad
			Subsistema Oportunidades	2012	Viene del IEF: familias y personas extremo pobres
Ley núm. 20.595 (2012)	Piñera	Crea el IEF, que establece bonos y transferencias condicionadas para las familias de pobreza extrema y crea subsidio al empleo de la mujer	Ingreso Ético Familiar	2012	Familias y personas en situación de pobreza y vulnerabilidad

Fuente: Elaboración propia.

El IEF se incorpora al sistema intersectorial de protección social (ley núm. 20.379) a través de un subsistema de protección y promoción social «Seguridades y Oportunidades», a partir del espacio que deja la ley núm. 20.379 de incorporar a este sistema otros subsistemas, además de los originales CHS y CHCC, como se aprecia en el cuadro 4.6. La ley en su artículo 3 establece expresamente que los subsistemas son CHS, regulado por la ley núm. 19.949 y la Protección Integral a la Infancia CHCC, además de aquéllos que sean incorporados <sup>21</sup>, cumpliendo con un modelo (establecido en el artículo 4) en que se atiendan familias vulnerables, en forma focalizada, a través de un programa eje, con evaluaciones y egreso del subsistema de los beneficiarios y que contemple expresamente (artículo 4, *d*)) «Diseñar y llevar a cabo acciones y prestaciones sociales que requieran de una gestión coordinada intersectorialmente por distintos órganos públicos, y cuya

<sup>21</sup> La ley establece que la incorporación de un nuevo subsistema se resuelve en el Comité Interministerial, el que deberá solicitar a un Consejo Consultivo del sistema intersectorial de protección social un informe respecto de la incorporación de un nuevo subsistema. Los miembros del Consejo deberán ser académicos o profesionales de las áreas de las políticas públicas y/o disciplinas relacionadas con el subsistema, debiendo estar representada la diversidad regional.

---

ejecución sea preferentemente municipal.». Para ello la ley otorga al MDS, la facultad de celebrar convenios con municipios, ministerios y servicios.

Los subsistemas CHCC y Oportunidades y Seguridades (Ingreso Etico Familiar) se relacionan con CHS. El primero incorpora a las familias de los niños beneficiarios a CHS, en caso de cumplir los requisitos y el segundo incorpora a los beneficiarios de CHS como parte de sus propios beneficiarios, iniciando la transición de estos hacia el IEF<sup>22</sup>.

#### ■ **La ley núm. 20.530 de creación del MDS**

La principal modificación institucional del área social, es el cambio del Ministerio de Planificación al MDS (ley núm. 20.530) en 2011, y la creación de dos Subsecretarías:

- Subsecretaría de Evaluación Social, encargada de la coordinación social, diseño, monitoreo y evaluación de planes, programas y políticas sociales y de la supervisión del sistema nacional de inversiones. Para cumplir con estas funciones establece, previa aprobación del Comité Interministerial de Desarrollo Social, la evaluación y decisiones sobre los resultados de ésta. Se busca mejorar la gestión e impacto de las políticas y programas y los instrumentos de focalización.
- Subsecretaría de Servicios Sociales, coordina e integra los servicios dependientes del MDS y supervisa la ejecución del sistema intersectorial de protección social. Supervisa la ejecución de programas y celebra convenios de desempeño con servicios públicos relacionados con el MDS. Crea la División de Promoción y Protección Social, que administra, coordina, supervisa y evalúa los subsistemas de promoción y protección social, gestionando la aplicación operativa del Sistema Intersectorial de Promoción y Protección Social (ley núm. 20.379).

El artículo 1 de la ley núm. 20.530 establece que:

El Ministerio de Desarrollo Social tendrá a su cargo la administración, coordinación, supervisión y evaluación de la implementación del Sistema Intersectorial de Protección Social creado por la ley núm. 20.379, velando por que las prestaciones de acceso preferente o garantizadas que contemplen los subsistemas propendan a brindar mayor equidad y desarrollo social a la población en el marco de las políticas, planes y programas establecidos.

<sup>22</sup> La ley núm. 20.595 que crea el IEF, establece en su artículo 3 que «La participación de las personas y familias en el Subsistema es compatible con la participación en otros subsistemas del Sistema Intersectorial de Protección Social. Igualmente, quienes hayan cesado su participación en el Subsistema o en el subsistema “Chile Solidario” [sea que actualmente estén en el Programa Vínculos, Calle, Puente, Caminos o de CHCC o bien que hayan sido beneficiarios en el pasado de estos programas], podrán ingresar al Subsistema “Seguridades y Oportunidades”». Las familias y personas que durante el año 2012 pertenezcan o ingresen a CHS se mantendrán en él hasta el término de su participación, sin ingresar nuevos beneficiarios a CHS. Desde esa misma fecha, no se admiten nuevos ingresos a CHS. El decreto núm. 30 del IEF (2012) reglamento de la ley núm. 20.595 establece que las transferencias IEF son compatibles con otros subsidios o transferencias que entregue el Estado. Desde el 1.º de febrero de 2013, los de CHS pasan a recibir bonificación del IEF.

#### Cuadro 4.6. Nueva institucionalidad ministerial

Ministerio de Planificación (Mideplan)	Ministerio de Desarrollo Social
<b>Legislación</b>	
1990. Ley núm. 18.899	2011. Ley núm. 20.530
<b>Funciones de Coordinación intersectorial</b>	
No establece funciones de coordinación de competencia exclusiva del Ministerio.	Creación del Comité Interministerial de Desarrollo Social <sup>1</sup> que reemplaza los comités de la ley núm. 20.422 y ley núm. 20.379 <sup>2</sup> .
Coordinación a partir del:	Articular y coordinar el sistema intersectorial de protección social y programas relacionados
Comité de Ministros creado en la ley núm. 20.422 (Ley de Discapacidad).	Coordinar la ejecución de sus servicios relacionados o dependientes
Comité Interministerial establecido en la ley núm. 20.379 (Ley Sistema Intersectorial)	Coordinar materias de desarrollo social, a nivel nacional y regional.
<b>Sistemas de Información</b>	
Atribuciones a partir de ley núm. 19.949 (CHS), Mideplan administra y recaba información en el RIS del SIIS	Crea el sistema de información centralizado de receptores y aportantes de beneficios sociales con todos los beneficios y beneficiarios de manera detallada y de fácil acceso.
Ello es refrendado en ley núm. 20.379 (Ley Sistema Intersectorial)	Mantiene el SIIS y el RIS
<b>Funciones principales</b>	
Planificación nacional y regional	Autoridad social
Metas de inversión pública	Coordinación de políticas, planes y programas de desarrollo social
Erradicación pobreza	Diseño y aplicación políticas y programas de superación de la pobreza y vulnerabilidad promoviendo integración social
Sistema Nacional de Inversiones	Sistema Nacional de Inversiones
Notas: <sup>1</sup> Comité integrado por los Ministros de Desarrollo Social, Hacienda, Secretaría General de la Presidencia, Educación, Salud, Vivienda y Trabajo. <sup>2</sup> La ley núm. 20.530 crea el Comité Interministerial de Desarrollo Social para definir los lineamientos y objetivos de la política social. Este es un órgano colegiado asesor del Presidente de la República, integrado por los Ministros de Educación; Salud; Vivienda y Urbanismo; Secretaría General de la Presidencia; Trabajo y Previsión Social, y Hacienda. Sus funciones son: <i>i)</i> Conocer las metas estratégicas de los ministerios y su cumplimiento. <i>ii)</i> Proponer al Presidente de la República planes sociales de cobertura interministerial. <i>iii)</i> Evaluar programas sociales. <i>iv)</i> Adoptar medidas respecto de los programas de ejecución.	
Fuente: Elaboración propia.	

La nueva institucionalidad del MDS genera cambios a nivel organizacional, al reorganizar sus atribuciones en dos nuevas Subsecretarías: de servicios sociales y de evaluación. El objetivo de esta orgánica es mejorar tanto las instancias de ejecución de programas y prestaciones sociales, como el monitoreo y evaluación de los programas sociales, mediante la recolección y consolidación de la información social <sup>23</sup>.

#### ■ Coordinación intersectorial y los esfuerzos de crear «ventanilla única»

Los subsistemas CHS, IEF y CHCC buscan, bajo diferentes acciones, constituir una red social básica que, más adelante, opere como efectiva «ventanilla única» de los beneficiarios al sistema de protección social. La intersectorialidad adquiere significado pleno: el de condición de éxito del programa antipobreza.

En el cuadro 4.7, se muestra para cada subsistema la puerta de entrada, la intersectorialidad y las sinergias. Cabe destacar que CHS realiza un deliberado esfuerzo de diseñar un programa y una metodología de intervención orientado a la superación de la

<sup>23</sup> Véase: <[http://www.camara.cl/pley/pley\\_detalle.aspx?prmID=7623&prmBL=7196-06](http://www.camara.cl/pley/pley_detalle.aspx?prmID=7623&prmBL=7196-06)> [diciembre de 2010].

fragmentación institucional. En sus fundamentos (documentación, normativa), se plantea como objetivo la intersectorialidad y complementariedad de las políticas, con el fin de abordar la multidimensionalidad de la pobreza.

**Cuadro 4.7. Coordinación intersectorial horizontal**

Subsistema	Puerta de entrada	Agencias centrales	Unidad gestora territorial	Nivel local	
Chile Solidario	Puente	Apoyo familiar	MDS FOSIS	Unidad de Intervención Familiar	Red local de Intervención Social (coordinación de la oferta pública y privada existente en el territorio) Municipios y ONGs
	Caminos	Tutores	MDS	Oficinas Municipales (DIDECO)	
	Calle	Gestores de Calle			
	Vínculos	Monitores comunitarios	MDS Servicio Nacional del Adulto mayor		
Oportunidades	Ingreso Etico Familiar	Apoyo familiar y sociolaboral <sup>1</sup>	MDS FOSIS	Gestor Territorial Municipio	
Chile Crece Contigo	Chile Crece Contigo	Atención Primaria Salud	Ministerio de Salud MDS	Encargado Regional CHCC Municipios	Red Local Chile Crece Contigo

Nota: <sup>1</sup> Hasta 2014 incluye a los beneficiarios de Puente/ CHS.

Fuente: Elaboración propia.

Un papel central tienen los apoyos familiares, que deben conocer los casos de vulnerabilidad para activar e integrar a todos los servicios públicos y municipales que a nivel comunal proveen la oferta de servicios de acuerdo a necesidades específicas detectadas. Un ejercicio similar deben realizar individualmente los apoyos familiares, monitores comunitarios y gestores de calle, cuando enfrentados a un caso determinado, identifican alternativas posibles para lograr solución a problemas y satisfacción a nivel de oferta y, entregan a sus usuarios las indicaciones necesarias para orientarse correctamente en la red. Cuando esta no existe, deben poner en conocimiento del gestor territorial los casos y este gestiona los dispositivos de coordinación e intermediación, que en lo local, permiten encontrar oferta para las necesidades específicas detectadas.

La implantación del apoyo psicosocial (en sus diferentes modalidades según programas) como «ventanilla única» presenta múltiples beneficios para los beneficiarios de los programas sociales, y se traduce en un impacto positivo en las personas, ya que la intermediación del apoyo psicosocial reduce las dificultades de acceso de las personas y familias de extrema pobreza a la oferta de programas y beneficios sociales que tienen una estructura dispersa y sectorial. El apoyo psicosocial es el vínculo de las familias con esta oferta, les transmite la información sobre las prestaciones sociales que les corresponden y facilita su acceso a ellas. Antes de esta «ventanilla única», como ilustran Ruz y Palma (2005), las personas debían realizar acciones complejas, pues se exigía al beneficiario auto-diagnosticar sus problemas y después identificar la prestación pública en la cual podía encontrar apoyo para resolverlos. Ahora es el apoyo psicosocial quien diagnostica necesidades y resuelve los mecanismos y la oferta más adecuada para su satisfacción, facilitando así este proceso a las familias. Las principales ventajas para los beneficiarios de la «ventanilla única» son: *a)* aumenta el acercamiento y conocimiento de los beneficiarios de la institucionalidad pública y las prestaciones a las que tienen derecho; *b)* los beneficiarios poseen más información sobre el uso de los recursos públicos; *c)* se reducen los costos y tiempos dedicados a los trámites; *d)* se evita el desplazamiento físico a múltiples instancias de gobierno. Esta función del apoyo psicosocial como ventanilla única

---

de acceso a la oferta pública tiene efectos positivos, como incrementos en la vinculación con la institucionalidad pública (Universidad de Chile, 2005), mayor adecuación entre necesidades y oferta pública, empoderamiento, y mayor manejo de información (Pontificia Universidad Católica de Chile, 2005). Las familias cuentan ahora con un importante caudal de información respecto de la oferta pública y de los mecanismos para acceder a ella (Universidad de Chile, 2005; Asesorías para el Desarrollo, 2005a y 2005b).

Para que este modelo opere eficazmente se requiere de información accesible, suficiente, oportuna y de calidad, sobre los programas, servicios y prestaciones que existen en la red institucional. Del mismo modo, esta información debe ser manejada con fluidez por los operadores del sistema de protección social que, o deben articular a los servicios a nivel local para que generen respuestas satisfactorias a la demanda, o bien, deben orientar a los propios usuarios respecto de alternativas de acción.

A nivel general, CHS ha trabajado desde sus inicios con el concepto de «mapa de oportunidades», referente al catálogo de prestaciones y programas que, producto de los convenios de colaboración o transferencia de recursos, se encuentran disponibles para ser otorgados de manera preferente a usuarios CHS. Esta información es entregada a las unidades de gestión territorial que, a nivel regional, provincial o comunal, están encargadas de apoyar el funcionamiento de las redes territoriales de servicios y, en particular, a los equipos psicosociales que hacen intervención directa con las personas y que, por lo tanto, son responsables de orientar a los usuarios respecto de las opciones existentes.

Por otra parte, el conjunto de información sobre programas y prestaciones se procesa en el SIIS, que cumple la función de «ventanilla única» de información social para los servicios sociales. Esto tiene un impacto positivo en los usuarios pues ahorran tiempo y dinero, y sus antecedentes son validados en línea por la misma institución donde solicita las prestaciones. Además permite a los beneficiarios obtener en línea y en forma gratuita un certificado de constancia de la FPS, que es requisito para acceder a subsidios sociales. Con anterioridad a la existencia de este sistema, el ciudadano que quería acceder a algunas de las prestaciones tenía que pedir un certificado en un servicio, después ir a otro, lo que significaba un mayor gasto de tiempo y recursos.

Cabe señalar que el funcionamiento de los subsistemas que componen el sistema intersectorial de protección social de CHS implica articular la gestión de diversas reparticiones sectoriales de modo que ellas definan normativas y hagan llegar sus servicios a los beneficiarios del programa.

**Cuadro 4.8. Coordinación Intersectorial de Programas**

Ministerio	Programa	Protección Social
Gabinete Primera Dama	Desarrollo de competencias laborales para mujeres CHS	CHS/IEF
Fundación para la Promoción y Desarrollo de la Mujer	Apoyo a dinámica familiar	CHS-Puente
Ministerio de Salud FONASA	Plan de Salud Familiar (AUGE y Programas de Salud del Niño, Adolescente, Mujer, Adulto y Adulto Mayor y salud oral)	Todos los programas CHS- IEF
	Salud mental	Calle-CHS
	Apoyo al desarrollo biopsicosocial	CHCC
	Apoyo al recién nacido	
Ministerio de Desarrollo Social Servicio Nacional de la Discapacidad (SENADIS)	Ayudas técnicas a la discapacidad	CHS/IEF
Servicio Nacional del Adulto Mayor FOSIS	Capacitación monitores comunitarios	CHS-Vínculos
	Programa Autoconsumo	CHS-Puente/IEF
	Apoyo a inserción laboral juvenil	
	Preparación para el trabajo	
	Programa de apoyo al microemprendimiento (PAME)	
	Habitabilidad	
Corporación Nacional de Desarrollo Indígena	Microemprendimiento Indígena	CHS_Puente/IEF
Ministerio de Educación Junta Nacional de Jardines Infantiles (JUNJI)	Programa Conozca a su hijo	CHCC
	Programa Mejoramiento a la Infancia	
	Centros culturales de la Infancia	
Junta Nacional de Auxilio Escolar y Becas (JUNAEB)	Salud bucal (niños seis a catorce años)	CHS-Puente-Caminos/IEF
	Programa de Alimentación Escolar y el tercer servicio	
	Beca de de apoyo a la retención escolar (Educación Media)	
	Habilidades para la vida (psicosocial)	CHS-Puente
Fundación Integra	Jardines infantiles, salas cuna extensión horaria	CHS/IEF
Ministerio del Trabajo y Previsión Social Instituto de Previsión Social	Bonificación a la contratación de mano de obra Subsidio Único Familiar SUF, PBS y APS, además del Bono por Hijo, el Subsidio al Consumo de Agua Potable y el Subsidio de Cesantía	CHS/IEF
Ministerio de Vivienda y Urbanismo/Bienes Nacionales	Habitabilidad CHS	CHS-Puente
Ministerio de Agricultura Corporación Nacional Forestal	Programa de Apoyo al Empleo CHS	CHS/IEF
Ministerio de Justicia	Centros de Atención de Justicia	CHS-Caminos
	Oficina de Protección de derechos (OPD)	CHCC

Fuente: Elaboración en base a Mideplan (2009a).

La coordinación de programas actúa y tiene presencia a niveles central, regional y local. Resaltan especialmente, por su relevancia en la promoción de capital humano y la reducción de la pobreza, con lugar destacado en CHS e IEF, la provisión de servicios de

---

salud primaria y educación básica y media, administrados por los municipios y orientados por las políticas de los Ministerios de Salud y Educación, respectivamente. Otros programas, como se aprecia en el cuadro 4.8, son los de habitabilidad (FOSIS); la tramitación de subsidios monetarios (SUF, PBS y APS, además del Bono por Hijo, el subsidio de agua potable y el subsidio de cesantía), administrados por el Instituto de Previsión Social; la integración a programas de educación preescolar (JUNJI) y alimentación escolar (JUNAEB); el acceso a la oferta programática FOSIS (particularmente programas de microemprendimiento); el ingreso a programas específicos que abordan problemáticas sociales o de grupos de la población, tales como convivencia familiar (PRODEMU), discapacidad (SENADIS); programas de capacitación y empleo (SENCE) y otros (Mideplan, 2009a).

#### **4.5. El modelo de gestión Chile Solidario como diseño de referencia para la coordinación Intersectorial**

La configuración de CHS constituye un componente del piso de protección social para las familias de extrema pobreza. CHS tiene un enfoque distinto de los programas de transferencias condicionadas de la región porque constituye un sistema de articulación de la oferta pública, de manera a asegurar el acceso a dicha oferta a los excluidos. Por esta razón el énfasis de CHS está puesto en el modelo de gestión intersectorial más que en el cumplimiento de las condicionalidades o en las transferencias monetarias.

Para constituir el sistema de protección social CHS, se ha creado una red progresivamente articulada de políticas y programas sociales desde los sectores de salud, empleo, vivienda, educación y transferencias de ingresos y especies fundamentalmente, en los que se busca una combinación integrada de los componentes contributivos y no contributivos. En el logro de ese objetivo tiene un papel central la coordinación interinstitucional. Se han impulsado diversos arreglos institucionales, de los cuales ha sido pionero CHS, con la creación de una estructura coordinadora central, la Secretaría Ejecutiva, del MDS, con la función de integrar las acciones de los Ministerios de Salud, de Educación, de Vivienda y Urbanismo y de Trabajo y Previsión Social.

El sistema de protección social CHS se articula en red, para cubrir a la población pobre y vulnerable, mediante la vinculación de instituciones y mecanismos de gestión que otorguen una respuesta integrada. Los programas que lo integran tienen en común el énfasis en el acompañamiento psicosocial para facilitar la conjunción entre los activos de personas y familias y la estructura de oportunidades derivada de la oferta pública, que permitan la mitigación y enfrentamiento de los riesgos sociales, con la orientación de enfrentar no solo la pobreza transitoria, sino una reducción duradera de la pobreza (Mideplan, 2009). El sistema de protección CHS establecido en la ley núm. 19.949 tiene tres componentes principales:

- Apoyo psicosocial: acompañamiento personalizado a las familias por un período determinado (24 o 12 meses) cuyo objetivo es «promover el desarrollo de las habilidades personales y familiares para satisfacer condiciones mínimas de calidad de vida» (artículo 4).
- Acceso a oferta preferente: cupos en programas sociales del Estado especialmente resguardado para personas pertenecientes al sistema de protección social CHS.
- Subsidio y Bono CHS: subsidios del Estado a los cuales las familias CHS tienen acceso garantizado en caso de cumplir con las condiciones de elegibilidad.

---

Cabe destacar que en su diseño, CHS se apoyó en una concepción multidimensional de la pobreza, que requería, para su superación de acciones coordinadas de los distintos sectores y programas. Como destacan Barrientos y Santibañez (2009), CHS representa un cambio en las políticas antipobreza al estar integrado a otros programas contra la pobreza, lo que exige coordinación de los procesos financieros, organizativos y políticos por varios organismos públicos con una mayor demanda institucional a los organismos públicos; al establecer una base conceptual de la multidimensionalidad de la pobreza; y en el enfoque de las capacidades que procura el bienestar y evita la reproducción intergeneracional de la pobreza. La pobreza se entiende como importante déficit en el bienestar y las acciones por tanto se extienden más allá de los indicadores puramente monetarios o asistencialistas. Para los autores, el marco conceptual que subyace a CHS se debe más a la comprensión multidimensional e intergeneracional de la pobreza que a las perspectivas de manejo social de riesgos.

La condición de pobreza es considerada un problema multidimensional, caracterizada por bajos ingresos monetarios, escasa dotación de capital humano, débil capital social, y alta vulnerabilidad ante eventos como enfermedades, accidentes, cesantía y otros (Larrañaga, Contreras y Ruiz-Tagle, 2009). La forma de abordarla es mediante la incorporación a las redes sociales, mejorando su conocimiento sobre la oferta pública disponible y posibilitando su acceso a una mejor calidad de vida. De este modo, CHS se orienta y sustenta en los siguientes principios rectores: *a)* una apuesta por la igualación de capacidades básicas de la población; *b)* considerar a los sectores más vulnerables como titulares de ciertos derechos dentro de los que se incluye el de ser asistido; *c)* integralidad de las acciones; *d)* una apuesta por la equidad y manejo de la vulnerabilidad; *e)* tomar la familia como núcleo de desarrollo humano, y; *f)* fomentar el desarrollo local y participación ciudadana (Mideplan, 2009b).

En los fundamentos del sistema intersectorial CHS, se plantea que la conceptualización de la pobreza basada principalmente en el déficit de ingresos es insuficiente para abordar la complejidad de ésta y los nuevos mecanismos de exclusión social. Se consideran otras carencias que explican o acompañan la incapacidad para satisfacer autónomamente las necesidades básicas, como la falta de capacidades, de capital social, de poder, la escasez de capital simbólico y otros elementos sociales y culturales y políticos. Esas condiciones generan exclusión social, impiden la participación plena en la sociedad y merman la exigibilidad de los derechos (Mideplan, 2009a). En ese marco, la pobreza se entiende como privación de ciudadanía, ya que los más pobres no cuentan con los mecanismos a los beneficios y mecanismos de pertenencia como sujetos integrantes de una comunidad.

Bajo ese parámetro, desde su origen, CHS fue concebido como parte del sistema de protección social que buscaba articular la oferta pública para constituir una «ventanilla única» de acceso de sus beneficiarios al sistema más general de protección social. Para lograr esa articulación, se estipularon metodologías de intervención y estrategias de coordinación que permitieran articulaciones entre distintos sectores públicos. Según Draibe (2009):

Desde el punto de vista de la institucionalidad, *Chile Solidario* parece apostar por un cambio del concepto institucional de las políticas sociales dirigidas a los pobres, entendiéndolas como un *sistema coordinado de protección social*, concepto que se apoya en una visión sistémica e integral de las demandas sociales y de las respuestas por parte de las políticas públicas. La intersectorialidad y la integralidad de las políticas y programas sociales fueron perseguidas por el programa desde su concepción inicial.

Esa cualidad es la que permite situar a CHS como un programa que apuesta por un enfoque de derechos, la consideración de la mutidimensionalidad de la pobreza y la

---

inserción de los programas de transferencia con corresponsabilidad en sistemas más amplios de protección social (Draibe, 2009; Cohen y Franco, 2006).

Los pasos centrales de la implementación de CHS son:

- Selección focalizada de los beneficiarios mediante la aplicación de la FPS.
- Visita del apoyo familiar y firma por parte de la familia del compromiso de participación en el programa y calendario de cumplimiento de las condicionalidades.
- Creación de un registro de monitoreo y seguimiento de las familias beneficiarias con bases de datos conectadas entre servicios en el SIIS. El sistema es digitalizado y se encuentra en línea. Es la fuente de información que alimenta la gestión de las Unidades de Intervención Familiar (UIF) a la vez que permite monitorear, a nivel central, los avances de CHS en cada comuna, provincia y región, además de generar y actualizar estadísticas sobre las principales características de las familias, el logro de condiciones mínimas y la transferencia de recursos.
- Instalación de CHS a nivel local, en los municipios. Con este fin los municipios firman un acuerdo formal con el nivel central CHS comprometiéndose a crear una UIF, designar a una persona a cargo de ella y destinar personal municipal para que participe como apoyo familiar. En caso de no tener recursos para ello, FOSIS apoyaba financieramente y la contratación podía ser realizada por el municipio o por FOSIS. Cabe señalar que, a seis meses de inicio de CHS, 332 municipios de 341 habían suscrito este convenio. Hoy lo hace la totalidad de municipios.
- Suscripción de convenios entre el nivel central CHS y los diversos servicios y ministerios para garantizar la oferta pública de servicios y programas Chile Solidario. Los servicios públicos se comprometían a dar prioridad en sus prestaciones a las familias Chile Solidario. Los convenios nacionales operan de respaldo a la gestión de la red en el nivel comunal. La activación local de esta red recae sobre las UIF.

En términos de gasto, la implementación del CHS a partir del año de su inicio, en 2002, no se refleja en un aumento sustantivo del gasto en protección social. Este es un resultado esperado, ya que CHS se propuso ser un modelo de gestión intersectorial, mejorando el acceso de los sectores más pobres y vulnerables a la oferta pública existente. La mayor parte de los recursos del CHS representan transferencias de ingreso y programas de acceso preferente, que existían con anterioridad y porque los recursos asociados al CHS representan apenas el 2,4 por ciento del gasto social (Raczynski, 2008), lo que equivale a un 0,1 por ciento del PIB.

La implementación de este modelo de gestión intersectorial requería instrumentos y estrategias que facilitaran la superación de la fragmentación institucional con que tradicionalmente operan los organismos estatales. Para ello se diseñaron tres innovaciones en la política social chilena que potenciaran la articulación de los servicios públicos en torno a CHS: 1) incentivar, a través de la figura del apoyo familiar (o apoyo psicosocial) la demanda de las familias por servicios, vinculándolas a la oferta pública de servicios, superando el aislamiento y exclusión de las personas en situación de indigencia; 2) generar convenios y acuerdos de colaboración entre CHS y los diversos ministerios y servicios de modo, de garantizar prestaciones para los beneficiarios CHS, modificando la oferta de estos en función de las necesidades de las familias detectadas por el apoyo familiar; 3) generar una estructura de implementación de CHS a nivel territorial o local, que facilitará el acceso a información y recursos a los beneficiarios CHS. En el conjunto de estas estrategias el apoyo familiar tiene un papel esencial, como vínculo con las familias, impulsor de la adecuación de la oferta pública a las necesidades de las familias y articulador de la red local.

---

Respecto del apoyo familiar, su presencia y acción es crucial para llevar la red social local al beneficiario, apoyar y estimular psicosocialmente a la familia, y operar como gestor y activador del proceso de obtención de mínimos sociales por parte de las familias (Ruz y Palma, 2005). Un aspecto característico de CHS es la existencia de servicios especializados de apoyo psicosocial a los usuarios, lo que desde sus inicios ha sido considerado un eje estratégico del modelo de trabajo promovido por un concepto amplio de protección social, basado en el fortalecimiento de capacidades para un desenvolvimiento autónomo de las personas en las redes de servicios. De esta forma, los respectivos beneficiarios del sistema deben contar desde el principio con el servicio de apoyo psicosocial con un profesional a cargo de generar procesos motivacionales con las familias y apoyar su disposición y compromiso al cambio (Mideplan, 2009a). CHS provee, a través de un acompañamiento (apoyo psicosocial) a las familias, acceso preferencial de sus beneficiarios a la oferta pública de servicios sociales y subsidios, además de entregar una transferencia condicionada. Los beneficiarios son seleccionados por el puntaje que obtienen en una ficha de focalización (FPS) y reciben la visita de un profesional que realiza el acompañamiento familiar (apoyo psicosocial) y sellan su participación en CHS a través de la firma de un contrato en el que las familias se comprometen a cumplir un total de 79 condiciones en siete dimensiones: identificación, salud, educación, dinámica familiar, vivienda, trabajo e ingresos. Los beneficiarios permanecen cinco años en el programa, pero el acompañamiento familiar dura dos años y es fundamental para acercar a las personas y familias a la oferta pública y modificar la oferta pública para las necesidades de estas.

En CHS fueron identificadas 79 condiciones mínimas como metas sectoriales claras, de fácil conocimiento y comprobación, a ser alcanzadas voluntariamente por las familias en un período determinado, a partir del contrato suscrito por la familia con el apoyo familiar. Son esenciales en el plan de trabajo del apoyo familiar y generan obligaciones a los servicios y demás sectores de proveer las condiciones para su cumplimiento.

Ello se vincula con un segundo aspecto central del modelo de coordinación intersectorial CHS, que consiste en la firma de convenios de CHS con distintos organismos y servicios. CHS cuenta con una unidad coordinadora y ejecutiva a nivel central, que establece convenios presupuestarios con los diversos ministerios y servicios para garantizar el cumplimiento de la provisión de oferta pública en las siete dimensiones que cubre CHS. Estos convenios tienen como finalidad garantizar un acceso prioritario de los beneficiarios a los programas relativos a empleo, vivienda, educación y salud. Cabe destacar el esfuerzo de vinculación de CHS. Es el caso, por ejemplo, del SENCE que dispone de dos programas (bonificación a la contratación de mano de obra y subsidio a la contratación de jóvenes CHS) que dan apoyo para la incorporación al mercado laboral de este sector de la población a través de actividades de capacitación e intermediación laboral. A su vez, a nivel central se coordina toda la oferta pública en el SIIS, que es la plataforma de datos utilizada por todos los sectores y niveles (central, regional y local) sobre los beneficiarios de CHS. Cabe señalar que CHS mejora la gestión sin alto costo fiscal.

Este modelo contractual está basado en convenios de transferencia de recursos entre MDS y los ministerios y servicios que entregan prestaciones a los beneficiarios del CHS. La forma de operar es que la Ley de Presupuestos Anual asigna una determinada cantidad de recursos nominados a diferentes instituciones a los fines de financiar prestaciones y servicios (regulares o nuevos) a favor de las familias, que permiten satisfacer las 79 condiciones mínimas. Dichos convenios establecen informes de avance periódicos acerca de las prestaciones y servicios otorgados y mecanismos específicos de rendición de cuentas de los recursos transferidos, convirtiéndose en convenios de desempeño. En el caso de incumplimiento de un convenio de colaboración, la consecuencia formal es que el hecho es reseñado en los informes periódicos a la Presidencia. Respecto de los convenios

con transferencia de recursos, la sanción máxima a la que se exponen las instituciones es a no contar con más recursos para dichos programas (Cunill, 2005).

La gestión técnica se realiza principalmente a nivel central e incluye el acompañamiento y asesoría técnica a los municipios y a niveles subnacionales (provinciales y regionales) con el fin de hacer efectiva la implementación a nivel local de la red local de intervención. La Secretaría Ejecutiva de CHS realizó la mayoría de las evaluaciones de CHS y el acompañamiento técnico a los Apoyos Familiares, personal de las UIF de los municipios y demás actores involucrados. Se realizó un esfuerzo de difusión de materiales y conocimientos generando amplia información en línea, capacitaciones, charlas, cursos y comunidades de aprendizajes, entre otras iniciativas.

Un tercer aspecto se relaciona con la estructura de gestión de CHS. Está centralizada en el MDS pero se ejecuta a nivel local en todas las municipalidades del país, a través de las UIF (establecidas en la Ley CHS), que organizan la red local de apoyo a la puesta en marcha del programa y que está compuesta por actores e instituciones privadas y públicas conformando la red local de intervención social cuya tarea principal es brindar soporte institucional a las familias para desarrollar capacidades y superar la pobreza. Esta estructura territorial y local es la base de la gestión local del programa. En lo que respecta a la intersectorialidad, la articulación del programa con todas las áreas sociales involucradas en las condiciones se hace en los tres planos de la estructura administrativa del país a través de comités de articulación (nacional y regionales) y de la red local de intervención familiar (municipal) (Draibe, 2009). Así, el eje central a nivel local son las UIF, que impulsan cambios e innovaciones en la oferta programática institucional para responder a las necesidades y demandas de las familias que participan en CHS. En el modelo de coordinación interinstitucional de CHS la red principal es la local y los niveles subnacionales (regional y provincial) constituyen apoyos a la articulación de esta red. Así, en las comunas donde no existe oferta suficiente de servicios, compete a las instancias provinciales y regionales activar los recursos necesarios (Ruz y Palma, 2005).

El cuadro 4.9 explicita las cuatro modalidades de gestión para la coordinación intersectorial descritas con anterioridad.

**Cuadro 4.9. Modalidades de gestión de la coordinación intersectorial**

Presupuestaria	Territorial	Del conocimiento	Técnica
<p><b>Diseño institucional vinculante</b>            Convenios de transferencia condicionada de recursos a ministerios, servicios y municipios para concretar el acceso preferente. Acuerdos institucionales para contar con sistema de garantías y accesos preferentes a oferta de programas focalizando servicios en población vulnerable. Certificación de estándares de calidad. Definición de mínimos de gestión exigibles y de calidad.</p>	<p><b>Diseño institucional donde se aprovechan y hacen coherentes atribuciones, facultades y obligaciones</b>            La unidad de gestión del sistema de protección social es el territorio (regional, provincial, comunal o local), por la organización de la inversión en función de la distribución de población, por las oportunidades disponibles a nivel territorial y, por las competencias y atribuciones de los distintos niveles de la administración del Estado.</p>	<p><b>Sistema Integrado de Información Social</b>            Suscripción de convenios con servicios para integrar bases de datos.            Para apoyar decisiones de inversión, focalización, localización y organización del sistema de provisión de prestaciones.</p>	<p><b>Fortalecimiento de competencias y formación de capacidad institucional</b>            La estructura ministerial de la entidad coordinadora opera con un sistema de supervisión y asistencia técnica donde cada nivel facilita y acompaña el desempeño del nivel siguiente, para fortalecer capacidades institucionales a nivel local.            Uso de instrumentos metodológicos, administrativos, y técnicos del sistema.</p>

Fuente: Elaboración propia en base a Winchester (2005) y Draibe (2009).

Por lo tanto, la implementación de CHS impacta al conjunto de los organismos públicos involucrados. Se modifican políticas, procedimientos y prácticas al interior de los

---

servicios, vinculando la oferta pública a las personas y familias más pobres. En segundo lugar, se generan nuevos mecanismos de intermediación entre la estructura de oportunidades y los beneficiarios, mediante la intervención de los ejecutores de apoyo psicosocial<sup>24</sup>. En tercer lugar, se apuesta por la descentralización con participación del nivel local y de los municipios como actor estratégico para su implementación y una mejor articulación del nivel central. En cuarto lugar, se estructura la protección social para que responda no solo respecto de la condición de pobreza, sino de las necesidades de los individuos a lo largo del ciclo vital.

#### **4.5.1. Modelo de implementación territorial de Chile Solidario**

Al analizar los resultados de CHS, Draibe (2009) y Raczynski (2008) señalan que CHS logró facilitar el tránsito de las familias hacia el sistema de protección social — objetivo real del programa. Ello por dos factores esenciales: el trabajo del apoyo social realizado directamente con las familias; por otro lado, el impulso a las redes sociales y de servicios a los que las familias son incorporadas y que potencian la intersectorialidad y la promoción de mayores grados de cohesión social. Los resultados de CHS muestran que la focalización CHS es adecuada (Galasso, 2006), que hay satisfacción de los usuarios con el programa (Raczynski, 2008), y que se logró el objetivo de incorporar a las familias de extrema pobreza a la oferta pública, constituyéndose un sistema integrado de protección social (Draibe, 2009).

Draibe (2009) y Raczynski (2008) señalan que el cumplimiento de las condicionalidades mostró buenos resultados, en parte porque las tasas de alcance de esos mínimos sociales ya eran relativamente altas en el punto de partida del programa. Hubo avances significativos en casi todas las metas, con la casi universalización de algunas, así como avances más acentuados en aquellas que presentaban desde un inicio más bajos porcentajes. Las más bajas tasas de avance se verificaron en las metas relacionadas con el empleo/renta y situación habitacional.

El escaso impacto de CHS en el mejoramiento del empleo y por tanto en la sustentabilidad a mediano y largo plazo de la superación de la pobreza ha sido constatado por diversos estudios (Larrañaga, Contreras y Ruiz-Tagle, 2009; Hoces de la Guardia, Hojman y Larrañaga, 2011), advirtiendo un riesgo de CHS de desincentivar la búsqueda de empleo de sus beneficiarios (Larrañaga y Contreras, 2010). Manteniendo la estructura y modalidad de implementación de CHS se crea en 2012 el programa IEF, que incorpora a las condicionalidades y transferencias monetarias de CHS un incentivo a la búsqueda de empleo<sup>25</sup> y a la conservación del trabajo. Este programa se encuentra en su primera fase de implementación, por lo que aún no se ha desplegado del todo. Lo interesante es que mantiene el modelo de gestión intersectorial de CHS.

El IEF se estructura con dos componentes: transferencias no condicionadas, es decir una asignación monetaria base y el acceso garantizado a subsidios monetarios, y

<sup>24</sup> Llamados Apoyos Familiares del Puente, Monitores Comunitarios de Vínculos, Gestores de Calle, Consejeros y Tutores de Caminos.

<sup>25</sup> El IEF busca aumentar los incentivos al empleo, particularmente femenino, de quienes integran los programas CHS, generando también incentivos a logros educacionales de los hijos, endureciendo las condicionalidades, y aumentando los ingresos transferidos sujetos al cumplimiento de condicionalidades.

---

transferencias condicionadas, que consisten en una serie de bonos en función del logro en el componente empleo y cumplimientos en educación y salud. El monto de estas transferencias condicionadas varía según la cantidad de integrantes del grupo familiar y su ubicación con respecto a la línea de pobreza extrema. La estructura de implementación de IEF es similar al CHS. Se mantiene el acceso garantizado a subsidios y el acceso preferente a programas y servicios sociales. La aplicación del IEF es a nivel local, en los municipios, y se implementa con la misma estructura a nivel nacional y subnacional de CHS. Se mantiene la figura del acompañamiento familiar (apoyo psicosocial) y se añade, para reforzar el componente empleo, la figura de un segundo profesional: el llamado acompañamiento sociolaboral, que apoya la inserción laboral de las familias y la búsqueda de oportunidades laborales. Para coordinar el acompañamiento familiar y sociolaboral, se crea la figura del gestor territorial (aún no entra en funcionamiento), el cual operaría a nivel local, articulando la oferta pública y privada para las familias beneficiarias.

Las principales diferencias entre el IEF y el CHS, es que en el IEF aumenta el monto de las transferencias, elevando las exigencias de las condicionalidades, con un mayor control de su cumplimiento. Un tema sustantivo es que CHS estaba centrado en un enfoque de derechos, en tanto el IEF cambia por una lógica de derechos asociados a responsabilidades, como la búsqueda de empleo. Asimismo, en el IEF se busca una mayor vinculación con el Tercer Sector (empresas y organizaciones no gubernamentales), en tanto CHS se concentró en el despliegue y articulación de la oferta pública y la coordinación con el Tercer Sector a través de las propias redes locales de intervención, con un papel preponderante del municipio. En IEF ese papel articulador lo tendrá cuando se implemente el gestor territorial.

Cabe destacar que el modelo de articulación de políticas y los mecanismos de administración y coordinación establecido en el caso de CHS se replica en el caso del IEF. El ente articulador de ambos es el MDS.

Respecto de la gestión de la intersectorialidad, la articulación con todas las áreas sociales involucradas se hace en los tres planos de la estructura administrativa del país a través de comités de articulación (nacional y regionales) y de la red local de intervención familiar (municipal), además de la figura creada por el IEF del gestor territorial <sup>26</sup>.

#### **4.5.2. Modelo de gestión y coordinación intersectorial territorial de CHS**

El modelo de gestión pone como desafío el estructurar en diversos niveles (central y subnacional) instancias de colaboración intersectorial que tienen su concreción en el nivel local y entre el Gobierno nacional y las administraciones locales. Con esa lógica, el modelo de gestión tiene un componente de control centralizado y ejecución descentralizada, bajo un enfoque sistémico de la administración que permite la acción integrada de los diversos servicios que operan con el programa.

Cabe señalar que el modelo de gestión se implementa a lo largo de Chile a través de sus 15 regiones, que son las divisiones territoriales superiores del país, subdivididas en

<sup>26</sup> La Unidad de Intervención Familiar es responsable de la creación de la red local de intervención social, encargada de coordinar la oferta pública y privada disponible en el territorio, además de cumplir con las tareas iniciales de identificación y selección de las familias, y de su designación a los apoyos familiares.

---

54 provincias; y estas a su vez, en 351 comunas. Tanto las autoridades de nivel regional como provincial son designadas por el Presidente de la República, mientras que las autoridades de las comunas o municipios son electas democráticamente.

■ **A nivel central/nacional**

Se articulan ministerios y servicios en el Comité Interministerial de Desarrollo Social. A su vez, CHS (y cada uno de sus programas) y el IEF se coordinan específicamente con los ministerios y servicios que son parte de las dimensiones consideradas centrales en la superación de la pobreza.

En el MDS se creó una Secretaría Ejecutiva de CHS, entidad técnico administrativa encargada de gestionar, supervisar y evaluar el funcionamiento del programa estableciendo las coordinaciones pertinentes con los distintos niveles territoriales (región, provincia, comuna) y con los sectores sociales involucrados en la implementación de la red de protección social. Al implementarse IEF, esa función pasó a cumplirla la División de Promoción y Protección Social del mismo ministerio.

FOSIS está a cargo de instalar el sistema de trabajo personalizado con las familias, lo que incluye generar las UIF en las comunas, seleccionar a las familias, formar a los apoyos familiares, procesar el sistema de registro del programa y monitorear la intervención. El nivel central cuenta con el apoyo financiero y técnico del Banco Mundial para la evaluación y el fortalecimiento institucional del sistema CHS. También este nivel es responsable del monitoreo de la información del SIIS.

■ **A nivel subnacional/regional**

Se articulan los representantes de los ministerios y servicios de cada región en el Comité Técnico Regional de Desarrollo Social, para la coordinación y monitoreo de los programas sociales; levanta nudos críticos y propone modificaciones al Comité Interministerial, sobre la oferta pública en el territorio.

■ **A nivel subnacional/provincial**

Se articulan los representantes sectoriales de ministerios y servicios en el Comité Técnico Provincial de Desarrollo Social. Las gobernaciones provinciales lideran este Comité con la asistencia técnica del Coordinador Provincial de Protección Social, en el marco del convenio de transferencia de recursos suscrito con el MDS. Participan en este Comité quienes desempeñan funciones de gestión de redes en el territorio. Se coordinan los servicios, entregando información de la oferta programática para la vinculación efectiva de la oferta (insumo dado por los servicios) con la demanda (insumo levantado por los gestores territoriales) y la elaboración del mapa de oportunidades provincial. Levanta y gestiona nudos críticos, y presenta propuestas de solución al Comité Técnico Regional.

■ **A nivel local/municipal**

Se articulan los diversos servicios tanto municipales (la atención primaria en salud y la educación escolar son administradas por municipios) como de servicios que tienen presencia local. Estos funcionan en red en el Comité Técnico Municipal de Desarrollo Social liderado por la autoridad municipal (Jefe de la Unidad de Intervención Familiar o Jefe de la Oficina de Desarrollo Comunitario) y respaldado por el apoyo familiar y el gestor territorial; opera la vinculación efectiva de la oferta con la demanda en el nivel local; levanta nudos críticos al Comité del nivel provincial o regional, según corresponda; genera propuestas a partir de los nudos críticos detectados y las somete al Comité Técnico Provincial o Regional, de los programas de la oferta en función de la experiencia en la implementación territorial.

---

Los municipios constituyen una micro-red (red local de intervención), que tiene por función coordinar las instituciones prestadoras de servicios al nivel local. Durante la fase de apoyo psicosocial a las familias CHS/IEF, la coordinación de cada red es impulsada por la UIF, estructura que se establece en los municipios con el propósito de implementar y ejecutar CHS, articulando a los apoyos psicosociales que están en contacto directo con las familias. En la red local de intervención participan representantes de todas las instituciones, servicios públicos u organizaciones (incluidas las sociales y comunitarias) que disponen de programas, servicios y/o beneficios dirigidos a los más pobres. Tal estructura es la base de la gestión local de los programas de CHS y de IEF.

El modelo de gestión para la coordinación intersectorial mantiene las características de CHS. Tanto en CHS como en el IEF esto implica la aplicación simultánea y complementaria de los cuatro componentes de gestión: presupuestaria, territorial, del conocimiento y técnica, como se establece en el gráfico 4.2.

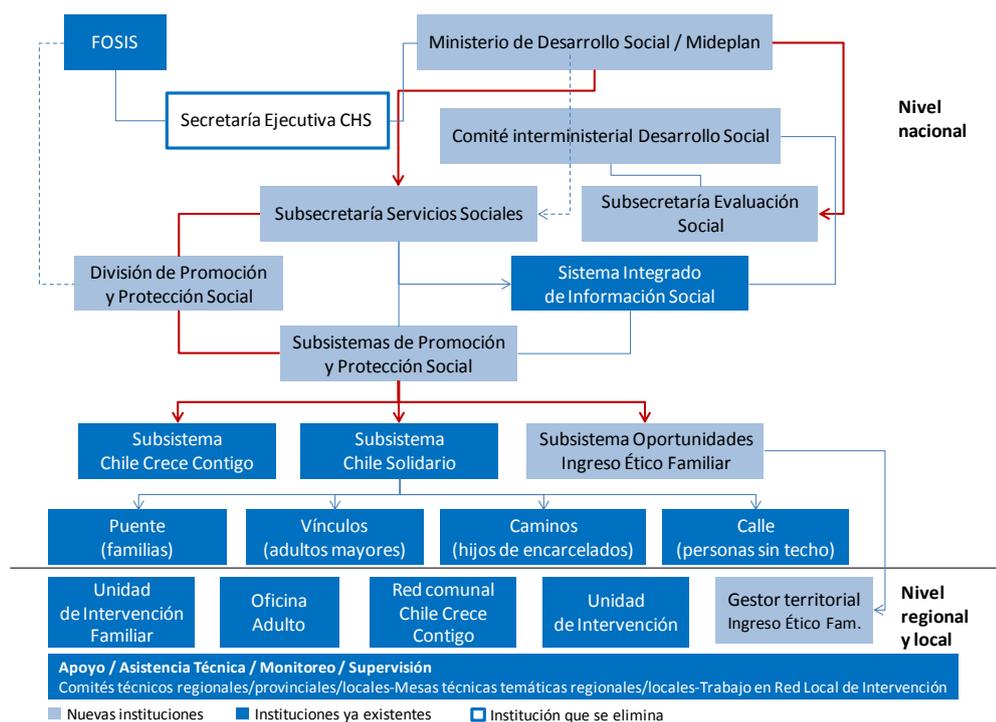
Se mantiene la misma estructura de red territorial, con la estructuración de una red de servicios a nivel comunal y un apoyo a nivel provincial y regional.

Los objetivos de la coordinación definidos en el sistema intersectorial de coordinación social son:

- Conocer y explorar la oferta de otros servicios, saber qué están haciendo en función de la superación de la extrema pobreza y evaluar si es pertinente, suficiente y oportuna para la población objetivo de los subsistemas.
- Dar a conocer los subsistemas, sensibilizar e involucrar a otras reparticiones públicas en el desafío de la superación de la pobreza extrema.
- Aportar con focalización en aquellos programas que son pertinentes para la población integrada en los subsistemas.
- Dar cumplimiento a la ley (Convenios de Transferencia de Recursos, suscripción de Convenios Colaboración).

Gran parte del modelo de coordinación del sistema intersectorial se establece en base al modelo de gestión de CHS. La ley núm. 19.949 y su Reglamento (Reglamento CHS decreto supremo núm. 235 25-11-2004, artículo 3) otorgaban un papel de coordinación a la Secretaría Ejecutiva de CHS, estableciendo que: «La administración, coordinación, supervisión y evaluación de «Chile Solidario» corresponderá al Ministerio de Planificación y Cooperación» y «será ejercida [...] a través de la Secretaría Ejecutiva Chile Solidario, establecida en el decreto supremo N° 144, de 2002, radicada en el Ministerio de Planificación y Cooperación, a cargo de un Secretario Ejecutivo(a), e integrada por directivos y profesionales del Ministerio». La Secretaría Ejecutiva tenía principalmente la función de articular CHS con las instituciones públicas y las instituciones privadas y coordinar estas autoridades y organismos.

**Gráfico 4.2. Cambios en la institucionalidad de la coordinación intersectorial**



Fuente: Elaboración propia.

#### 4.6. Logros, lecciones y aprendizajes de las prácticas de coordinación interinstitucional CHS

Las lecciones y aprendizajes del modelo de coordinación CHS están vinculados a sus logros en tanto que CHS se estableció no como un programa más de superación de la pobreza sino como un sistema de protección social para los sectores más pobres. Algunos de los logros son: la mejor coordinación de las diversas prestaciones sectoriales para efectivamente acercar la oferta pública a quienes estaban excluidos de ella, generando un sistema interinstitucional de prestaciones, la creación de una «ventanilla única» de ingreso al sistema; la aplicación de un único criterio de focalización y selección de beneficiarios que, al ser parte de CHS, tenían acceso inmediato al conjunto de prestaciones públicas, lo cual se facilitó con una sola base de datos (el SIIS) evitando la duplicación de esfuerzos entre programas; y el logro de una mayor eficiencia del gasto público focalizado a familias como unidad de intervención. Finalmente, cabe destacar el diseño institucional multinivel, que permitió gestionar operativamente el sistema tanto a nivel central, como subnacional. A continuación se establecen algunas lecciones de buenas prácticas de la coordinación interinstitucional de CHS, que surgen a partir del análisis del programa.

- Un primer elemento a destacar es la importancia de la consideración, desde sus inicios, de CHS como modelo de gestión intersectorial. Esta forma de gestión fue la meta y principio de organización y operación del programa, donde la implementación de convenios de colaboración de la dirección central de CHS con cada uno de los municipios participantes, con los diversos servicios y programas y con las propias familias es central. Esto, pues, establece compromisos en torno a metas (los mínimos establecidos en las 79 condicionalidades) que generan obligaciones a las partes y permiten el seguimiento de los cumplimientos. Estas metas, de naturaleza técnica y operacional, fueron claves para realizar acciones de cooperación interinstitucional entre los diversos servicios (salud, educación, asistencia social, etc).

- 
- Un segundo elemento de buena práctica es la generación de Chile Solidario y Chile Crece Contigo como «ventanilla única» de acceso al sistema de protección social, con información conjunta de diversos servicios y programas sobre el beneficiario, permitiendo el seguimiento y monitoreo de estos últimos. Las intervenciones integran la atención y prestación de un conjunto sectorialmente diversificado de servicios sociales, articulando acciones de protección, servicios públicos universales, transferencias monetarias y programas de seguridad social. Cabe señalar que dada la importancia del empleo en la superación de la pobreza, CHS opera como un canal de vinculación de quienes desean ingresar al mercado de trabajo (desempleados) o quienes quieren mejorar su condición laboral. El apoyo psicosocial es la ventanilla única entre usuarios y el conjunto de prestaciones laborales, de tal modo que diagnostica necesidades y capacidades con la familia, las transmite a la red local (Oficina Municipal de Intermediación Laboral o bien a la Oficina Municipal de Desarrollo Productivo) y de allí se deriva a programas sectoriales<sup>27</sup> de nivelación educacional, de desarrollo de empleo, capacitación y fomento de empleo dependiente o independiente, sin ventanilla única de servicios vinculados a desempleo.
  - Un tercer elemento a destacar de la estrategia de intervención CHS es el logro en la eficacia y eficiencia en el uso de los recursos. El eje no está en la incorporación de recursos adicionales, sino en el mejor aprovechamiento de los ya existentes, lo que genera posibilidades de permanencia y réplica del programa en contextos de bajo esfuerzo fiscal. El efecto de CHS es positivo sobre el acceso al SUF, mayor en áreas urbanas que rurales, y el acceso a una prestación básica de ingresos, el bono solidario, y subsidio del agua potable, que con CHS son garantizados. No hay impacto sobre el gasto total, pues se focalizan mejor los recursos ya disponibles de programas sociales, no implicando ello ni aumento ni disminución de gasto, sino una mejor focalización del mismo (Raczynski, 2008).
  - Un cuarto elemento de buena práctica es la promulgación de leyes para el funcionamiento del CHS que permiten, por un lado, establecer reglas y velar por el cumplimiento de su aplicación. Esto es vital para el buen funcionamiento del programa en todos los niveles de la estructura estatal, y particularmente para garantizar la intersectorialidad en que reposa. Por otro lado, al pasar por la discusión parlamentaria, se refuerza la legitimidad, consenso y apoyo político de CHS.
  - Un quinto elemento a destacar es la innovación para enfrentar la coordinación intersectorial, que se apoyó en dos mecanismos de integración de políticas: *a)* la creación de la figura del acompañamiento familiar, que a través de las UIF y de las redes locales de intervención facilita el traspaso de información sobre las necesidades de las familias al conjunto de sectores públicos, impulsando su adecuación; *b)* la incorporación del sistema de mínimos sociales (expresado en las 79 condiciones) definidos como metas operacionales para los servicios públicos.

<sup>27</sup> La nivelación educacional se realiza a través de programas del Ministerio de Educación (Chile Califica) o de FOSIS (Nivelación de Competencias Laborales); el desarrollo de empleo se realiza a través de tres programas para beneficiarios de CHS, como Habilitación Laboral del Ministerio de trabajo, Desarrollo de Competencias Laborales del PRODEMU y Empleo Juvenil de FOSIS. Existen subsidios para beneficiarios de CHS que incentivan el empleo dependiente, como la Bonificación SENCE (Ministerio de Trabajo y Previsión Social) y el programa Profocap (Ministerio de Agricultura), y para el independiente están los programas de Microemprendimiento de FOSIS, Microempresa Indígena de MDS, Fondo Mujeres Rurales y Programa de Agricultura Familiar del Ministerio de Agricultura.

- 
- Finalmente, destaca la implementación a nivel municipal de la red local de intervención, que impactó en un mejor contacto del municipio con las familias más pobres y una mejor gestión y dinamismo de los recursos disponibles en la comuna (Winchester, 2005).

Entre los aprendizajes cabe reseñar aquellos que surgen a partir de los cuellos de botella y dificultades de implementación de la coordinación, que sugieren espacios de perfeccionamiento, entre los que se encuentran:

- La dificultad de obtener resultados equivalentes en términos de logro, debido a la diversidad de capacidad técnica y de recursos humanos y financieros de algunos de los 345 municipios del país. Si bien todos firman los compromisos de participación en CHS, algunos enfrentan mayores dificultades para llevar adelante las tareas requeridas. Aunque hubo asesorías técnicas desde la dirección central de CHS, comunidades de aprendizaje y concurso de buenas prácticas, la heterogeneidad e inequidad territorial impactan en el programa (Draibe, 2009). Por ello, uno de los aprendizajes es considerar el componente territorial en el diseño del programa y prever acciones específicas de apoyo a quienes más las necesiten, prestando especial atención a las zonas rurales.
- Una segunda dificultad que persiste es la actualización de datos del Sistema Integrado de Información Social. Mantener el SIIS con bases de datos actualizadas es todo un reto, especialmente porque el nivel local alimenta al SIIS, y el nivel nacional verifica su consistencia interna y devuelve al nivel local. Sin embargo esos flujos no siempre son fluidos, y en consecuencia el nivel local utiliza muy poco la información del SIIS. Además, algunos ministerios tienen desfases importantes (más de un año) en los datos que incorporan. No todas las bases están incorporadas.
- Un tercer aspecto que constituye un nudo del CHS es la dificultad para articular la oferta pública en algunas de las dimensiones, especialmente en empleo y habitabilidad, ya que esta era insuficiente o inadecuada para las necesidades de superación de las condiciones de indigencia de las familias CHS.
- Un cuarto aspecto se relaciona con la falta de una inserción comunitaria del programa, que está centrado en familias y personas pero no en desarrollo de capital social, el cual permitiría una mayor sostenibilidad del CHS y mejoras en los sistemas de gestión y comunicación del programa.
- Finalmente destaca la brecha entre diseño e implementación, particularmente respecto a las dificultades de activación de la red local de ofertas públicas y del Tercer Sector, como también respecto a la adecuación de programas de nivel sectorial y central a las heterogeneidades del nivel local.

## 4.7. Conclusión

Si bien en Chile se ha avanzado en el establecimiento de un PPS, garantizando el derecho a prestaciones de salud, pensiones y acceso a transferencias monetarias, existen aún múltiples desafíos para el sistema de protección social. En primer lugar se puede mencionar la persistencia de la pobreza y la desigualdad, pues pese a la implementación de políticas específicamente destinadas a los sectores más pobres y vulnerables, las prestaciones otorgadas no logran constituir ingresos suficientes para traspasar el umbral de la pobreza y ni siquiera de la extrema pobreza, por lo que uno de los desafíos es aumentar las prestaciones del componente no contributivo del PPS.

---

Un segundo reto remite a reducir las brechas de acceso y calidad de los más vulnerables a los beneficios y prestaciones del sistema de protección social. En esta tarea tiene un papel central el generar mecanismos de coordinación y vinculación entre los sistemas contributivos y no contributivos, de manera a alcanzar los estándares de seguridad social establecidos en la Recomendación núm. 202 de la OIT.

La experiencia de CHS como modelo de gestión intersectorial permite extraer lecciones y aprendizajes sobre el proceso de coordinación de la oferta estatal, en el caso específico de CHS centrado en la demanda proveniente de un sector específico de la población, como son los más pobres y vulnerables. Con sus logros y desafíos CHS muestra una experiencia de organización institucional en torno a una oferta de servicios y prestaciones, mediante un trabajo en red, donde el Estado asume un papel preponderante de vinculación con las familias a través de la figura del apoyo familiar. Diversas innovaciones en materia de construcción de bases de datos únicas, acciones para construir «ventanilla única» de acceso a los servicios, evitando duplicidades y mejorando la coordinación, pero fundamentalmente mediante el establecimiento de un sistema integrado de prestaciones cuyo eje son los beneficiarios, tensiona al aparato público a nivel central, regional y local para tener como eje de acción a las familias y no las lógicas internas, sectoriales con que han trabajado tradicionalmente.

CHS se ha constituido en un modelo replicado en la propia institucionalidad pública, con otros programas como CHCC y el IEF, sirviendo de base para la puesta en marcha del sistema intersectorial de protección social. Evidentemente, como se ha establecido en el texto, los desafíos continúan siendo considerables, especialmente a la hora de poder impactar en el mejoramiento de las condiciones contextuales de pobreza y exclusión social. Sin embargo, queda claro que la coordinación intersectorial contribuye a mejorar y hacer más eficiente la oferta pública, necesaria a la hora de construir PPS de cobertura universal, con vinculaciones entre los componentes contributivo y no contributivo, y que aseguren a los ciudadanos el derecho básico a la protección social.

---

## Referencias

- Arenas de Mesa, A. 2010. *Historia de la Reforma Previsional chilena, una experiencia exitosa de política pública en democracia*. Santiago de Chile, Oficina Subregional de la OIT para el Cono Sur de América Latina.
- . *et al.* 2008. *La Reforma Previsional Chilena: Proyecciones Fiscales 2009–2025*, document de trabajo, Estudios de Finanzas Públicas, Gobierno de Chile, Dirección de Presupuestos del Ministerio de Hacienda (Santiago).
- Asesorías para el Desarrollo. 2005a. *Necesidades y aspiraciones de las familias que han finalizado la etapa de apoyo psicosocial del Sistema de Protección Social Chile Solidario*, Serie Estudios Chile Solidario. Santiago de Chile, Mideplan.
- . 2005b. *Estudio familias en situación de extrema pobreza que no han aceptado integrarse o han interrumpido su participación en el programa puente del sistema Chile Solidario*, Serie de Estudios Chile Solidario. Santiago de Chile, Mideplan.
- Bachelet, M. 2009. *Mensaje Presidencial del 21 de mayo de 2009*.
- Barrientos, A. y C. Santibañez. 2009. «New forms of social assistance and the evolution of social protection» en *Journal of Latin American Studies*, vol. 41, págs. 1-26.
- Bertranou, F. 2010. *Aportes para la construcción de un piso de protección social en Argentina: el caso de las asignaciones familiares Buenos Aires*. Santiago de Chile, Oficina Subregional de la OIT para el Cono Sur de América Latina.
- Cecchini, S.; C. Robles y H. Vargas. 2012. *La Ampliación de las Transferencias Monetarias y sus Desafíos en Chile: el Ingreso Ético Familiar*, Research Brief, núm. 26. Brasília D. F., Centro Internacional de Políticas para el Crecimiento Inclusivo (CIP-CI).
- Cohen, E. y R. Franco. 2006. *Transferencias con corresponsabilidad, Una mirada latinoamericana*. México D. F., FLACSO-México.
- Consejo Consultivo Previsional. 2011. *Informe anual Enero 2010-Julio 2011*. Santiago de Chile, Ministerio del Trabajo y Previsión Social, Subsecretaría de Previsión Social.
- Covarrubias, F.; I. Irrarrázaval y M. Morandé. 2011. «Sistema Integrado de Información Social: Chile» En Azecedo, V., I. Irrarrázaval y C. Bouillon. *Sistemas Integrados de Información Social. Su rol en la protección social*. Santiago de Chile, Centro de Políticas Públicas, Pontificia Universidad Católica de Chile, págs. 159-204.
- Cunill, N. 2005. *La Intersectorialidad en el Gobierno y Gestión de la Política Social*. Caracas, Centro Latinoamericano de Administración para el Desarrollo (CLAD). Disponible en <[http://www.clad.org/siare\\_isis/innotend/intersector/detalles3.html#9](http://www.clad.org/siare_isis/innotend/intersector/detalles3.html#9)>.
- Dirección de Presupuestos (Dipres). 2011. *Informe de Finanzas Públicas. Proyecto de Ley de Presupuestos del Sector Público para el año 2012*. Ministerio de Hacienda, Gobierno de Chile. Disponible en <[http://www.dipres.gob.cl/572/articles-76644\\_IFP\\_2012.pdf](http://www.dipres.gob.cl/572/articles-76644_IFP_2012.pdf)>.

- 
- Draibe, S. 2009. «Programas de Transferencia Condicionadas» en Cardoso, F. H. y A. Foxley: *A medio camino. Nuevos desafíos de la democracia y el desarrollo en América Latina*. Santiago de Chile, Uqbar, págs. 445-487.
- Extensión Mundial de la Seguridad Social (GESS). Chile: *Vejez, Invalidez y Sobrevivientes*. Ginebra, OIT. Disponible en <<http://www.social-protection.org/gimi/gess/ShowTheme.do?tid=1243>> [noviembre de 2012].
- Fajnzylber, E. 2010. *Incentives under the New Pension Solidarity Pillar in Chile*, prepared for the XIV Meetings of the LACEA/ IADB/ WB/ UNDP Research Network on Inequality and Poverty (NIP), 9 de abril de 2010, Tulane University, Nueva Orleans.
- Galasso, E. 2006. *With their effort and one opportunity: Alleviating extreme poverty in Chile*, Development Research Group, Banco Mundial. Disponible en <<http://www.iadb.org/res/publications/pubfiles/pubS-001.pdf>>.
- Grupo Consultativo sobre el Piso de Protección Social. 2011. *Piso de Protección Social para una globalización equitativa y justa. Informe del Grupo consultivo sobre el Piso de Protección Social*. Ginebra, OIT.
- Hardy, C. 2010. *Red Protege Sistema de Protección Social en Chile (1990-2010)*, Documento de Trabajo núm. 1. Providencia, Fundación Dialoga. Disponible en <[www.dialoga.cl](http://www.dialoga.cl)>.
- Hoces de la Guardia, F.; A. Hojman y O. Larrañaga. 2011. «Evaluating the Chile Solidario program: results using the Chile Solidario panel and the administrative databases», en *Estudios de Economía*, vol. 38, núm. 1, págs. 129-168.
- Larrañaga, O. y D. Contreras. 2010. *Las nuevas políticas de protección social en Chile*. Santiago de Chile, Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) Chile, Área de Reducción de la Pobreza y la Desigualdad.
- Larrañaga, O.; D. Contreras y J. Ruiz-Tagle. 2009. *Evaluación de impacto Chile Solidario: primera cohorte de participantes*. Santiago de Chile, Mideplan. Disponible en <[www.mideplan.cl](http://www.mideplan.cl)> [5 de mayo de 2010].
- Mideplan. 2009a. *Fundamentos para la operación de un sistema intersectorial de protección social*. Santiago de Chile. Disponible en <[www.mideplan.cl](http://www.mideplan.cl)> [3 de mayo de 2010].
- . 2009b. *Contexto programático para el análisis de resultados de la evaluación de impacto de Chile Solidario*, Documento núm. 2, Taller de Evaluación Chile Solidario (Programa Puente), 27 de abril de 2009. Santiago de Chile.
- Ministerio de Desarrollo Social (MDS). 2011. *Encuesta de Caracterización Socioeconómica Nacional, 2009-2011*. Santiago de Chile. Encuestas CASEN disponibles en <<http://observatorio.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/casen/casen-documentos.php?c=84>>.
- Ministerio de Educación. 2011. *Cuenta anual 2011*. Disponible en <http://www.gob.cl/cuentas-anales-2011/ministerio-de-educacion-cuenta-anual-2011/>.
- Pontificia Universidad Católica de Chile. 2005. *Asesoría para la elaboración de un instrumento cuantitativo de evaluación de efectos psicosociales del Programa Puente*, Serie Puente a la Vista, Centro de Medición (MIDE). Santiago de Chile, Fondo de Solidaridad e Inversión Social (Fosis). Disponible en <[www.mideuc.cl](http://www.mideuc.cl)>.

- 
- Raczynski, D. 2008. *Sistema Chile Solidario y la Política de Protección Social de Chile. Lecciones del pasado y agenda para el futuro*. São Paulo y Santiago de Chile, Instituto Fernando Henrique Cardoso (IFHC) y Corporación de Estudios para Latinoamérica (CIEPLAN).
- Robles, C. 2011. *Sistema de protección social de Chile: una mirada desde la igualdad*. Santiago de Chile, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL).
- Ruz, M. y J. Palma. 2005. *Análisis del Proceso de Elaboración e Implementación del Sistema Chile Solidario*, Informe de Investigación. Santiago de Chile, Instituto de Asuntos Públicos, Departamento de Políticas Públicas, Universidad de Chile.
- Silva V.; G. Blanco y L. Bassett. 2010. *Management Information Systems for CCTs and Social Protection Systems in Latin America: A Tool for Improved Program Management and Evidence-Based Decision-Making*. Washington D.C., Banco Mundial.
- Soms, E. 2010. *Odeplan/Mideplan, una escuela para el cambio social*. Santiago de Chile, Mideplan.
- Superintendencia de Pensiones, 2013. *Aporte previsional solidario de vejez (APS-Vejez)*, Ministerio del Trabajo y Previsión Social, Gobierno de Chile. Disponible en <<http://www.spensiones.cl/portal/orientacion/580/w3-article-5786.html>> [diciembre de 2013].
- Tokman, A. 2010. *Radiografía de la educación parvularia chilena: desafíos y propuestas*, Serie de Políticas Públicas, Documentos de Trabajo, No. 5. Santiago de Chile, Universidad Diego Portales (UDP).
- Universidad de Chile. 2005. *Estudio Efectos de la intervención psicosocial en mujeres que participan directamente en el sistema Chile Solidario*, Serie de Estudios Chile Solidario, Facultad de Ciencias Sociales. Santiago de Chile, Mideplan.
- Vargas, L. H. 2011. «Chile Solidario: Pasado y futuro de la vía chilena a la protección social (2003-2011)», en *Revista CIS*, núm. 14, Año 9, Primer semestre 2011, págs. 23-44. Disponible en <<http://www.techo.org/wp-content/uploads/2013/02/vargas.pdf>>.
- Winchester, L. J. 2005. «Gestión Social Municipal de Programas de Superación de la Pobreza en Chile: Reflexiones a Partir de la Experiencia con el Programa Puente y Chile Solidario», en *X Congreso Internacional del CLAD sobre la Reforma del Estado y de la Administración Pública*, 18 a 21 de octubre de 2005, ponencia, Santiago de Chile.



---

## **5. Una aproximación a los instrumentos de coordinación y articulación de la política de protección y desarrollo social en México**

*Julio Rosado*

### **5.1. Introducción**

En este capítulo se utiliza una definición comprehensiva de protección social, misma que incorpora tanto los significados de asistencia como de seguridad social. Sin embargo, dadas las características del sistema de protección en México (y que se detalla más adelante), el concepto de seguridad social estará limitado a las políticas de protección social que se desprenden de la pertenencia al mercado formal de trabajo. El conjunto del sistema de seguridad social y de programas de desarrollo social no contributivos es lo que se considera en este capítulo como el sistema de protección social en México.

El presente capítulo se refiere a los mecanismos de coordinación y a algunos programas asociados a la protección social en México. De manera particular, se abordan los mecanismos de coordinación de las políticas públicas no contributivas de protección social, así como algunas de las políticas públicas y programas relevantes vinculadas a esta noción.

En una primera instancia, se describen instrumentos de articulación de la política social implementados en México en los últimos años (precedido por una breve recapitulación de la política social en este país). Posteriormente se señalan las principales características de tres de los programas insignia relacionados con protección social: Oportunidades, Pensión para Adultos Mayores y Seguro Popular. La sección siguiente trata sobre el andamiaje institucional del Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (CONEVAL). Por último se presentan algunas conclusiones generales.

### **5.2. Protección social en México y mecanismos de articulación de políticas de desarrollo social vinculadas a la protección social**

Los programas de protección social en América Latina, de acuerdo con Mesa-Lago (2005), estuvieron cimentados en el principio de solidaridad entre *a*) personas con distintos niveles de ingreso, *b*) la población sana y la población enferma, y *c*) la relación entre generación de activos y pasivos. Este principio de solidaridad varió entre países. Estas diferencias se reflejaron primordialmente en aspectos como la estratificación, la cobertura, los topes de cotización, y la asignación de los recursos de salud. Tradicionalmente el sector informal no era parte de los sistemas de protección social de la región, aunque existen casos que sí contemplaban incitativas para trabajadores por cuenta propia, y en general, tenían una tendencia regresiva en la distribución. No obstante, dependiendo del nivel de cobertura, estratificación y la operación de programas asistenciales y de cobertura a sectores informales, este efecto regresivo fue reducido o incluso revertido en algunos casos (*ibíd.*).

En general, en América Latina los sistemas de protección social no están articulados, al menos no al nivel de algunos sistemas europeos. Esto implica la ausencia de coordinación entre instituciones y programas en torno a un conjunto estratégico de medios y metas sociales a largo plazo (CEPAL, 2006). El sistema mexicano no ha sido la

excepción: no existe un esquema explícito de organización pública sino distintos sistemas de salud, educación y pensiones sin un núcleo institucional o sistema protección social que los cohesionen (Lomelí, Foust y Tetreault, 2012).

Estos sistemas o políticas públicas atienden derechos explícitos dispuestos en la constitución del país y otros ordenamientos normativos. Esto es, que existen marcos normativos vinculados con la protección social, aunque no están regulados a partir de un proceso planificado de diseño de política que buscará unificar y consolidar un proyecto de protección social (Lomelí *et al.*, *op cit.*). Es decir, no hay diseño establecido de un sistema de protección social, sino una serie de sub-sistemas o programas diversos en materia de mejoramiento del ingreso, salud, educación, pensiones, entre otros (CONEVAL, 2012a). Por ello, más que un sistema se está ante un conglomerado cuya característica aglutinante es la identificación de los programas y políticas que los comprenden con los objetivos de la protección social. Este sistema (o conglomerado) se integra por dos grandes componentes: 1) las políticas de seguridad social contributivas — asociados al estatus laboral —, y 2) un conjunto de programas sociales no contributivos.

Es por ello que en México la concepción de seguridad social es más acotada que la noción de protección social y no son equivalentes, sino que la primera es una parte de la segunda, y puede definirse como:

[...] un conjunto de prestaciones, programas y planes de aseguramiento creados, administrados y supervisados por el Estado, proveídos principalmente por entidades públicas que tienen como finalidad otorgar beneficios económicos y servicios que permitan compensar los ingresos de un individuo, especialmente al enfrentar situaciones como enfermedad, maternidad, accidente de trabajo o enfermedad profesional, invalidez, vejez y muerte; tiene carácter obligatorio bajo relaciones formales de trabajo, y voluntario mediante la celebración de un contrato o la adquisición de una póliza ante las entidades públicas. (INEGI, 2011a, pág. 3).

El componente de seguridad social está integrado por seguros de salud, pensiones, protección contra accidentes del trabajo e invalidez y está constitucionalmente condicionado a la situación laboral de las personas y segmentado para trabajadores públicos y privados (Lomelí *et al.*, *ibid.*). El siguiente cuadro muestra la afiliación a la seguridad social y el cuadro 5.2 la afiliación a la seguridad social por institución.

**Cuadro 5.1. Población por condición de afiliación a la seguridad social, nacional, 2009**

	Total	Hombres		Mujeres		
	Número de personas	%	Número de personas	%	Número de personas	
Sin afiliación	43 479 016	40,5	21 952 549	42	21 526 467	39
Con afiliación	63 935 370	59,5	30 249 231	57,9	33 686 139	61
No especificado	63 333	0,1	30 075	0,1	33 258	0,1
Total	107 477 719	100	52 231 855	100	55 245 864	100

Fuente: INEGI (2011b).

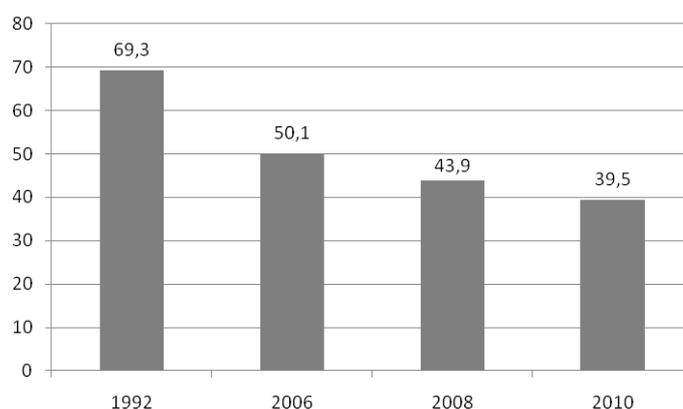
**Cuadro 5.2. Población afiliada por tipo de institución, 2009, nacional**

Tipo de institución	Total	Hombres		Mujeres		
	Número de personas	%	Número	%	Número	%
Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS)	34 545 220	54	16 758 382	55,4	17 786 838	52,8
Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE)	6 057 647	9,5	2 677 439	8,9	3 380 208	10
Sistema de Protección Social en Salud/Seguro Popular (SPSS-Secretaría de Salud) <sup>1</sup>	18 910 718	29,6	8 676 758	28,7	10 233 960	30,4
Otra institución pública <sup>2</sup>	3 431 245	5,4	1 654 788	5,5	1 776 457	5,3
Institución privada <sup>3</sup>	990 540	1,5	481 864	1,6	508 676	1,5
Total	63 935 370	100	30 249 231	100	33 686 139	100

Notas: <sup>1</sup> Comprende a los afiliados al Sistema de Protección Social en Salud. <sup>2</sup> Comprende a los afiliados de Petróleos Mexicanos (PEMEX), Secretaría de la Defensa Nacional, Secretaría de Marina, institutos de seguridad social estatales, y otras del sector público. <sup>3</sup> Comprende a la población que adquirió el derecho a prestaciones y servicios médicos en instituciones privadas contratadas por el empleador o en forma personal mediante prepago.

Fuente: INEGI (2011b).

Por otra parte, el segundo componente del sistema de protección social está constituido por programas no contributivos financiados con impuestos generales y otros ingresos públicos no tributarios, y que además de tener como objetivos la protección de las personas ante choques adversos que pueden afectar sus niveles de consumo, ingreso y capital humano tienen también propósitos redistributivos (CONEVAL, 2012a). Los programas más relevantes de este componente son instrumentados por la Secretaría de Desarrollo Social (SEDESOL) y la Secretaría de Salud.

**Gráfico 5.1. Hogares sin cobertura de programas sociales ni seguridad social, nacional, 1996-2010 (porcentaje)**

Fuente: CONEVAL (2012c).

El sistema de protección social, considerando ambos componentes, brinda una cobertura limitada; es desigual, ya que no solo brinda servicios diferentes a personas con riesgos y necesidades similares (las personas con menores ingresos tienden a obtener beneficios menores), sino que las diferencias en los beneficios recibidos pueden deberse a condiciones como la localidad de residencia o la situación laboral (CONEVAL, 2012a). Aunado a ello, las políticas asociadas a la protección social no responden de manera sistemática a la universalidad ni están directamente asociadas a derechos (CONEVAL, 2012b).

---

A pesar de esfuerzos recientes por ampliar la cobertura de incitativas gubernamentales asociadas a la seguridad social, como el Seguro Popular, la segmentación ha impedido el desarrollo de instrumentos coordinados de política pública y la exclusión de amplios sectores de la población de protección ante eventos catastróficos o choques negativos externos y de servicios básicos de desarrollo social (CONEVAL, 2012b).

No obstante los múltiples mecanismos que se han desarrollado para articular el sistema de protección social, particularmente del componente de no contributivos (éstos se describen en la siguiente sección), la complementariedad de acciones y coordinación no es la idónea. El CONEVAL (2012a) ha identificado programas públicos a nivel federal y estatal dirigidos a la misma población objetivo o destinados a satisfacer el mismo derecho o minimizar riesgos similares sin mediar entre ellos algún vínculo institucional de coordinación y que cuentan con esquemas de financiamiento diferente, lo cual implica a veces duplicidad de esfuerzos y un uso menos eficiente de la capacidad de cobertura.

### **5.2.1. Enfoques de la política social**

En el transcurso de los años, el enfoque de las políticas públicas en el ámbito del desarrollo ha variado. Así, en los años cincuenta y sesenta el crecimiento económico era considerado la variable más importante (y casi única) para reducir los niveles de pobreza y mejorar la calidad de vida de las personas. En los años sesenta hubo un cambio de paradigma. Si bien el crecimiento económico continuó siendo un fundamento importante, hubo una aceptación generalizada que ésta no era la única variable en la que las políticas públicas tenían que incidir para reducir los niveles de pobreza. Las políticas de desarrollo abandonaron su diseño monocromático (dirigidas fundamentalmente al crecimiento económico) tomando en consideración aspectos como la satisfacción de necesidades básicas, la creación de empleos, la reducción de inequidades en ingreso, de género y de acceso a la salud y el incremento de la productividad de la población en situación de pobreza (Banco Mundial, 1980 y 1990). Las experiencias de las últimas décadas del siglo pasado reforzaron la concepción de que las políticas públicas de desarrollo comprenden acciones multidisciplinarias y no están circunscritas a un solo sector.

Para América Latina el enfoque predominante de la política social desde mediados del siglo XX hasta fines de los setenta fue la centralidad de la acción estatal, que definía las características de la oferta y el acceso segmentado a la seguridad social (Mesa-Lago, 1985; Cohen y Franco, 2006). En los ochenta, a partir de la crisis de la deuda externa y las políticas de ajustes que agravaron la pobreza en la región (debido en parte a los cortes en el empleo y el gasto social), el enfoque de la política social se transformó, y las redes mínimas de protección social comenzaron a suplantar el modelo estatista centralizado mediante la focalización de la política social en la población de bajos recursos (Mesa-Lago, 2000). A fines de la década de los ochenta, la presión de los organismos financieros internacionales (como el Fondo Monetario Internacional y el Banco Mundial) para restaurar el equilibrio fiscal les llevó a identificar a la seguridad social como una causa del déficit, pero también como una fuente potencial de financiamiento y desarrollo del mercado de capitales (Mesa-Lago, 1996). Así pues, a finales de esa década y comienzos de los noventa se gestó un cambio en los paradigmas de la política social. Hubo reformas sectoriales importantes en varios países y las políticas contra la pobreza se centraron en los fondos de inversión social y en las redes de protección social. En esos años también inició la propensión a instrumentar programas basados en transferencias monetarias

---

condicionadas (Cohen y Franco, 2006), tan en boga en este nuevo siglo para superar la situación de pobreza en la que viven millones de personas <sup>1</sup>.

### **5.2.2. La política social en México y mecanismos de articulación**

Székely (2002) identifica cuatro fases claramente diferenciables del devenir de la política social en México: *a*) la de sustitución de importaciones, que comprende de los primeros años de la década de los cincuenta a finales de los setenta; *b*) la crisis de la deuda de los ochenta, situada a principios y mediados de los ochenta; *c*) la de reformas estructurales de la segunda mitad de los ochenta y principios de los noventa; y *d*) la de la recuperación del crecimiento económico a partir de 1996. Inclusive, puede añadirse un quinto estado, contextualizado a partir del sexenio 2000-2006, y que podría denominarse como la fase de eliminación de restricciones para la acumulación y utilización de activos y generación de oportunidades productivas.

La primera acción definida del Estado mexicano moderno en materia de política social tuvo lugar en la década de los cuarenta, cuando se funda el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) como organismo encargado de la seguridad social para los trabajadores, y el Departamento de Salubridad y Asistencia adquiere el grado de Secretaría de Estado. Posteriormente, en 1959 se crea el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) (CESOP, 2006; Cordera y Lomelí, 2005). En estos años, y hasta principios de los setenta, la estrategia económica instrumentada por el gobierno mexicano conocida como «desarrollo estabilizador», que se basó en el modelo de sustitución de importaciones, alentó el crecimiento económico, pero también mayores niveles de desigualdad <sup>2</sup>. El crecimiento industrial rebasó la capacidad de los gobiernos locales para dotar de servicios a la población rural (que migró hacia los grandes centros urbanos); y el uso del campo como proveedor de divisas, mano de obra y alimentos baratos al proceso de industrialización aumentó la diferenciación regional (política, social y económica) entre los sectores urbanos y rurales (Cordera y Lomelí, 2005).

En este contexto, a inicios de la década de los setenta se instrumentaron varios programas sociales, como el programa de Caminos de Manos de Obra, el de Unidades de Riesgo para el Desarrollo Rural y el de Atención a las Zonas Áridas Indígenas. En 1973 se crea el Programa de Inversiones Públicas para el Desarrollo Rural Integral (PIDER), cuya finalidad fue integrar los programas destinados al medio rural ejecutados por los gobiernos municipales, estatales y federal. El PIDER dependía de la Presidencia de la República y fue apoyado por organismos internacionales, como el Banco Mundial y el Banco Interamericano de Desarrollo, con la condición de que un cierto porcentaje de sus recursos se destinara a aspectos productivos (Cordera y Lomelí, 2005). Pocos años después, en 1977, inicia operaciones la Coordinación General del Plan Nacional de Zonas Deprimidas y Grupos Marginados (COPLAMAR). El objetivo de este programa fue articular acciones que permitieran que las zonas rurales marginadas contaran con elementos materiales y de

<sup>1</sup> Ejemplo de ello son los siguientes programas: Oportunidades (México), Bolsa-Escola y Bolsa Familia (Brasil), Puente (Chile), Familias en Acción (Colombia), Asignación Familiar (Honduras), Red de Protección Social y Sistema de Atención a Crisis (Nicaragua), Red de Protección y Promoción Social (Paraguay), y Juntos (Perú).

<sup>2</sup> En 1950 el índice de Gini era de 0,520. Para el año de 1963 se registró el mayor índice de desigualdad (0,570). Este no solo es el mayor nivel registrado durante la etapa del desarrollo estabilizador, sino también lo es para el periodo registrado desde 1950 a la fecha (Székely, 2005; PNUD, 2007).

---

organización suficientes para lograr una participación más equitativa de la riqueza nacional. Los estudios realizados por la COPLAMAR sobre la situación de los grupos y áreas marginadas del país permitieron programar acciones específicas en áreas como la salud, abasto alimentario, mejoras en viviendas rurales, ampliación de las redes de agua potable, electrificación, construcción de caminos, y actividades de apoyo a la organización campesina (CESOP, 2006). El Sistema Alimentario Mexicano (SAM) fue otro de los programas que se aplicaron ante la crisis agrícola de la segunda mitad de los setenta. Los objetivos de este programa estaban dirigidos a disminuir el empobrecimiento de la población rural y a aumentar el grado de autosuficiencia en alimentos básicos del sector agropecuario y pesquero (Cordera y Lomelí, 2005).

El COPLAMAR y el SAM fueron los últimos programas instrumentados antes de las primeras reformas y ajustes estructurales provocados por la crisis económica de principios de los ochenta. Con las condiciones macroeconómicas de estos años como trasfondo, el gobierno de Miguel de la Madrid redujo el gasto social sustancialmente: el porcentaje del gasto social con relación al PIB pasó de 9 por ciento en 1981-1982 a un promedio de 6,4 por ciento en los siguientes 5 años y a 5,7 por ciento en 1988 (Carmona, 2010). A partir de 1983, programas sociales como el COPLAMAR y el SAM fueron eliminados, y la política social se sometió a criterios de austeridad fiscal y mayor eficiencia en el uso de los recursos (Cordera y Lomelí, 2005; SHCP, 1994).

La siguiente fase en el devenir de la política social comenzó en 1988. Con el objetivo de mitigar las consecuencias que los ajustes económicos y el estancamiento de la economía tuvieron en los estratos más pobres de la sociedad mexicana se crearon programas específicos de compensación y promoción social, siendo el Programa Nacional de Solidaridad (PRONASOL) el más representativo de esta nueva etapa. El PRONASOL se instrumentó bajo dos criterios básicos que lo diferenciaron de las políticas públicas de desarrollo social anteriores: la focalización y la participación social. Esta última se dio con la participación de los beneficiarios en la toma de decisiones relacionadas con el tipo y monto de apoyo que se otorgaban; y la focalización significó una alternativa a la provisión de subsidios abiertos a la población en general de las fases anteriores (Székely, 2002). No obstante, una característica inherente al PRONASOL fue su carácter clientelar y político (Díaz-Cayeros, Magaloni y Estévez, 2006). Aun así, marcó un antecedente importante y novedoso de política social al haber aplicado criterios de focalización y acciones compensatorias y de generación de capital social como parte de la política pública de combate a la pobreza (Székely, 2002; Cordera y Lomelí, 2005).

En la segunda mitad de la década de los noventa inicia lo que Székely identifica como la cuarta fase de las políticas sociales. Los cambios en la economía local y mundial (con énfasis en la integración de mercados y competitividad) tuvieron consecuencias importantes para la política social en el país, y el tener amplios sectores de la población en condiciones de marginación constituiría una desventaja en los mercados mundiales si es que México aspiraba a ser un país competitivo (Székely, 2002). En esta fase se dan los primeros pasos para institucionalizar la evaluación en la política social. En 1996, se incorporan disposiciones en el Presupuesto de Egresos de la Federación (PEF) para transparentar y hacer más eficientes el uso de los recursos, y tres años después el decreto del PEF obliga al poder ejecutivo a publicar en el Diario Oficial de la Federación (DOF) reglas de operación para los programas de subsidios (Levy, 2000; Medina, 2000). En estos años

---

se oficializa también la obligación, por parte de la SEDESOL, de realizar evaluaciones de ciertos programas (Medina, 2000)<sup>3</sup>.

En un contexto de crecimiento económico — en el que el gobierno pudo destinar mayores recursos a programas sociales — e integración de mercados surge, en 1997, el Programa de Educación, Salud y Alimentación (PROGRESA), que marcó un hito en el diseño de la política social y en la consolidación de las prácticas de evaluación en México. PROGRESA substituyó al PRONASOL y buscó facilitar el que las familias de ingresos bajos accedieran a niveles suficientes de nutrición y cuidado de su salud, así como beneficiarse de la formación de capacidades que se adquieren a través de una educación básica adecuada. Esto es, que las familias pudieran satisfacer las necesidades básicas de educación, salud y alimentación para el desarrollo y el bienestar de sus integrantes (SEDESOL, 1999).

PROGRESA fue un programa pionero de transferencias monetarias condicionadas instrumentado en México, y como tal proporcionó beneficios a su población objetivo a cambio del compromiso (corresponsabilidad) de las familias de invertir en la salud y educación de sus integrantes. En su diseño y operación se consideraron aspectos novedosos como la focalización, el enfoque de género, la evaluación de impacto, y criterios de selección científicamente establecidos.

En la administración federal (2000-2006) la política social se centró en la eliminación de restricciones que impiden y/o dificultan la acumulación de activos, y en el acceso a oportunidades para utilizarlos productivamente. La tesis que subyace en este enfoque es que la pobreza es producto, primordialmente, de la elevada desigualdad en la posesión de recursos y no de la incapacidad de la economía para generar bienes y servicios para toda la sociedad (Székely, 2002). Con este marco, se diseñó la estrategia Contigo, que fue el mecanismo mediante el cual se buscó articular todos los programas de la política social federal para aumentar su efectividad.

Con el propósito de articular las acciones de la estrategia Contigo se constituyó el Gabinete de Desarrollo Social y Humano, integrado por las secretarías de Desarrollo Social; Desarrollo Agrario, Territorial y Urbano; Educación Pública; Salud; Trabajo y Previsión Social; y Agricultura, Ganadería, Desarrollo Rural, Pesca y Alimentación, así como por el IMSS, el ISSSTE, y la oficina presidencial para los Pueblos Indígenas, Discapacitados, Mujeres, y Mexicanos en el Exterior. El Gabinete era coordinado por una Junta Ejecutiva encabezada por los titulares de la SEDESOL, la Secretaría de Educación y la Secretaría de Salud, quienes de forma rotativa presidían la Junta y el Gabinete (Székely, 2002).

Contigo concentró sus acciones en cinco vertientes: *i*) oportunidades para que todos puedan acceder por igual a mejores condiciones de vida a través de su propia iniciativa en un ambiente económico y social propicio para ello; *ii*) el desarrollo y la ampliación de capacidades de los miembros de las familias; *iii*) seguridad de que todos los mexicanos podrán acceder a instituciones sociales, políticas y administrativas ante circunstancias que atenten contra su desarrollo humano y social; *iv*) la formación de un patrimonio cierto que les permita emprender nuevas actividades y tomar decisiones de largo plazo para asegurar el progreso y bienestar de los hijos; y *v*) la equidad (SEDESOL, 2001). Cada una de estas

<sup>3</sup> En 1999 la SEDESOL encargó a evaluadores externos el análisis de los programas Atención a Jornaleros Agrícolas, Empresas sociales con capital de riesgo, Maestros jubilados, Servicio Social Comunitario, Programa productivo para mujeres, Crédito a la palabra, y Capital de riesgo (Medina, 2000).

vertientes se relacionó con un programa insignia operado por alguna de las distintas dependencias federales del sector social (cuadro 5.3).

**Cuadro 5.3. Programas correspondientes a cada vertiente de la estrategia Contigo**

Vertiente	Programa
Oferta de servicios	—————> Estrategia Microrregiones (11 Secretarías de estado)
Ampliación de capacidades	—————> Programa Oportunidades (SEDESOL, SEP, Salud)
Generación de opciones	—————> Crédito a la palabra (SAGARPA, SEDESOL)
Formación de patrimonio	—————> Programa de Vivienda Progresiva (SEDESOL, ISSSTE)
Provisión de protección	—————> Seguro Popular (Salud)

Fuente: Székely (2002).

Un logro importante de estos años en materia de política social fue la adopción de un método oficial de medición de la pobreza, área trascendental para las políticas públicas de desarrollo social. Por ejemplo, los datos arrojados por ésta inciden directamente en la formulación de las políticas y los programas sociales; también es necesario conocer la magnitud de la pobreza para evaluar la eficacia de las acciones emprendidas para erradicarla y para identificar acertadamente a la población objetivo de los programas dedicados al combate contra la pobreza (Boltvinik, 2001). En México no se contaba con un método oficial de medición de la pobreza, por lo que cada programa y cada oficina gubernamental adoptaba sus propios indicadores y umbrales de la misma (*ibíd.*). Ante esta situación, la Secretaría de Desarrollo Social convocó a un grupo de especialistas para conformar el Comité Técnico para la Medición de la Pobreza con el objeto de discutir la metodología para construir el índice de pobreza que será utilizado para evaluar la evolución de la misma, así como el impacto de las acciones que el gobierno realiza para erradicarla. En el año 2002, el Comité Técnico para la Medición de la Pobreza en México propuso una metodología de medición de la pobreza, la cual fue adoptada por el Gobierno Federal como oficial. Esta metodología no es ajena a la polémica y discusión que suscita en los ámbitos académicos y de gobierno del mundo entero el tema de cómo medir de manera certera y cierta los niveles de pobreza y/o la población que vive en ella<sup>4</sup>.

Durante esta administración federal se aprueba y publica, en el año 2004, la Ley General de Desarrollo Social (LGDS). Esta ley constituye una reforma estructural que busca crear un marco jurídico que reconozca y atienda, de manera integral, el desarrollo social para cumplir con la necesidad de instituir las medidas que permitan sentar las bases que aseguren el acceso de los mexicanos al desarrollo sin que medie motivo alguno para cualquier tipo de discriminación. También pretende establecer las premisas sobre las que se articularán las políticas públicas que permitan la concurrencia de los tres niveles de gobierno en la planeación, diseño y ejecución de las acciones, así como la participación de los sectores público, social y privado (Comisión de Desarrollo Social, 2003). Es decir, busca institucionalizar la política social en una política de Estado, ajena al contexto político y a los intereses particulares de la administración en turno.

<sup>4</sup> El número de personas en pobreza y la intensidad de su pobreza varían de acuerdo al método de medición de la pobreza utilizado. No hay consenso internacional en la materia sobre cuál es el método más adecuado, y su discusión es compleja y amerita un análisis profundo que no es materia de estecapítulo.

---

Con el objeto de integrar, coordinar y concertar las estrategias y programas de desarrollo social, la LGDS establece la creación de la Comisión Nacional de Desarrollo Social. La Comisión está integrada por los titulares de las Secretarías de Desarrollo Social (quien preside la Comisión); Educación Pública; Salud; Trabajo y Previsión Social; Agricultura, Ganadería, Desarrollo Rural, Pesca y Alimentación; así como Medio Ambiente y Recursos Naturales. Además del titular de la dependencia responsable del desarrollo social en cada gobierno de las entidades federativas, se establece un representante de cada una de las asociaciones nacionales de autoridades municipales, legalmente reconocidas, y por los presidentes de las comisiones de Desarrollo Social de las Cámaras de Diputados y de Senadores. Entre otros aspectos, la Comisión está facultada para proponer políticas públicas de desarrollo social; proponer criterios para la planeación y ejecución de las políticas y programas de desarrollo social en los ámbitos regional, estatal y municipal, y proponer mecanismos de financiamiento y distribución de recursos federales para el desarrollo social (DOF, 2004).

Otra entidad de articulación que contempla la LGDS es la Comisión Intersecretarial de Desarrollo Social. Este instrumento se creó para coordinar las acciones del Ejecutivo Federal y garantizar la integralidad en el diseño y ejecución de la política de desarrollo social. Forman parte de este organismo los titulares de las Secretarías de Desarrollo Social; Gobernación; Hacienda y Crédito Público; Educación Pública; Salud; Medio Ambiente y Recursos Naturales; Energía; Economía; Agricultura, Ganadería, Desarrollo Rural, Pesca y Alimentación; Comunicaciones y Transportes; la Función Pública; Trabajo y Previsión Social; Reforma Agraria; y Turismo. Algunas de las atribuciones de la Comisión Intersecretarial son recomendar medidas que fomenten la compatibilidad de las políticas de desarrollo social y económica; revisar los términos de los convenios de coordinación entre el Gobierno Federal y las entidades federativas en materia de desarrollo social; y proponer los montos y partidas del gasto social para la conformación del ante proyecto de PEF (DOF, 2004).

Durante el mandato del Presidente Calderón Hinojosa, la política social se agrupó en una estrategia denominada Vivir Mejor. Mediante este mecanismo se pretendía coordinar la oferta programática en materia de desarrollo social, alineando las políticas públicas de las diversas dependencias a través de los mecanismos de coordinación definidos en la LGDS, como la Comisión Nacional de Desarrollo Social y la Comisión Intersecretarial de Desarrollo Social. La estrategia Vivir Mejor tuvo como objetivos los siguientes (Gobierno Federal, 2008):

- Permitir a las personas y familias una participación social plena, libre y equitativa, al desarrollar y potenciar sus capacidades básicas a través del acceso a la alimentación, educación, salud, vivienda, infraestructura social básica para los hogares y las comunidades, e identidad jurídica de las personas.
- Otorgar protección y certeza a las personas y las comunidades para enfrentar contingencias, tanto a lo largo del curso de vida, como ante condiciones adversas del entorno (derivadas de fenómenos como las condiciones de vulnerabilidad, gastos catastróficos, fluctuaciones económicas, desastres naturales y ambientales).
- Cuidar y mejorar el entorno, propiciando la cohesión del tejido social, así como un desarrollo ordenado y regionalmente equilibrado del territorio.
- Elevar la productividad de las personas para que cuenten con mejores opciones de empleo e ingreso que permitan reducir la pobreza.
- Incorporar criterios de sustentabilidad ambiental en la política social.

---

Estos objetivos se enmarcaron en tres líneas de acción: el desarrollo de capacidades básicas, la consolidación de una red de protección social, y el establecimiento de puentes comunicadores hacia un desarrollo económico sostenido y sustentable. A su vez, los esfuerzos sociales instrumentados por el gobierno se alinearon con alguna de estas acciones.

Programas destinados al desarrollo de capacidades básicas para la adquisición de las habilidades necesarias para mejorar las condiciones de vida se identificaban con la primera línea de acción. Aquellos mecanismos que fungen como articulación y ejecución de programas que buscan reducir la vulnerabilidad de las personas debido a desigualdades de género, edad o condición étnica, o contingencias económicas o naturales encajaron dentro de las redes de protección social. Mientras que las políticas públicas que vinculaban y potenciaban las capacidades de la población con las oportunidades para el desarrollo económico correspondieron a la tercera línea (Gobierno Federal, 2008; SEDESOL, 2012a). Sin embargo, estas categorías no son mutuamente excluyentes. Por ejemplo, los programas Oportunidades, Seguro Popular y las iniciativas que brindan pensiones a los adultos mayores (mismos que se analizan con detalle) corresponden a más de una línea de acción.

La administración federal que tomó posesión en diciembre de 2012 publicó en enero del 2013 los lineamientos de la Cruzada Nacional contra el Hambre. Este instrumento se define como una estrategia de inclusión y bienestar social, que se implementará a partir de un proceso participativo de amplio alcance. Su propósito es conjuntar esfuerzos y recursos de la Federación, las entidades federativas y los municipios, así como de los sectores público, social y privado y de organismos e instituciones internacionales, para el cumplimiento de los objetivos consistentes en cero hambre. Las medidas para alcanzar dichos objetivos son: promover una alimentación y nutrición adecuadas de las personas en pobreza multidimensional extrema y en carencia de acceso a la alimentación; eliminar la desnutrición infantil aguda y mejorar los indicadores de peso y talla de la niñez; aumentar la producción de alimentos y el ingreso de los campesinos y pequeños productores agrícolas; minimizar las pérdidas post-cosecha y de alimentos durante su almacenamiento, transporte, distribución y comercialización y promover la participación comunitaria para la erradicación del hambre.

Para la consecución de sus objetivos, se ha dispuesto que los Programas del Gobierno Federal puedan apoyar y ser parte de su instrumentación y se creó la Comisión Intersecretarial, integrada por los titulares de las secretarías (o ministerios), para coordinar, articular y complementar las acciones, programas y recursos necesarios para el cumplimiento de los objetivos previstos (DOF, 2013a).

### **5.3. Programas vinculados a la protección social**

#### **5.3.1. Pensión para los adultos mayores**

En México, los planes de pensiones pueden clasificarse por *a)* el tipo de contribuciones o beneficios, *b)* el financiamiento y *c)* el sector que ofrece o administra la pensión (Solís y Villagómez, 1999).

En el primer caso, se distinguen dos planes de pensión: las de prestación definida en las que se especifica el monto al que tendrá derecho el asegurado al retirarse (el monto de la pensión se define a partir del cumplimiento de un tiempo o número determinado de cotizaciones y del salario percibido por el trabajador durante un periodo establecido o durante toda su vida laboral); y las de cotización definida, donde se especifica el monto de

las cotizaciones del trabajador pero no se definen las prestaciones, ya que éstas dependerán de la acumulación de cotizaciones y de su capitalización.

Considerando el aspecto del financiamiento existen también dos tipos de planes de pensiones. En el sistema de reparto las cotizaciones se concentran en un fondo común que se utiliza para pagar las pensiones. Aquí las cotizaciones de los trabajadores activos permiten pagar las pensiones de los inactivos. Por el contrario, en los planes de capitalización individual las cotizaciones se acumulan en un fondo de reserva que es invertido en instrumentos de mercado, cuyos rendimientos se suman al monto que será pagado al pensionado.

En cuanto tipos de institución que administran las pensiones las hay públicas y privadas. Los planes públicos son creados por el Estado. Su administración está a cargo de agencias gubernamentales o privadas y generalmente son obligatorios. Los planes privados son ofrecidos por el sector asegurador, son voluntarios, de capitalización individual y las prestaciones dependen de las cotizaciones. No obstante que las modificaciones al sistema de pensiones acarreó la aparición de múltiples administradoras de fondos de retiro, son las instituciones gubernamentales (IMSS e ISSSTE) las que concentran la mayoría de las cuentas de retiro (cuadro 5.4).

**Cuadro 5.4. Indicadores básicos de población pensionada, nacional, 2009**

	Número de personas	Porcentaje
<b>Institución que otorga la pensión</b>		
IMSS	2 604 169	72
ISSSTE	701 110	19,4
Otra <sup>1</sup>	314 022	8,7
Total	3 619 301	100
<b>Tipo de pensión</b>		
Directas <sup>2</sup>	2 788 805	77,1
Derivadas <sup>3</sup>	716 265	19,8
No especificadas	114 231	3,2
Total	3 619 301	100
<b>Duración de la pensión</b>		
Menos de un año	211 385	5,8
De 1 a 3 años	704 018	19,5
De 3 a 10 años	1 435 109	39,7
Más de 10 años	1 063 113	29,4
No especificado	205 676	5,7
Total	3 619 301	100
<b>Monto mensual de la pensión<sup>4</sup></b>		
Hasta 1 salario mínimo	720 889	19,9
De 1 a 2 salarios mínimos	1 304 553	36
Más de 2 salarios mínimos	979 788	27,1
No especificado	614 071	17
Total	3 619 301	100

Notas: <sup>1</sup> Comprende a PEMEX, Instituto de Seguridad Social para las Fuerzas Armadas Mexicanas (ISSFAM), institutos de seguridad social estatales, otras instituciones del sector público y planes privados de seguro. <sup>2</sup> Comprende pensiones por retiro, vejez o cesantía y riesgo de trabajo, así como pensiones análogas. <sup>3</sup> Comprende pensiones por viudez, orfandad y ascendencia. <sup>4</sup> En 2009, el salario mínimo general fue de 53,19 pesos mexicanos (MXN) diarios. El promedio del tipo de cambio peso-dólar en 2009 fue de 13,49 pesos mexicanos (Banco de México, 2013).

Fuente: INEGI (2011b), pág. 22.

El sistema nacional de pensiones en México está conformado solo de regímenes contributivos y no se incluye a aquellos no contributivos, al menos no de forma tácita. Sin embargo, a partir del 2007, año en que inicia operaciones la pensión alimentaria del gobierno del Distrito Federal (esto es, el gobierno de la Ciudad de México), los programas de pensión para adultos mayores con base no contributivas se han incrementado, y es en esta categoría que se inserta el Programa de Pensión para Adultos Mayores de la SEDESOL.

En el 2008, se le añadió un componente más al programa Oportunidades con el objeto de brindar apoyos monetarios a los adultos de 70 años o más de edad. El apoyo quedó sujeto a la asistencia a las citas programadas con el personal de salud y a los cursos de capacitación para el cuidado de la salud (DOF, 2008). Casi al unísono, el gobierno federal puso en operación el Programa 70 y más, con el propósito de contribuir a la protección social de los adultos mayores. La población objetivo era todo aquel mexicano con al menos 70 años de edad que no recibiera ingresos por conceptos de pago de jubilación o pensión y que no formara parte del componente de adultos mayores de Oportunidades.

De acuerdo a la normatividad de SEDESOL, el Programa 70 y más brindaba *i)* apoyo económico de 500 pesos mensuales con entregas bimestrales, así como apoyo económico por un monto de mil pesos como pago de marcha por única ocasión, por concepto de defunción; *ii)* apoyos para la incorporación de las y los beneficiarios al esquema de bancarización; *iii)* servicios o apoyos dirigidos a aminorar el deterioro de la salud física y mental, así como los riesgos por pérdidas en el ingreso de los adultos mayores; y *iv)* servicios o apoyos para atenuar los riesgos por pérdidas en el ingreso o salud. A junio de 2012, el programa tenía poco más de 2,8 millones de beneficiarios, aproximadamente (SEDESOL, 2012a).

En 2013, esta iniciativa pública derivó en el Programa de Pensión para Adultos Mayores (véase cuadro 5.5) con el propósito de incrementar los ingresos y contribuir a disminuir el deterioro de la salud física y mental de la población con 65 o más años de edad que no recibe ingresos por concepto de pago de jubilación o pensión de tipo contributivo, mediante el otorgamiento de apoyos económicos, así como de participación y protección social (DOF, 2013b).

**Cuadro 5.5. Programa de Pensión para Adultos Mayores de la SEDESOL**

Tipo de apoyo	Descripción	Características del apoyo
Apoyos económicos directos	Apoyos económicos mensuales con entregas bimestrales	525 pesos mexicanos mensuales
	Apoyo económico de pago de marcha por única ocasión	1.050 pesos mexicanos
Apoyos para la inclusión financiera	Apoyos para las y los beneficiarios del Programa que les permitan su incorporación al sistema financiero nacional.	Favorecer y fomentar el acceso a los servicios y productos bancarios, incluyendo el otorgamiento de una tarjeta electrónica asociada a una cuenta bancaria en la que reciban sus apoyos económicos.
Acciones para aminorar el deterioro de la salud física y mental	Servicios o apoyos dirigidos a aminorar el deterioro de la salud física y mental, así como los riesgos por pérdidas en el ingreso de las y los adultos mayores, mediante la Red Social, de acuerdo a las siguientes técnicas de participación: Grupos de Crecimiento, Campañas de Orientación Social Jornadas y Sesiones Informativas	Fomentar la participación social mediante actividades relacionadas con: <ul style="list-style-type: none"> <li>■ promoción de los derechos humanos</li> <li>■ desarrollo personal</li> <li>■ cuidados de la Salud</li> <li>■ cuidado del medio ambiente</li> <li>■ constitución y desarrollo de comités comunitarios.</li> </ul>

Tipo de apoyo	Descripción	Características del apoyo
Acciones para la protección social	Servicios o apoyos para atenuar los riesgos por pérdidas en el ingreso o salud	Promover la obtención de la credencial del Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores (INAPAM). Promover el acceso a los servicios de salud (Seguro Popular). Promover el cuidado de la salud y fomentar la capacitación de las y los cuidadores de la población. Rehabilitación, acondicionamiento y equipamiento de casas de día para la atención de la población de adultos mayores.

El promedio del tipo de cambio en el periodo enero-junio de 2013 fue de 12,56 pesos (Banco de México, 2013).

Fuente: DOF (2013b).

### 5.3.2. Sistema Nacional de Protección Social en Salud

El sistema de salud en México está compuesto por dos sectores: el privado y el público. El primero de ellos está integrado por las compañías aseguradoras y prestadoras de servicios que trabajan en hospitales, clínicas y consultorios privados.

Por otra parte, dentro del sector público se hallan *a)* las instituciones de seguridad social *b)* y las secretarías y programas que atienden a la población sin seguridad social. Como parte del primer grupo se encuentran el IMSS (responsable de brindar servicios a los trabajadores del sector privado); el ISSSTE (atiende a los empleados del gobierno federal); PEMEX; los institutos estatales de seguridad social; la Secretaría de la Defensa, y la Secretaría de Marina (todos estos otorgan servicios y prestaciones a los trabajadores de sus propias dependencias). Los Servicios Estatales de Salud, el Programa IMSS/Oportunidades y, a partir del 2004, el Seguro Popular, son las entidades y programas que atienden a la población sin seguridad social (INEGI, 2011a; Gómez Dantés *et al.*, 2011). El cuadro 5.6 muestra el número de personas que acudieron al sistema de salud mexicano en 2009.

**Cuadro 5.6. Tipo de servicio médico al que se acudió más frecuentemente en el último año, 2009**

	Número de personas	Porcentaje
No acudió a ninguno	45 135 806	42
IMSS	17 125 783	15,93
ISSSTE	3 334 605	3,10
Secretaría de Salud	18 789 089	17,48
Otro servicio médico público <sup>1</sup>	3 343 044	3,11
Servicio médico privado <sup>2</sup>	19 749 392	18,38
Total	107 477 719	100

Notas: <sup>1</sup> Comprende los servicios médicos del IMSS/Oportunidades, PEMEX, Secretaría de la Defensa, Secretaría de Marina, institutos de seguridad social estatales, y otras del sector público. <sup>2</sup> Incluye los servicios médicos privados en cualquier nivel de atención, adquiridos con gasto de bolsillo o mediante prepago.

Fuente: INEGI (2011b).

Los trabajadores (activos y jubilados) del sector formal de la economía, y sus familias, son los beneficiarios de los institutos de seguridad social. Los trabajadores informales, las personas autoempleadas y toda aquella fuera de los mercados formales de trabajo, al igual que sus respectivos dependientes recurren a los servicios para población no derechohabiente de los diferentes sistemas de seguridad social (Gómez Dantés *et al.*, 2011).

La segmentación en la atención en materia de salud para la población general en México es todavía una de sus características. Sin embargo, hace un decenio el grado de segmentación era mayor, particularmente para las personas ajenas a los mercados formales de trabajo. No existían, por ejemplo, instrumentos que garantizaran el acceso a los servicios de salud para la población no derechohabiente, y en muchas ocasiones los cuidados que recibían no eran los adecuados y tenían que sufragar con sus propios recursos (gasto de bolsillo) los mismos, especialmente por servicios médicos y medicinas. En suma, el sistema de salud se caracterizaba por un bajo gasto en materia de salud por parte del gobierno, un predominio del gasto de bolsillo (y por ende privado), una desigual distribución de los recursos públicos entre personas pertenecientes a una institución de seguridad social y las que no; y una inequitativa participación y contribución de los gobiernos locales al financiamiento en salud (Knaut *et. al.*, 2012). Bajo este escenario, en 2003 se aprobó una reforma a la Ley General de Salud que dio origen al Sistema de Protección Social en Salud (SPSS) y a su brazo operativo: el Seguro Popular.

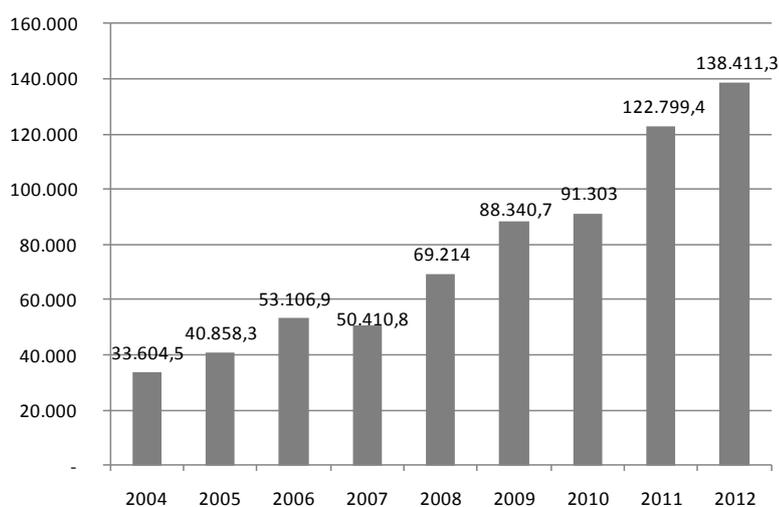
Mediante el SPSS, el Estado busca brindar:

[...] el acceso efectivo, oportuno, de calidad, sin desembolso al momento de la utilización y sin discriminación a los servicios médico quirúrgicos, farmacéuticos y hospitalarios que satisfagan de manera integral las necesidades de salud, mediante la combinación de intervenciones de promoción de la salud, prevención, diagnóstico, tratamiento y de rehabilitación, seleccionadas de forma prioritaria según criterios de seguridad, eficacia, costo, efectividad, adherencia a normas éticas profesionales y aceptabilidad social (DOF, 2003).

Es decir, es un sistema de aseguramiento a población con necesidades de salud no cubiertas por otras instituciones con el propósito de garantizar el derecho a los servicios de salud sin menoscabo de su situación financiera particular.

El Seguro Popular consolida los recursos económicos para, a través de distintos mecanismos, financiar el costo de los servicios de salud para la población que lo requiere y garantiza el acceso a un paquete de intervenciones de salud, con sus respectivos medicamentos en instalaciones de la Secretaría de Salud o de los Servicios Estatales de Salud, generalmente. El gráfico 5.2 muestra el presupuesto de Seguro Popular y el gráfico 5.4, el número de afiliados al Seguro Popular desde 2004.

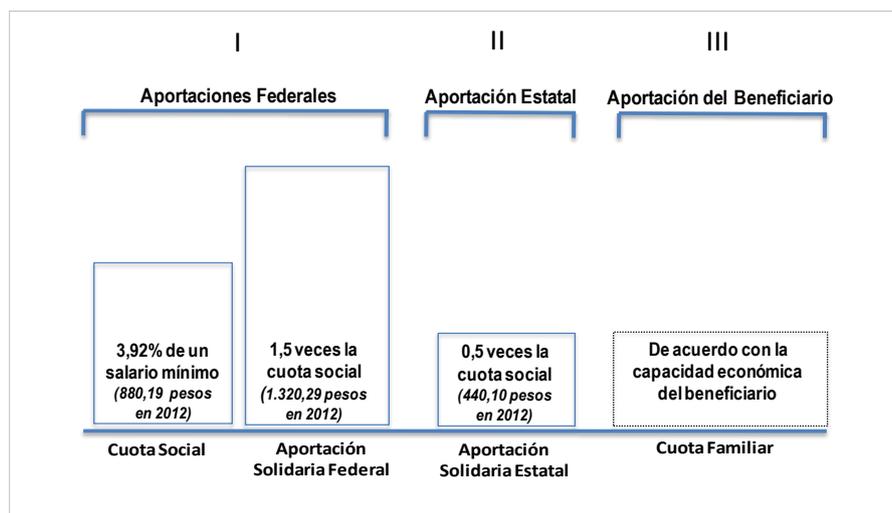
**Gráfico 5.2. Presupuesto asignado al Seguro Popular (en millones de pesos), 2004-2012**



Fuente: Secretaría de Salud (2012).

El esquema de financiamiento que se estableció para el SPSS es tripartito, con contribuciones del gobierno federal, los gobiernos estatales y los individuos. El gobierno federal realiza una aportación anual por persona afiliada al SPSS. Ésta se integra por una Cuota Social por persona afiliada (880,19 pesos en 2012); y una Aportación Solidaria Federal por persona afiliada, la cual debe representar al menos una y media veces el monto de la Cuota Social (el promedio nacional en 2012 fue de 1.320,29 pesos) (Secretaría de Salud, 2012).

**Gráfico 5.3. Esquema tripartito de aportación anual por persona, 2012**

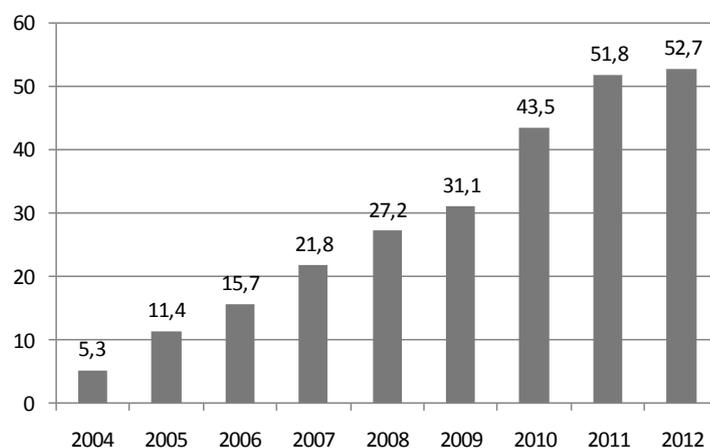


El promedio del tipo de cambio peso-dólar en 2012 fue de 13,16 pesos (Banco de México, 2013).  
Fuente: Secretaría de Salud (2012).

Las entidades federativas efectúan una Aportación Solidaria Estatal por persona beneficiaria. Ésta debe ser al menos en un monto equivalente a la mitad de la Cuota Social (el monto mínimo de este concepto fue de 440,10 pesos por persona en el 2012) (Secretaría de Salud, 2012).

Las personas afiliadas al SPSS contribuyen con cuotas familiares que son anticipadas, anuales y progresivas; esto es, que se establecen con base a las condiciones socioeconómicas determinadas a partir de la evaluación socioeconómica realizada durante el proceso de afiliación. Las personas/hogares ubicadas en los primeros cuatro deciles de ingresos están exentos de la cuota anual (Secretaría de Salud, 2012).

**Gráfico 5.4. Crecimiento acumulado de afiliados al Seguro Popular (en millones), 2004-2012**



Fuente: Secretaría de Salud (2012).

Con el financiamiento del SPSS (mayoritariamente público) se cubren las intervenciones y medicamentos contenidos en el Catálogo Universal de Servicios de Salud (CAUSES); así como el Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos (FPGC) (cubre las intervenciones definidas como catastróficas) y el Fondo de Previsión Presupuestal (FPP) (destinado al fortalecimiento de la infraestructura en salud para atender necesidades de atención primaria y las especialidades básicas; y para atender, en materia presupuestal, un eventual e inesperado incremento de la demanda de servicios de salud). En la atención al CAUSES se destina el 89 por ciento del total de los recursos gubernamentales aportados para la operación financiera del SPSS. Un 8 por ciento se canaliza al FPGC y el resto al FPP (Secretaría de Salud, 2012).

Aunado al CAUSES y el FPGC, el SPSS considera otros programas para fortalecer la atención en materia de salud, como el Programa Seguro Médico para Una Nueva Generación, el componente de salud del Programa Oportunidades y el Programa Nacional de Cirugía Extramuros (*ibíd.*).

#### Recuadro 5.1

##### Mecanismos utilizados por el SPSS para dar cobertura en salud a la población

- a) El CAUSES: cubre la totalidad de las intervenciones del primer nivel de atención médica y la mayoría de los padecimientos reportados como principales egresos hospitalarios.
- b) El FPGC: diseñado para financiar la atención de enfermedades consideradas catastróficas. Este fondo cubre 58 intervenciones agrupadas en 17 conglomerados: cáncer cérvico-uterino, VIH/SIDA, cuidados intensivos neonatales, cataratas, cáncer de niños y adolescentes, trasplante de médula ósea en menores de 8 años, trasplante de médula ósea en mayores de 18 años, cáncer de mama, cáncer de testículo, Linfoma No Hodgkin, trastornos quirúrgicos congénitos y adquiridos, trasplante de córnea, enfermedades Lisosomales en menores de 10 años, hemofilia en menores de 10 años, infarto agudo al miocardio en menores de 60 años, cáncer de próstata, y trasplante de riñón.
- c) El Programa Seguro Médico para una Nueva Generación (SMNG): protege a los niños con un seguro médico de cobertura amplia contra todas las enfermedades de este grupo de edad, adicionales a las cubiertas por el CAUSES y por el FPGC.
- d) El Componente de Salud del Programa Oportunidades: otorga a los beneficiarios de este programa un paquete básico garantizado de salud, acciones en materia de capacitación para la salud y la provisión de suplementos alimenticios a niños y a mujeres embarazadas y en lactancia.
- e) La estrategia Embarazo Saludable: da prioridad de afiliación y atención a mujeres embarazadas que no cuentan con seguridad social en salud.
- f) El Programa Nacional de Cirugía Extramuros (PNCE): pone al alcance de los hogares con mayores rezagos, cerca de su lugar de residencia, servicios de cirugía general, oftalmología, ortopedia y cirugía reconstructiva, entre otros.

Fuente: Secretaría de Salud (2012).

### 5.3.3. PROGRESA/Oportunidades

Ante las secuelas de la crisis de 1994-95 y el replanteamiento de las estrategias de mejoramiento de las condiciones de bienestar de la población en situación de pobreza, inicia operaciones en 1997 el programa federal PROGRESA/Oportunidades (Levy y Rodríguez, 2003). PROGRESA/Oportunidades se concibió para ampliar las oportunidades y complementar el ingreso de familias que vivían en condiciones de pobreza extrema. El programa buscaba eliminar los obstáculos que dificultan a las familias pobres acceder a niveles suficientes de nutrición y cuidado de su salud, así como beneficiarse de la formación y capacidades que se adquieren en la educación básica (SEDESOL, 1999). Para ello el programa se integró con tres componentes: apoyos educativos que facilitarían a los niños y jóvenes cursar la educación básica; atención a la salud básica de todos los

miembros de la familia; y apoyos para mejorar el consumo alimenticio y el estado nutricional de los miembros más vulnerables de la familia (Levy y Rodríguez, 2003).

**Recuadro 5.2**  
**Objetivos del PROGRESA**

- Mejorar sustancialmente las condiciones de educación, salud y alimentación de las familias pobres, particularmente de los niños, niñas y de sus madres.
- Integrar estas acciones para que el aprovechamiento escolar no se vea afectado por la falta de salud o la desnutrición de los niños y jóvenes, ni porque realicen labores que dificulten su asistencia escolar.
- Procurar que los hogares dispongan de medios y de recursos suficientes para que sus hijos completen la educación básica.
- Inducir la responsabilidad y la participación activa de los padres y de todos los miembros de las familias en favor del beneficio que significa para los niños y los jóvenes mejorar su educación, salud y alimentación.
- Promover la participación y el respaldo comunitario en las acciones de PROGRESA para que los servicios educativos y de salud beneficien al conjunto de las familias de las localidades donde opera, así como sumar los esfuerzos e iniciativas comunitarias en acciones similares o complementarias al Programa.

Fuente: SEDESOL (1999).

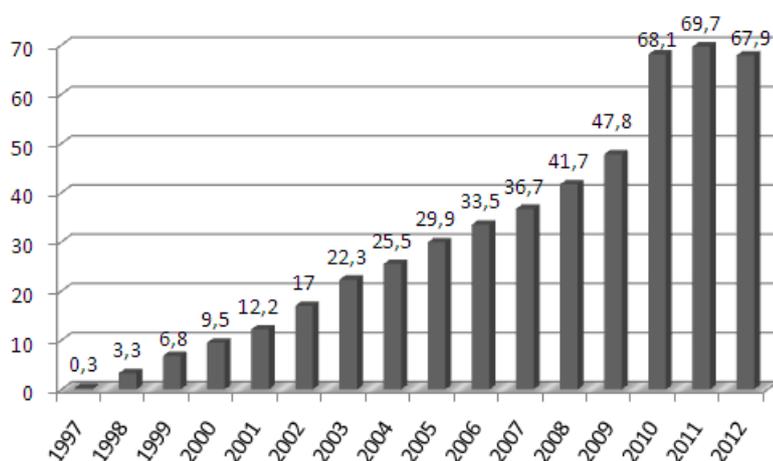
En 1995 se realizó una prueba piloto del programa — en ese entonces conocido como Programa Integral de Educación, Salud y Alimentación (PIESA) — para, entre otros aspectos, analizar la factibilidad operativa de un programa de transferencias monetarias condicionadas. Una de las conclusiones que arrojó la prueba piloto fue que era necesario diseñar un organismo ex profeso para la operación de lo que sería el PROGRESA/Oportunidades, ya que ninguna agencia gubernamental tenía los incentivos para coordinar un programa como este (Levy, 2006). Así se creó la Coordinación Nacional de Oportunidades. Esta entidad es un organismo descentralizado de la SEDESOL y tiene como funciones primordiales identificar e incorporar beneficiarios, coordinar las acciones para el cumplimiento y verificación de las corresponsabilidades, realizar las transferencias monetarias, entre otras. Esto implica que las acciones y prestación de servicios de educación y salud no son facultad de la Coordinación de Oportunidades; estos servicios son parte de las funciones de las respectivas Secretarías. Son miembros de las instituciones educativas y médicas estatales los que verifican y registran el cumplimiento de las corresponsabilidades. Luego Oportunidades, con la supervisión de los Comités Técnicos Estatales, recibe esta información por vía electrónica, la procesa y realiza la transferencia correspondiente a las familias beneficiarias. En el papel, este diseño no crea duplicidad de funciones, ya que como se mencionó, los servicios educativos y de salud siguen siendo brindados por las instancias tradicionales, y se creó una entidad especializada en el proceso de instrumentación del programa.

En el programa PROGRESA/Oportunidades intervienen, a nivel federal la Secretaría de Hacienda y Crédito Público, la SEDESOL, la Secretaría de Educación Pública, la Secretaría de Salud, y el IMSS. Estas instancias constituyen el Comité Técnico de la Coordinación Nacional del Programa de Desarrollo Humano Oportunidades, que es la instancia normativa del Programa, así como el responsable de la interpretación de estas Reglas de Operación y sobre lo no previsto en las mismas (DOF, 2013c).

Las instancias ejecutoras del programa son, en sus respectivos ámbitos de competencia, la SEDESOL a través de la Coordinación Nacional del Programa Oportunidades, la Secretaría de Salud, los Servicios Estatales de Salud, el IMSS a través de IMSS/Oportunidades, la SEP, los Servicios Estatales de Educación y el Consejo Nacional de Fomento Educativo (CONAFE). La Coordinación Nacional de Oportunidades cuenta con delegaciones o coordinaciones estatales en las 32 entidades federativas y son las

responsables de la atención de las familias beneficiarias, así como de la operación y seguimiento del Programa en el estado correspondiente. Los gobiernos de las entidades federativas, las delegaciones y las representaciones de los programas federales, en su caso, son los responsables de operar y otorgar los servicios de educación y de la atención a la salud de la población. Así, los gobiernos estatales de las entidades federativas son los responsables de validar la accesibilidad a los servicios educativos de educación básica, y de mantener funcionando el servicio educativo. De modo similar, las instituciones de salud en las entidades federativas, a través de los programas regulares del sector y con la participación que corresponda al gobierno federal, brindan los servicios de salud en las unidades de salud del primer nivel de atención en las que opera el programa (DOF, 2013c). Los gráficos 5.5 y 5.6 muestran el presupuesto asignado y la cobertura de Oportunidades, respectivamente, de 1997 a 2012.

**Gráfico 5.5. Presupuesto del Programa Oportunidades (en miles de millones de pesos), 1997-2012**



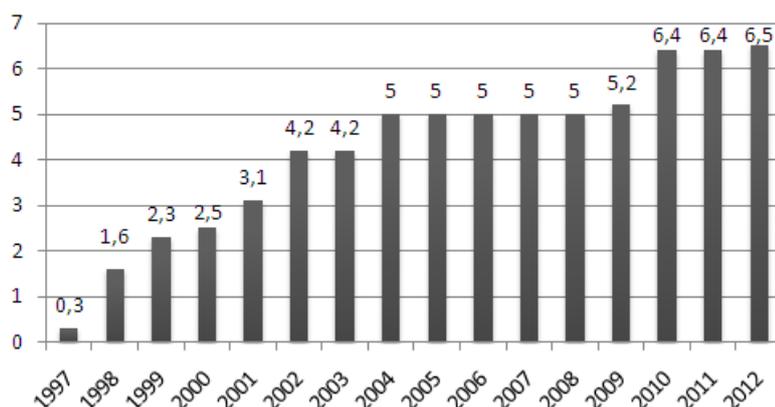
Nota: A partir de 2010, Oportunidades se hace cargo del Programa de Apoyo Alimentario (PAL).  
Fuente: SEDESOL (2012b).

Si bien actualmente los ejes troncales del programa permanecen, sus alcances se han ampliado respecto al diseño original operado en la administración del presidente Zedillo (1994-2000). Los objetivos rectores actuales de Oportunidades son apoyar a las familias que viven en pobreza extrema, alcanzar mejores niveles de educación, salud y alimentación, y vincular a los beneficiarios con nuevos servicios y programas de desarrollo que mejoren sus condiciones socioeconómicas y calidad de vida (SEDESOL, 2012b). Los apoyos que reciben los beneficiarios se integran por los siguientes componentes:

- recursos monetarios bimestrales que se entregan, generalmente a las madres de familia, para contribuir a que mejoren la cantidad, calidad y diversidad de su alimentación, buscando por esta vía elevar su estado nutricional. A partir de 2012, se integra el monto del apoyo energético al monto del apoyo alimentario;
- becas educativas para niñas, niños y jóvenes, a partir de tercero de primaria y hasta el último grado de educación media superior. En localidades menores a 2.500 habitantes también se otorgan a escolares de primero y segundo grado de primaria;
- apoyo económico para los jóvenes que acreditan la conclusión de su educación media superior antes de cumplir los 22 años, a través de «Jóvenes con Oportunidades»;
- apoyo monetario para adquirir útiles escolares o la dotación de un paquete de estos, al inicio del ciclo escolar para los becarios de primaria; en el caso de los becarios de secundaria y educación media superior, apoyo monetario anual para su compra,

- Paquete Básico Garantizado de Salud y Talleres Comunitarios para el Autocuidado de la Salud, dirigido a los integrantes de la familia de 15 años o más y a los becarios de educación media superior;
- suplementos alimenticios para los niños y niñas entre 6 y 23 meses, para los niños y niñas con desnutrición entre 24 y 59 meses, y para las mujeres embarazadas o en periodo de lactancia. A partir de 2009, las instituciones de salud iniciaron la distribución de suplementos sin base calórica, para prevenir la obesidad;
- apoyo para cada adulto mayor de 70 años o más, integrante de una familia beneficiaria, en tanto éste se incorpora al Programa 70 y más de la SEDESOL;
- a partir de 2008, las familias beneficiarias reciben el Apoyo Alimentario Vivir Mejor, un recurso adicional para proteger su economía, ante el alza internacional de los precios de los alimentos;
- a partir de 2010, las titulares beneficiarias reciben el Apoyo Infantil Vivir Mejor, que consiste en dinero en efectivo para fortalecer la nutrición y desarrollo de cada menor de cero a nueve años, con lo cual cada familia recibe, en su caso, un máximo de tres apoyos de ese tipo.

**Gráfico 5.6. Cobertura de Oportunidades (millones de hogares), 1997-2012**



Nota: partir de 2010, Oportunidades se hace cargo del PAL.

Fuente: SEDESOL (2012b).

La forma en que el PROGRESA/Oportunidades conceptualizó la lucha gubernamental para inhibir la reproducción intergeneracional de la pobreza extrema a través de acciones complementarias entre salud, nutrición y educación fue novedosa, pero también lo fue el que de manera simultánea al diseño operativo y estructural del programa se diseñaran sus esquemas de evaluación. En este aspecto PROGRESA/Oportunidades estableció un antecedente para lo que hoy en día se identifica como una buena práctica de política pública: los estudios de evaluación.

El modelo de evaluación ha permitido contar con observaciones repetidas de las familias y sus miembros antes y después de la operación del programa, se han empleado métodos estadísticos para inferir los impactos, y se contó con grupos de control y tratamiento (Levy y Rodríguez, 2005). Estos criterios permitieron identificar los cambios que se pueden atribuir al programa y no a factores externos a él, y han sido una constante en las evaluaciones del programa, a excepción del primero.

**Recuadro 5.3**  
**Principales resultados de PROGRESA/Oportunidades**  
**según las evaluaciones externas de impacto (2001-2006)**

- **Educación.** Oportunidades incrementa la inscripción para las transiciones de primaria a secundaria, y de secundaria a media superior, particularmente para las mujeres. También reduce la reprobación y la deserción escolar, aumenta el logro educativo y genera una mayor disposición de los padres a promover la continuidad educativa de sus hijos y el cumplimiento de sus obligaciones escolares.
- **Salud.** El Programa reduce las tasas de mortalidad materno-infantil, disminuye la morbilidad e incapacidad, aumenta la utilización de servicios públicos ambulatorios de salud y reduce la de los servicios privados. Esto último representa un menor gasto de bolsillo por este concepto para los beneficiarios.
- **Alimentación.** Oportunidades reduce la prevalencia de anemia y permite incrementar la estatura y peso de los niños en edades tempranas. El Programa mejora la dieta de los hogares al permitir que se compren alimentos de origen animal y al proporcionar complemento alimenticio a una gran parte de la población infantil.
- **Aspectos demográficos económicos, sociales y de género.** El Programa no incrementa significativamente la migración, no incrementa la violencia hacia las mujeres, ni parece deteriorar los vínculos comunitarios. Los beneficiarios dedican más recursos a necesidades esenciales, vivienda e inversión productiva.

Fuente: Cruz, De la Torre y Velázquez, 2006.

Hay otros aspectos que deben resaltarse producto de los continuos procesos de evaluación. Uno de ellos es el papel que éstos han tenido en el desarrollo del PROGRESA/Oportunidades, estableciendo factores de retroalimentación entre el diseño del programa, la operación y los resultados de la evaluación. En el caso del PROGRESA/Oportunidades existen vestigios claros que dan cuenta de que los diseñadores y operadores de ese programa efectivamente han considerado las recomendaciones emanadas de los estudios de evaluación para modificar distintos aspectos y mecanismos de su instrumentación. Las modificaciones a las que han sido sujetas las Reglas de Operación del PROGRESA/Oportunidades constituyen una prueba fehaciente de ello. Son varios los cambios a la normatividad operativa de este programa que son producto de las conclusiones de las evaluaciones, por ejemplo, se han modificado los métodos de focalización y selección de beneficiarios para minimizar los errores de inclusión y exclusión; y se amplió la cobertura de las becas educativas a más años escolares, (Levy, 2006; Cruz, De la Torre y Velázquez, 2006). También los cambios en los nutrientes agregados de las fórmulas de los alimentos fortificados, el reemplazo de las pláticas educativas en nutrición por talleres educativos y la inclusión de una vocal de nutrición provienen de las sugerencias de los evaluadores externos (Neufeld, 2007).

## **5.4. Evaluación de la política de desarrollo social**

### **5.4.1. Contexto**

A pesar de los beneficios que las evaluaciones arrojan al proceso del mejoramiento de las políticas públicas, su uso sistemático y continuo es una práctica relativamente reciente. Ni siquiera en las naciones desarrolladas — donde los recursos y las técnicas no son tan escasas (al menos no como en los países en desarrollo) y en donde supuestamente existe una cultura del buen gobierno — los resultados de las evaluaciones no son considerados, muchas veces, para el mejoramiento de las políticas públicas (Picciotto, 2002). Son muchas las razones esbozadas para el poco uso que se le da a las evaluaciones para reformar, en miras de lograr una optimización de resultados, la operación de los programas: *i)* no son realizadas en tiempos adecuados o sus resultados se presentan a destiempo; *ii)* falta de consulta por parte del equipo evaluador hacia los responsables del

---

programa y desconocimiento por parte de los primeros sobre las necesidades de los segundos; o *iii*) la rigidez institucional que en muchas ocasiones impide hacer los ajustes que las evaluaciones sugieren (Banco Mundial y OED, 2005).

El proceso evolutivo de las políticas sociales no siempre ha estado acompañado de mecanismos de evaluación. Es en los lustros recientes que estos mecanismos han sido valorizados como parte fundamental del quehacer gubernamental. Desde principios de los años noventa la evaluación ha sido incorporada a los procesos y reformas de varios estados y organismos internacionales; y comienza también en la región de América Latina un esfuerzo institucional para que las prácticas de evaluación se afiancen como parte integral de la gestión pública.

México no era la excepción y el gobierno no disponía de un sistema de evaluación y monitoreo en la gran mayoría de los programas, pero a partir de 1998 acontece un cambio estructural en la concepción e instrumentación de la política social al decretarse la obligatoriedad, por parte de las dependencias del gobierno federal, de publicar las Reglas de Operación de sus programas con el objeto de normar las acciones de los programas de desarrollo regional y de combate a la pobreza. También se instauró, en cumplimiento al ordenamiento legal inscrito en el PEF de ese año, la obligación, por parte de la SEDESOL, de informar y realizar evaluaciones periódicas que permitieran conocer el efecto de los programas en el nivel de vida de la población (Medina, 2000). Un hito para el actual reconocimiento que tienen los procesos de evaluación como parte intrínseca de la política social fue la puesta en marcha y consolidación del PROGRESA/ Oportunidades.

En esta sección se analiza lo que hasta ahora constituye el esfuerzo más claro para la institucionalización de la cultura de la evaluación en la política social del gobierno federal mexicano, la mencionada LGDS.

La Ley, y el Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (que se deriva de sus ordenamientos), constituyen el primer intento para estructurar de manera integrada las prácticas de evaluación en el ámbito de las políticas públicas de desarrollo social.

#### **5.4.2. Evaluación de la política social y la LGDS**

Es posible afirmar que los primeros pasos en la institucionalización de la evaluación de la política de desarrollo social se dan en diciembre de 1997 con la inclusión en el Decreto del Presupuesto de Egresos de la Federación de 1998 de disposiciones que obligan a las dependencias a definir reglas de operación en los programas con impacto social para transparentar y hacer más eficiente la asignación del gasto público (DOF, 1997).

Esta disposición ha sido incluida de manera constante en los PEF posteriores al mencionado, y las dependencias han tenido que precisar el objetivo del programa, el grupo social beneficiario, los objetivos y metas a alcanzar, los mecanismos de evaluación y los criterios de terminación del mismo. No obstante, es a partir del PEF del año fiscal 2000 cuando se estableció de manera expresa un listado de los programas sujetos a Reglas de Operación, entre cuyos requisitos deben constar los criterios de elegibilidad y selección de beneficiarios de cada programa (PNUD, 2007). En estos documentos anuales se ha estipulado la elaboración y publicación de las Reglas de Operación de algunos programas federales y la integración, por dependencia o entidad, en el caso de aquellos programas que no tengan un mecanismo de evaluación externa, de un Consejo Técnico de Evaluación y Seguimiento que incluya a instituciones académicas (Gaceta Parlamentaria, 2000).

La importancia de contar con Reglas de Operación no fue un asunto menor. Levy (2000) señala que las Reglas de Operación permiten establecer mecanismos de mejora

---

continua en la orientación y operación de los subsidios, y que documentos normativos brindan mayor información a la sociedad — y de manera específica a los beneficiarios — de cómo operan los programas, montos de las prestaciones y criterios de elegibilidad, entre otros, lo que propicia una relación más institucional entre gobierno y sociedad, donde se establece que la instrumentación de programas y el otorgamiento de apoyos no son un acto voluntarioso de la autoridad, sino tan solo el cumplimiento de un mandato legal. El autor también indica que la publicación de Reglas de Operación puede contribuir a que otros órganos ajenos al ejecutivo, como la Cámara de Diputados o la Auditoría Superior de la Federación, tengan mayor seguridad sobre el uso de los recursos y elementos para el debate sobre su pertinencia para la atención a las demandas sociales. Además puede aportar información útil para la auditoría y vigilancia no solo en aspectos presupuestales y de procesos, sino también en cumplimiento de metas establecidas en indicadores de resultados.

Posteriormente, en el año 2002 se emitieron lineamientos para la programación y la realización de presupuestos del gobierno federal, con los que se facilitó la localización de los programas sujetos a Reglas de Operación (PNUD, 2007; Subsecretaría de Egresos, 2002). En ese año, se publicó también en el Diario Oficial el Acuerdo por el que se expidieron los requisitos mínimos que las dependencias y entidades de la Administración Pública Federal deberán considerar para seleccionar a las instituciones académicas y de investigación u organismos especializados, de carácter nacional o internacional, interesados en realizar la evaluación de resultados de los programas gubernamentales sujetos a reglas de operación (DOF, 2002).

Pero no es sino hasta 2004 que se instaura el cimiento definitivo para la institucionalización de la evaluación en la política social, con la publicación de la LGDS, entre cuyos objetivos se encuentra el «Establecer mecanismos de evaluación y seguimiento de los programas y acciones de la Política Nacional de Desarrollo Social [...]» (artículo 1, apartado VIII). En este sentido, la Ley instruye la creación del CONEVAL y la facultad para definir los lineamientos y criterios para la definición, identificación y medición de la pobreza (artículo 36 y artículo 81); y para evaluar la política de desarrollo social, ya sea por sí mismo o a través de uno o varios organismos independientes del ejecutor del programa (artículo 72). El título quinto establece el carácter jurídico de dicho Consejo y algunas consideraciones generales respecto a la evaluación e indicadores de resultados (DOF, 2004). Sin embargo, el carácter de independencia del organismo que realizará la evaluación de cierto programa, y que emana del artículo 72 arriba citado, puede ser transgredido por las disposiciones derivadas del Reglamento de la Ley General de Desarrollo Social. Diversos artículos del capítulo XI de ese reglamento facultan al ejecutor del programa para contratar por sí mismo al organismo encargado de realizar la evaluación e inclusive a autoevaluarse, en contraposición a la LGDS<sup>5</sup>. Más allá de la parte legal, la contratación por parte del organismo ejecutor del ente evaluador no implica de forma directa una pérdida de independencia de este último respecto al primero. Sin embargo, añade factores de posible cooptación. En efecto, permanece un riesgo que al ser el organismo ejecutor el contratista, podría sesgar el encargo de la evaluación y designarlas a expertos con una afinación metodológica cercana a la propia y evitar cuestionamientos críticos y reportes indeseables.

<sup>5</sup> Argumentos en este sentido también son indicados por Julio Boltvinik (2006) y Montiel (2006).

---

### 5.4.3. El CONEVAL y el andamiaje institucional de evaluación

En cumplimiento de los ordenamientos de la LGDS mencionados párrafos arriba, el 24 de agosto de 2005 se publicó en el DOF el decreto por el que se regula el CONEVAL, que es un organismo público descentralizado de la Administración Pública Federal, con personalidad jurídica y patrimonio propio, con autonomía técnica y de gestión y agrupado en el sector coordinado por la SEDESOL (DOF, 2005). El quehacer de esta institución se enfoca en la generación de información objetiva sobre la situación de la política social y la medición de la pobreza, y su propósito fundamental es revisar el cumplimiento del objetivo social de los programas, metas y acciones de la Política de Desarrollo Social a través de dos elementos (CONEVAL, 2007):

- Normar y coordinar de manera integrada la evaluación de la Política Nacional de Desarrollo Social y las políticas, programas y acciones que ejecuten las dependencias públicas.
- Establecer los lineamientos y criterios para la definición, identificación y medición de la pobreza, garantizando la transparencia, objetividad y rigor técnica en dicha actividad.

Para cumplir con sus objetivos, el CONEVAL desempeña las siguientes funciones (CONEVAL, 2007):

- Establecer criterios y lineamientos para las metodologías de evaluación sobre la política y los programas de desarrollo social.
- Dar a conocer los resultados de las evaluaciones y otros estudios referentes al desarrollo social.
- Aprobar los indicadores de resultados, gestión y servicios para medir cobertura, calidad e impacto de los programas y acciones de desarrollo social.
- Establecer criterios de resultados que apoyen la definición de zonas de atención prioritaria.
- Establecer los criterios y lineamientos para la definición, identificación y medición de la pobreza.
- Emitir sugerencias y recomendaciones al Ejecutivo Federal, a la Comisión Intersecretarial de Desarrollo Social y a la Comisión Nacional de Desarrollo Social, sobre la materia.

De la Torre (2006) destaca la creación del CONEVAL como uno de los avances más significativos en la LGDS por su importancia para dar independencia al análisis crítico de los programas sociales y reforzar la medición oficial de la pobreza. Sin embargo, existen posibles riesgos con la creación de este Consejo, como el generar un costoso aparato burocrático cuyo control sea disputado por los partidos políticos. Una tesis subyacente en la ley es que la probabilidad de sesgar la evaluación de los programas sociales y la medición de la pobreza es mayor si ésta es realizada por una oficina de gobierno, y que por ello hay que generar un ente independiente con recursos propios; pero hay que considerar que la posible manipulación política de la evaluación y medición puede provenir también de los actores políticos (De la Torre, 2006).

---

La LGDS, su reglamento y el decreto arriba citados conforman, junto con la Ley Federal de Presupuesto y Responsabilidad Hacendaria (artículos 45, 78 y 111) <sup>6</sup> (DOF, 2006a) y el Decreto de Presupuesto de Egresos de la Federación para el Ejercicio Fiscal 2007 (artículo 26) (DOF, 2006b), el sustento jurídico bajo el cual se registrarán los procesos de evaluación de los programas federales. Con estas bases se desarrollaron las directrices que regulan la evaluación de los programas federales y que son de observancia obligatoria para las dependencias y entidades de la Administración Pública federal responsables de programas federales. Estas pautas, contenidas en los Lineamientos Generales para la Evaluación de los Programas Federales de la Administración Pública y en el Programa Anual de Evaluación 2007, publicados el 30 de marzo de 2007 en el DOF, establecen cinco tipos de evaluación de programas federales, a saber (DOF, 2007):

- Evaluación de consistencia y resultados: analiza sistemáticamente el diseño y desempeño global de los programas federales, para mejorar su gestión y medir el logro de sus resultados con base en la matriz de indicadores.
- Evaluación de indicadores: analiza mediante trabajo de campo la pertinencia y alcance de los indicadores de un programa federal para el logro de resultados.
- Evaluación de procesos: analiza mediante trabajo de campo si el programa lleva a cabo sus procesos operativos de manera eficaz y eficiente y si contribuye al mejoramiento de la gestión.
- Evaluación de impacto: identifica con metodologías rigurosas el cambio en los indicadores a nivel de resultados atribuible a la ejecución del programa federal.
- Evaluación específica: aquellas evaluaciones no comprendidas en estos lineamientos y que se realizarán mediante trabajo de gabinete y/o de campo.

Hay una evaluación adicional, que denominan evaluación estratégica y se refiere a las evaluaciones que se realizarán teniendo como marco estrategias, políticas e instituciones y no a programas.

Con base en esta clasificación de tipos de evaluación, el CONEVAL, la SHCP y la Secretaría de la Función Pública (SFP) establecen el Programa Anual de Evaluación para determinar qué evaluaciones se llevarán a cabo y a qué programas se aplicarán. Este programa deberá emitirse cada año conforme al calendario de actividades del proceso presupuestario. Para la realización de las evaluaciones, se deberán considerar los criterios establecidos en los lineamientos y utilizar el modelo de términos de referencia que determinan la SHCP, la SFP y el CONEVAL, si es que el ejercicio de evaluación a realizarse es del tipo de consistencia y resultados o de diseño. Tratándose de los demás tipos de evaluación, los términos de referencia serán elaborados por las dependencias, conforme a las características particulares de cada evaluación (DOF, 2007).

El mecanismo para el seguimiento de los aspectos susceptibles de mejora derivados de informes y evaluaciones a los programas presupuestarios de la Administración Pública Federal es el instrumento que el CONEVAL desarrolló para fomentar que los hallazgos de los ejercicios de evaluación se traduzcan en mejoras de políticas públicas. En este documento se establece el proceso que deberán seguir las distintas dependencias para dar

<sup>6</sup> Este instrumento jurídico no se refiere exclusivamente al proceso de evaluación del ámbito de desarrollo social sino que aplica para la Administración Pública Federal en su conjunto.

---

seguimiento a las recomendaciones establecidas en los reportes e integrarlas al diseño de las políticas, entre otros aspectos (SHCP, 2011). Sin embargo, son las propias instituciones evaluadas las que eligen que observaciones son susceptibles de ser consideradas.

## 5.5. Conclusión

El sistema de protección social mexicano se construyó de manera segmentada y estratificada. Por una parte, los beneficiarios de las instituciones de seguridad social tienen, en lo general, acceso a servicios que garantizan el cumplimiento de derechos sociales básicos. Como se mencionó, la derechohabencia a dichos servicios descansa en la situación contractual asociada al mercado laboral. Por la otra, para brindar atención a la población excluida de la seguridad social asociada al estatus laboral, se han diseñado e implementado diversos programas de protección social operados por diversas instituciones gubernamentales.

Las acciones del gobierno en esta materia están segmentadas (particularmente para aquellas no pertenecientes a los institutos de seguridad social asociados al estatus laboral) porque corresponden muchas veces a acciones sectoriales. Las acciones vinculadas a la protección social dentro de los distintos sectores administrativos del Estado están aisladas en cada sector y no constituyen un eje articulado y transversal a varios sectores. Sin embargo, una persona puede ser receptor de los programas que emprendan las distintas dependencias sectoriales (Oportunidades, Seguro Popular, Pensión para adultos mayores, etc.).

Existen varios mecanismos de articulación en torno a la prestación de servicios de desarrollo y protección social. Sin embargo, es posible entrever que éstos mecanismos arrastran también el mismo lastre: fueron diseñados con el propósito primario de coordinar el accionar de distintas dependencias y no de articular acciones en torno a un sistema planificado y unificado de protección social. El principal obstáculo no es la ausencia de programas de protección social per se, sino su integración transversal en un sistema comprehensivo.

Los procesos institucionales de evaluación pueden ayudar a delinear las políticas públicas necesarias para prevenir y mitigar la pobreza, la vulnerabilidad y la exclusión social y proteger a los hogares contra riesgos y choques adversos, es decir, para consolidar un piso de protección. Sin embargo, los ejercicios de evaluación no tienen objeto si las observaciones que se desprenden de ellos no son consideradas en el debate del diseño e instrumentación de las políticas públicas asociadas a la protección social, por ello es necesario crear los mecanismos para garantizar que éstas sean tomadas en cuentas.

## Referencias

- Banco de México. 2013. *Tipos de cambio y resultados históricos de las subastas CF373 - Serie histórica diaria del tipo de cambio peso-dólar Período: 19/04/1954 - 18/07/2013, Diaria, Pesos por Dólar, Tipo de Cambio*. Ciudad de México.
- Banco Mundial. 1980. *World Development Report 1980*. Nueva York, Oxford University Press.
- . 1990. *World Development Report 1990: Poverty*. Nueva York, Oxford University Press.
- , Operations Evaluation Department (OED). 2005. *Influential Evaluations: Detailed Case Studies*. Washington, D.C.

- 
- Boltvinik, J. 2001. «Opciones metodológicas para medir la pobreza en México», *Revista Comercio Exterior*. Ciudad de México, Bancomext.
- Carmona, C. 2010. *Evolución de PROGRESA/Oportunidades 1997-2009: pobreza, política social y crisis en México*. Ciudad de México, Tesis ITAM.
- Centro de Estudios Sociales y de Opinión Pública (CESOP). 2006. *Antecedentes en Desarrollo Social*. Ciudad de México.
- CEPAL. 2006. *La protección social de cara al futuro. Acceso, financiamiento y solidaridad*. Santiago de Chile.
- Cohen, E., y R. Franco. 2006. «Los programas de transferencias con corresponsabilidad en América Latina: similitudes y diferencias», en Cohen y Franco (coord.) *Transferencias con corresponsabilidad, una mirada latinoamericana*. Ciudad de México, SEDESOL.
- Comisión de Desarrollo Social. 2003. «Dictamen con Proyecto de Ley General de Desarrollo Social». *Gaceta Parlamentaria*, año VI, núm. 1382. Ciudad de México.
- Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (CONEVAL). 2007. *¿Quiénes somos?* Ciudad de México.
- . 2012a. *Evaluación Estratégica de Protección Social en México*. Ciudad de México.
- . 2012b. *Informe de Evaluación de la Política de Desarrollo Social en México 2012*. Ciudad de México.
- . 2012c. *Avances y Retos de la Política de Desarrollo Social en México*. Ciudad de México.
- Cordera, R., y L. Lomelí. 2005. *La Política Social Moderna: Evolución y Perspectivas: resumen ejecutivo y consideraciones finales*. Ciudad de México, Secretaría de Desarrollo Social.
- Cruz, C.; R. De la Torre, y C. Velázquez. 2006. *Informe compilatorio. Evaluación externa de impacto del Programa Oportunidades 2001-2006*. Cuernavaca, Instituto Nacional de Salud Pública.
- De la Torre, R. 2006. *Análisis e implicaciones de la Ley General de Desarrollo Social, en «Política Social para la Equidad»*. Ciudad de México, Editorial Porrúa.
- Diario Oficial de la Federación (DOF). 1997. *Presupuesto de Egresos de la Federación para el Ejercicio Fiscal de 1998*. 29 de diciembre de 1997. Ciudad de México.
- . 2002. *Acuerdo por el que se expiden los requisitos mínimos que las dependencias y entidades de la Administración Pública Federal deberán considerar para seleccionar a las instituciones académicas y de investigación u organismos especializados, de carácter nacional o internacional, interesados en realizar la evaluación de resultados de los programas gubernamentales sujetos a reglas de operación en el ejercicio fiscal 2002*. 30 de abril de 2002. Ciudad de México.
- . 2003. *Ley General de Salud*. 5 de mayo de 2003. Ciudad de México.
- . 2004. *Ley General de Desarrollo Social*. 20 de enero de 2004. Ciudad de México.

- 
- . 2005. *Decreto por el que se regula el Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social*. 24 de agosto de 2005. Ciudad de México.
- . 2006a. *Decreto por el que se expide la Ley de Coordinación Fiscal y de la Ley Federal de Presupuesto y Responsabilidad Hacendaria*. Última reforma publicada DOF 27 de diciembre de 2006. Ciudad de México.
- . 2006b. *Presupuesto de Egresos de la Federación para el Ejercicio Fiscal 2007*. 28 de diciembre de 2006. Ciudad de México.
- . 2007. *Lineamientos generales para la evaluación de los Programas Federales de la Administración Pública Federal*. 30 de marzo de 2007. Ciudad de México.
- . 2008. *Acuerdo por el que se emiten las Reglas de Operación del Programa de Desarrollo Humano Oportunidades*. 29 de diciembre de 2008. Ciudad de México.
- . 2013a. *Decreto por el que se establece el Sistema Nacional para la Cruzada contra el Hambre*. 22 de enero de 2013. Ciudad de México.
- . 2013b. *Acuerdo por el que se emiten las Reglas de Operación del Programa de Pensión para Adultos Mayores, para el ejercicio fiscal 2013*. 26 de febrero de 2013. Ciudad de México.
- . 2013c. *Acuerdo por el que se emiten las Reglas de Operación del Programa de Desarrollo Humano Oportunidades, para el ejercicio fiscal 2013*. Ciudad de México.
- Gaceta Parlamentaria. 2000. *Decreto de Presupuesto de Egresos de la Federación para el Ejercicio Fiscal del Año 2000*. Cámara de Diputados. Año III, núm. 421, miércoles 5 de enero. Ciudad de México.
- Gobierno Federal. 2008. *Vivir Mejor. Política Social del Gobierno Federal*. Ciudad de México.
- Gómez Dantés, O. et al. 2011. *Sistema de salud de México*. Salud Publica Mex. 2011; 53 supl 2:S220-S232. Ciudad de México.
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI). 2011a. *Encuesta Nacional de Empleo y Seguridad Social. Lineamientos conceptuales ENESS 2009*. Ciudad de México.
- . 2011b. *Encuesta Nacional de Empleo y Seguridad Social. ENESS 2009*. Ciudad de México.
- Knaul, F. et al. 2012. «The quest for universal health coverage: achieving social protection for all in Mexico», *The Lancet*, vol. 380, núm. 9849, págs. 1259-1279.
- Levy, S. 2000. *El presupuesto de egresos de la Federación: Transparencia, discrecionalidad y eficiencia*. Ciudad de México, Este País 115, octubre.
- . 2006. *Progress Against Poverty: sustaining Mexico's PROGRESA/Oportunidades program*. Washington, D.C., Brookings Institution Press.
- . y E. Rodríguez. 2003. «El programa de educación, salud y alimentación, PROGRESA-Programa de Desarrollo Humano Oportunidades», en Levy S., comp. 2004. *Ensayos sobre el desarrollo económico y social de México*. Ciudad de México, FCE.

- 
- . 2005. *Sin herencia de pobreza: el programa PROGRESA/Oportunidades de México*. Washington, USA, Banco Interamericano de Desarrollo, Editorial Planeta.
- Lomelí, E.; D. Foust, y D. Tetreault. 2012. *Sistema de protección social en México a inicios del siglo XXI*. Santiago de Chile, CEPAL.
- Medina, F. 2000. *La política social de México 1995-2000. Evaluación de resultados. Versión preliminar*. Seminario de alto nivel sobre las funciones básicas de la planificación, Compendio de experiencias exitosas. CEPAL.
- Mesa-Lago, C. 1985. *Desarrollo de la seguridad social en América Latina*. Santiago de Chile, CEPAL.
- . 1996. «Las reformas de las pensiones en América Latina y la posición de los organismos internacionales», *Revista la CEPAL*, núm. 60 (diciembre), págs. 73-94. Santiago de Chile.
- . 2000. *Desarrollo social, reforma del Estado y de la seguridad social, al umbral del siglo XXI*. Series políticas sociales, CEPAL.
- . 2005. *Las reformas de salud en América Latina y el Caribe: su impacto en los principios de seguridad social*. Santiago de Chile, CEPAL.
- Montiel, G. 2006. «Ley General de Desarrollo Social: su funcionamiento y las reformas pendientes» en Borjas A. y M. Bucio (coordinadores): *Desarrollo social: balance y desafíos de las políticas*. Ciudad de México, Centro de Estudios Sociales y de Opinión Pública, Cámara de Diputados/LIX Legislatura.
- Neufeld, L. 2007. «Modificación de políticas públicas a partir de resultados de evaluación», *Salud Pública de México*, vol. 49, núm. especial, Instituto Nacional de Salud Pública.
- Picciotto, R. 2002. *Development Cooperation and Performance Evaluation: The Monterrey Challenge*. Washington, D.C., Banco Mundial.
- PNUD. 2007. *Diagnóstico sobre la vulnerabilidad político-electoral de los programas sociales federales*. Proyecto de Protección de los Programas Sociales Federales en el contexto de las elecciones de julio de 2006 (marzo). México, D.F.
- SEDESOL. 1999. *Más oportunidades para las familias pobres. Evaluación de resultados del Programa de Educación, Salud y Alimentación Primeros Avances*. Ciudad de México.
- . 2001. *Programa Nacional de Desarrollo Social 2001-2006*. Ciudad de México.
- . 2012a. *Sexto Informe de Labores*. Ciudad de México.
- . 2012b. *Oportunidades. 15 años de resultados*. Ciudad de México.
- Secretaría de Hacienda y Crédito Público (SHCP). 1994. «La planeación del desarrollo social en los noventa», *Antología de la Planeación en México*, tomo 23, FCE, México.
- . 2011. *Mecanismo para el seguimiento a los aspectos susceptibles de mejora derivados de informes y evaluaciones a los programas presupuestarios de la Administración Pública Federal*. Ciudad de México.

---

Secretaría de Salud. 2012. *Sistema de protección social en salud. Informe de resultados enero-junio 2012*. Ciudad de México.

Solís, F., y A. Villagómez. 1999. «La seguridad social en México», *El trimestre económico*, núm. 88, CIDE-FCE.

Subsecretaría de Egresos. 2002. *Lineamientos de política de gasto para la formulación del Proyecto de Presupuesto de Egresos de la Federación para el Ejercicio Fiscal del Año 2003*. Ciudad de México, SHCP.

Székely, M. 2002. *Hacia una nueva generación de política social*. Ciudad de México, SEDESOL.



---

## 6. Coordinación interinstitucional y piso de protección social en Uruguay

*Carmen Midaglia, con la colaboración de Florencia Antía, Marcelo Castillo y Guillermo Fuentes*

### 6.1. Introducción

La primera década del siglo XXI trajo entre otros tantos desafíos para los países de América Latina el de lograr ampliar y garantizar una serie de derechos vinculados a la seguridad social para gran parte de la población. Dicho problema fue instalado a raíz de las dificultades para incorporar a la población a los regímenes de protección existentes, basado fundamentalmente en la pertenencia al mercado formal de empleo. Las altas tasas de informalidad que han caracterizado históricamente a la región, sumado a la importante proporción de personas en situación de pobreza e indigencia, hizo patente la necesidad de orientar los esfuerzos públicos hacia la ampliación del pilar solidario de estos regímenes de protección social.

En este sentido es que surge la idea de piso de protección social (PPS), identificando una serie de bienes y servicios sociales que los ciudadanos deberían recibir a lo largo del ciclo de vida, orientados por principios tales como la universalidad de los bienes sociales, la no discriminación, la solidaridad en su financiamiento y la alta calidad de los servicios públicos, entre otros (Recomendación sobre pisos de protección social, 2012 (núm. 202), párrafo 3).

La conformación de estos pisos no parte de cero, sino que cualquier proceso que implique definiciones políticas e institucionales en esta área, necesariamente debe tener en cuenta las estructuras ya existentes. El desafío radica en el hecho de que en la mayoría de los países de la región, estos programas pocas veces fueron pensados en clave de integralidad y complementación. Sobre todo esta situación se ha podido observar en relación a los programas de corte focalizado, destinados a la atención de la emergencia social, la indigencia, y/o la exclusión de ciertos colectivos. Es aquí donde la necesidad de una potente coordinación interinstitucional se hace imprescindible, justamente para dotar a esta oferta pública dispersa de la coherencia y articulación interna de forma de promover intervenciones eficientes y a la vez un enfoque político que trascienda la «mera sumatoria de programas» como estrategia básica de protección. Hoy más que nunca, luego de procesadas una serie de revisiones y recortes de los «incompletos sistemas de bienestar» latinoamericanos en la década de los noventa, se torna esencial abordar política y analíticamente los esquemas de bienestar y protección de estos países en clave sistémica. Esto es, concebirlos con las articulaciones imprescindibles entre los propios componentes de asistencia y de ellos con los servicios de orientación universal, entre los que se podría incluir, con los cuidados del caso debido a los niveles de informalidad laboral, los de empleo.

En relación a este punto, a partir del año 2005, con la llegada al gobierno del Frente Amplio (FA) se inició en el Uruguay un proceso de construcción institucional destinada a intentar asumir estas nuevas tareas vinculadas a la coordinación, como el Gabinete Social o el Consejo Nacional de Políticas Sociales (CNPS).

En este sentido, el objetivo del presente capítulo es realizar un mapeo de las instancias de coordinación y gestión de políticas de protección social, y fundamentalmente aquellas vinculadas al PPS del país. En este proceso, será necesario abordar cuestiones tales como ¿qué programas sociales integran hoy en día el PPS uruguayo? ¿Cuál es su

---

alcance en términos de cobertura y bienes o servicios entregados a la ciudadanía? ¿Cómo ha sido el funcionamiento de los ámbitos de coordinación reseñados? ¿Con qué recursos cuentan para incentivar la participación de los diferentes actores involucrados?, entre otras.

El estudio se organizará de la siguiente manera:

- Presentación del contexto socioeconómico del país y su evolución en los últimos años, como forma de contextualizar el surgimiento de los espacios de coordinación y algunos de los nuevos programas sociales.
- Identificación de los programas sociales dirigidos a los diferentes grupos vulnerables, su evolución, sus principales características, las interconexiones existentes (o no) entre las programas contributivos y no contributivos, así como también la presentación de los diferentes intentos por dotar de mayor coherencia a los mismos (Plan de Equidad y Red de Asistencia e Integración Social).
- Análisis de los principales ámbitos de coordinación interinstitucional de los programas dirigidos a la población vulnerable a la pobreza o pobre, en los ámbitos macro, meso y micro (dinámica de funcionamiento, principales productos, fortalezas y debilidades, procesos de institucionalización).
- Reflexiones en torno a las experiencias exitosas identificadas, así como también sobre los cuellos de botella y principales dificultades reconocidas en los procesos de coordinación, como forma de extraer elementos que ayuden a pensar y reformular estas y otras experiencias a nivel regional.

Para ello, se realizaron una serie de entrevistas a informantes calificados, pertenecientes tanto al Ministerio de Desarrollo Social (MIDES), como a los distintos ministerios y agencias que participan en los ámbitos identificados<sup>1</sup>. En segundo lugar, se recurrió también a información secundaria proveniente de documentos oficiales (memorias, rendiciones de cuentas, leyes y decretos) además del procesamiento de la base de datos de programas sociales que produce el propio MIDES a través de su Observatorio Social de Programas e Indicadores<sup>2</sup>.

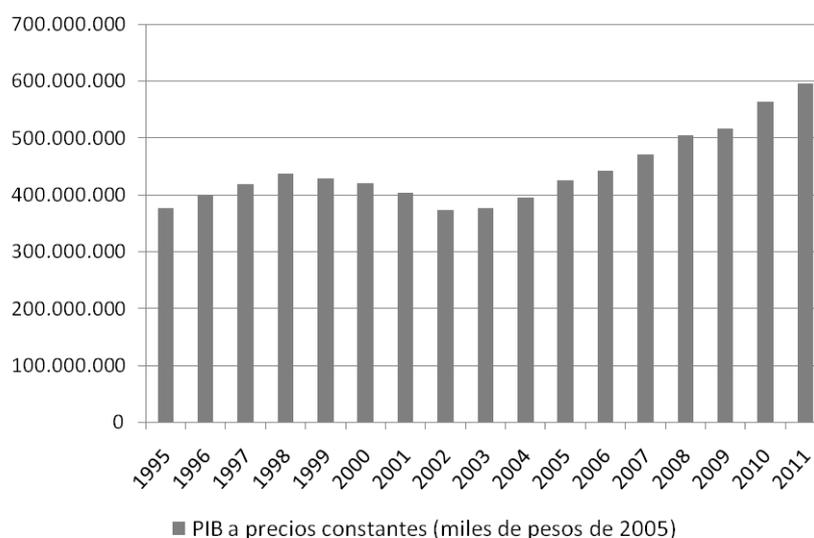
## 6.2. El contexto social en el Uruguay

El Uruguay experimentó a comienzos del siglo XXI una profunda crisis económica y social, que afectó fuertemente el desempeño de los principales indicadores sociales. Junto a la drástica caída de la actividad económica, se produjo un aumento de la incidencia del desempleo, la pobreza y la indigencia, que alcanzaron niveles sin precedentes en la historia del país (gráfico 6.1).

<sup>1</sup> El listado completo de personas entrevistadas puede consultarse en el anexo 1 de este capítulo.

<sup>2</sup> Véase el portal del ministerio: [www.mides.gub.uy](http://www.mides.gub.uy).

**Gráfico 6.1. Producto Interno Bruto (en miles de pesos a precios constantes de 2005), 1995-2011**

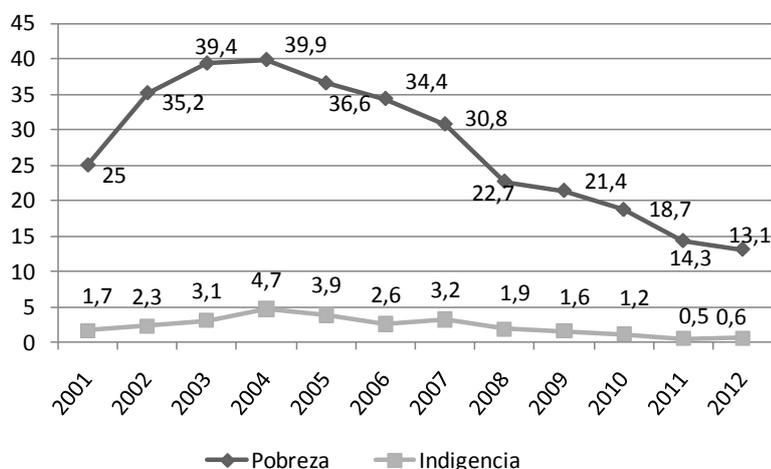


Fuente: Bonino, Román y Willebald (2013), cuadro A3.

La economía comenzó a recuperarse lentamente en 2004, iniciándose así una fase expansiva que se extiende hasta la actualidad. Este desempeño favorable se reflejó en un aumento de las tasas de empleo y una caída del desempleo, que junto al despliegue de un conjunto de medidas de políticas públicas desde el Gobierno nacional a partir de 2005 — especialmente, la reinstalación de los Consejos de Salarios, la expansión de las transferencias monetarias dirigidas a la población vulnerable y la formalización del empleo, entre las más destacadas — supusieron una mejora de los principales indicadores sociales (PNUD, 2008).

En tal sentido, como se observa en el gráfico siguiente, la incidencia de la pobreza pasó de un pico de 40 por ciento de las personas en 2004 a 13 por ciento en 2012. Similar evolución tuvo el indicador de indigencia, según el cual en 2004 un 4,7 por ciento de la población se encontraba en situación de pobreza extrema, mientras que en 2012 se había reducido al 0,6 por ciento de la población.

**Gráfico 6.2. Evolución de la pobreza y de la indigencia, 2001-2012 (porcentaje)**



Fuentes y notas: Pobreza: INE, 2013, cuadro 7. Incidencia de la pobreza en personas, total país 5000+ [en localidades de 5.000 o más habitantes]. Método del ingreso 2006 (todos los años, salvo 2001): INE, 2006, cuadro 37 (año 2001). Indigencia: INE, 2013, cuadro 2. Incidencia de la indigencia en personas, total país 5000+. Método del ingreso 2006 (todos los años, salvo 2001): INE, 2006, cuadro 36 (año 2001).

En el plano de los indicadores del mercado laboral, en los últimos cinco años se observa una evolución muy positiva, tanto de la tasa de participación como la de empleo y desempleo, que habían sufrido un fuerte deterioro en el contexto de recesión y crisis económica. Especialmente favorable es el desempeño del desempleo, que se ubicó en niveles muy bajos, llegando al 6,1 por ciento en el año 2012 (cuadro 6.1).

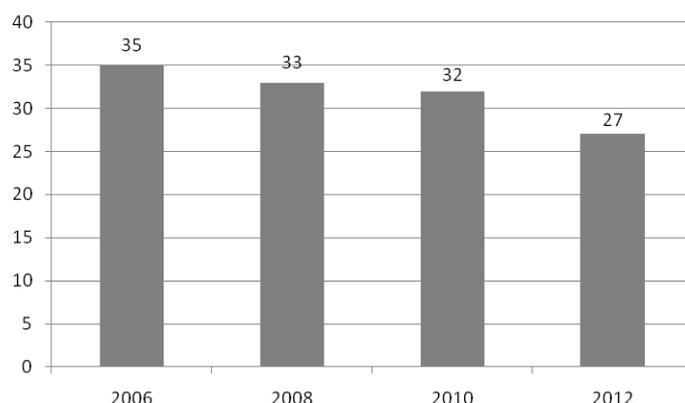
**Cuadro 6.1. Indicadores del mercado de trabajo, 1995-2012**

Año	Tasa de participación	Tasa de desempleo	Tasa de empleo
1995	59,4	10,4	53,2
1996	58,5	12,0	51,5
1997	58	11,6	51,3
1998	59,9	10,1	53,9
1999	58,2	11,3	51,6
2000	58,6	13,6	50,6
2001	60,6	15,3	51,4
2002	59,1	17,0	49,1
2003	58,1	16,9	48,3
2004	58,5	13,1	50,8
2005	58,5	12,2	51,4
2006	60,9	11,4	53,9
2007	62,7	9,6	56,7
2008	62,6	7,9	57,7
2009	63,3	7,7	58,4
2010	63,3	7,1	58,8
2011	64,5	6,0	60,7
2012	63,8	6,1	59,9

Fuente: Amarante, Colafranceschi y Vigorito, 2011, tabla A1, sobre base de Encuesta Continua de Hogares (período 1995-2010); INE (período 2011-2012).

Asimismo, se produjo una reducción de la informalidad laboral, que pasó de 35 por ciento de los ocupados en 2006 a un 32 por ciento en 2012, lo cual supuso una expansión del acceso a las prestaciones que ofrece el sistema de seguridad social (gráfico 6.3).

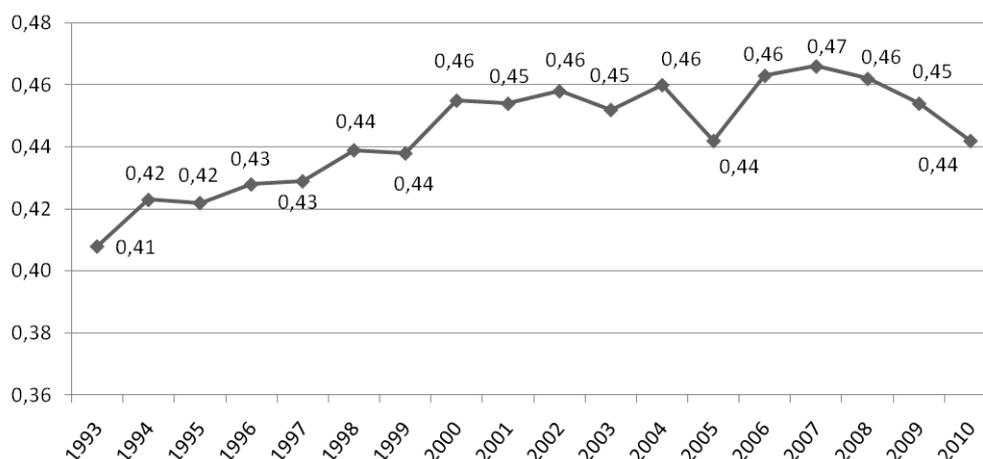
**Gráfico 6.3. Ocupados no registrados a la seguridad social, 2006-2012 (porcentaje)**



Fuente: Reporte Social 2011: cuadro 16, sobre la base de INE (período 2006-2010). Presidencia de la República, sobre la base de INE (año 2012).

La desigualdad acompañó en buena medida la evolución de los indicadores antes referidos. Aun cuando el Uruguay se ubica entre los países con mejor desempeño distributivo, en la década de los noventa comenzó a manifestarse una tendencia a la concentración del ingreso, que se profundizó durante la crisis de 2002, y que solo empezó a revertirse moderadamente a partir del año 2008 (gráfico 6.4).

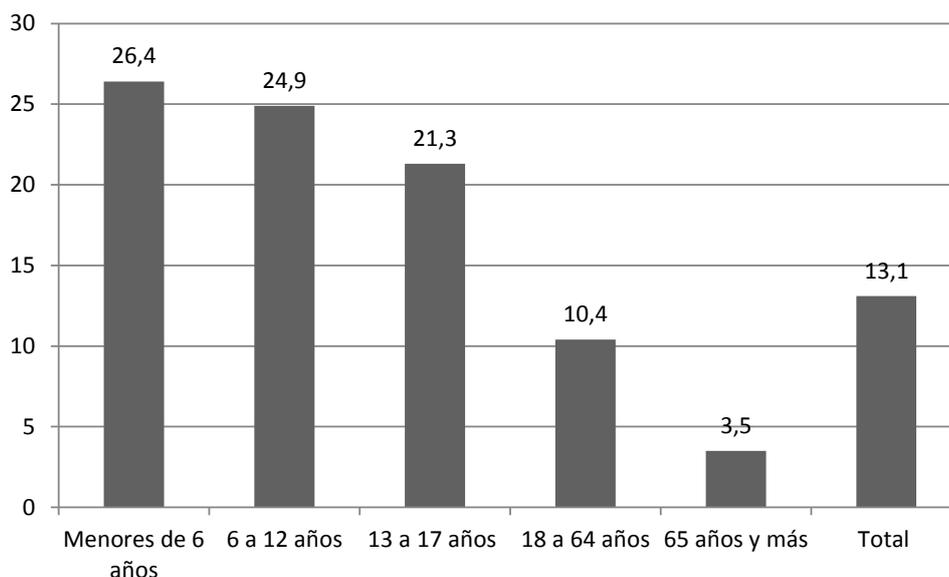
**Gráfico 6.4. Evolución del índice de Gini, 1993-2010**



Fuente: Amarante, Colafranceschi y Vigorito, 2011, tabla A1, sobre base de Encuesta Continua de Hogares. Áreas urbanas.

A pesar del favorable desempeño en varios planos, subsisten varios problemas sociales de relevancia. El repertorio es amplio, y abarca áreas tan dispares como los insuficientes niveles de escolarización de la población joven (Filgueira, 2005) o los significativos procesos de segregación residencial que aquejan a las principales ciudades del país (véase al respecto Kartzman y Retamoso, 2005). Asimismo, entre los asuntos más acuciantes se encuentra la elevada incidencia de la pobreza entre los sectores más jóvenes de la población, que aun cuando se redujo fuertemente, se mantiene en niveles muy elevados cuando se la compara con la incidencia de la pobreza en la población adulta (gráfico 6.5).

**Gráfico 6.5. Incidencia de la pobreza, 2012, según grupos de edad, total país (porcentaje)**



Fuente: INE (2013), cuadro 8.

### **6.3. Los programas dirigidos a los grupos vulnerables: el Plan de Equidad y la Red de Asistencia e Integración Social (RAIS)**

#### **6.3.1. Breve historia del Plan de Equidad y su contexto de referencia**

El primer gobierno de una coalición política de izquierda en el país, encabezado por el Frente Amplio (2005-2010), impulsó una serie de ajustes y revisiones en materia de protección y bienestar social, que tuvieron la intención de resolver un conjunto de situaciones vinculadas a la pobreza e indigencia social. Deben tenerse en cuenta en el análisis de ese período las críticas condiciones socioeconómicas reseñadas anteriormente, vinculadas a la crisis económica que atravesó el Uruguay entre finales del año 2001 y prácticamente a lo largo de todo el año 2002.

En dicho contexto es que debe ubicarse la creación del Plan de Atención Nacional a la Emergencia Social (PANES), que tenía como objetivo principal satisfacer las necesidades básicas de aquellos hogares del extremo inferior de la estructura socioeconómica, estimados en torno del 8 por ciento de la población, a través de la distribución de una transferencia monetaria (Ingreso Ciudadano) complementada con otras prestaciones sociales. Esa iniciativa se diseñó como una intervención pública transitoria, para operar en coyuntura (específicamente entre los años 2005 y 2007 inclusive) en el intento de aliviar y moderar la vulnerabilidad social de la época. Ese programa logró una cobertura significativa, pues alcanzó a 102.353 hogares beneficiarios, estimados en un 9,6 por ciento del total de hogares del país. Además, este programa impactó a nivel socioeconómico, reduciendo a la mitad la proporción de personas en condición de indigencia y disminuyendo moderadamente la cantidad de personas en situación de pobreza (Arim y Vigorito, 2007).

---

Una vez finalizado el PANES, a inicios del año 2008 se instrumentó una iniciativa de mediano y largo plazo: el denominado Plan de Equidad. La diferencia entre este último programa público con el anterior radica en que el de Equidad se proyectó para trascender la problemática de la pobreza e indigencia, abordando el problema más amplio de la desigualdad social. No obstante, se propuso de manera manifiesta continuar con el descenso de los niveles de vulnerabilidad social existentes.

De esa forma, el Plan de Equidad incluyó dos dimensiones: por una parte, los componentes estructurales de la matriz de protección social, y por otra, los componentes de la red de asistencia e integración social (MIDES, 2008). Los primeros abarcan una serie de reformas de las políticas públicas que inciden sobre la equidad social, entre los que se incluye la reforma tributaria, la reforma de la salud, las políticas de empleo, la política de vivienda, la política educativa y un plan para promover la equidad de género.

Entre los segundos, el Plan de Equidad buscaba consolidar y expandir el sistema de asistencia social, articulándolo con el resto de políticas sociales ya institucionalizadas, es decir: las prestaciones sectoriales clásicas y/o reformadas de opción universal como educación y salud (MIDES 2008).

Este plan se estructuró en base a un conjunto de componentes de protección propios que, a su vez, pretendieron vincularse con la amplia gama de servicios sociales ya existentes. En el universo de las prestaciones consideradas estratégicas, figura el clásico instrumento de transferencias monetarias de la seguridad social, las Asignaciones Familiares (AFAM), pero reformulado a partir de la aprobación de la ley núm. 18.227 de febrero de 2008, con la finalidad de incorporar a los menores de edad y a las mujeres embarazadas pertenecientes a los hogares socioeconómicamente vulnerables, independientemente del tipo de ocupación (formal o informal) del jefe de familia. La recepción de la transferencia está condicionada a la asistencia de los niños y adolescentes a los centros educativos y a la realización de controles sanitarios periódicos, como forma de favorecer la inversión en capital humano. Este último requisito también se establece para que las embarazadas obtengan la AFAM.

El monto de esta asignación es diferencial y escalonado según la edad y el grado de adscripción de los jóvenes al sistema de educación formal. El instrumento que se utiliza para ajustar esta prestación es el índice de precios al consumo, con el propósito de mantener su poder adquisitivo, y a la vez, como una medida contra cíclica que contenga la pérdida de bienestar en etapas de crisis económica (Arim, Cruces y Vigorito, 2009).

Las nuevas AFAM del Plan de Equidad estipularon como meta alcanzar a 500.000 beneficiarios a fines del 2009 (MIDES, 2008). En la actualidad, las mismas cubren aproximadamente a 400.000 menores de edad (MIDES, 2013) y la brecha de cobertura entre lo proyectado y la realidad se explica por diversas razones: problemas legales de tenencia de los jóvenes, disminución de las situaciones de pobreza económica, entre otras.

La tramitación parlamentaria de la ley que habilitó la puesta en marcha de las AFAM del Plan de Equidad contó con un amplio apoyo político, tanto de la bancada oficialista como de la oposición. El respaldo político legislativo que suscitó esta iniciativa se explica por el fuerte arraigo que posee el mecanismo de las AFAM en el sistema nacional de bienestar social, al punto que la versión original de esa prestación data de los años cuarenta, y su discusión fue enmarcada en la órbita de los Consejos de Salarios de la época.

En el marco del Plan de Equidad también tuvieron lugar modificaciones del sistema existente de pensiones a la vejez, lo cual implicó la generación de una prestación

complementaria, pasible de ser percibida a partir de los 65 años — y no a los 70 años de edad según la disposición existente hasta ese momento — para que los ciudadanos de estos tramos etarios en condiciones de pobreza estructural contaran con apoyaturas económicas básicas (MIDES, 2008).

Las transferencias monetarias de ese plan (AFAM y nuevas pensiones a la vejez) se complementaron con un conjunto de programas sociales que se encuadran en la propia iniciativa y promueven la instalación de la mencionada red moderna de asistencia. Entre ellos figuran: apoyaturas alimentarias (tarjeta prepaga asociada a los hogares con mayores dificultades económicas y beneficiarios de AFAM), servicios de educación inicial (plan Centro de Atención a la Infancia y la Familia – CAIF, centros diurnos, jardines de infantes, entre otros), estrategias de educación básica (Maestros Comunitarios, universalización de la educación física), programas de educación media (propuestas de revinculación a la enseñanza formal, aulas comunitarias), alternativas de formación profesional básica, medidas de participación juvenil, acciones en materia de empleo (estrategias de empleo protegido, pasantías y becas laborales, recalificación y cooperativas sociales) y mejora de la atención a la salud infantil y adolescente (MIDES, 2008; Midaglia y Silveira, 2011). El conjunto de programas asciende a la cifra de 49, la mayoría de los cuales se ubica en la órbita del MIDES, seguido por la Administración Nacional de Educación Pública (ANEP) y el Instituto del Niño y Adolescente del Uruguay (INAU), mientras que los demás se encuentran dispersos en diferentes unidades ejecutoras (cuadro 6.2) <sup>3</sup>.

**Cuadro 6.2. Organismos responsables de los programas sociales del Plan de Equidad**

Organismo	Cantidad de programas
Ministerio de Desarrollo Social	20
Administración Nacional de Educación Pública	11
Instituto del Niño y Adolescente del Uruguay (INAU)	5
Ministerio de Trabajo y Seguridad Social (MTSS)	4
Ministerio de Educación y Cultura (MEC)	3
Ministerio de Salud Pública (MSP)	2
Administración de los Servicios de Salud del Estado (ASSE)	2
Instituto de Seguridad Social (BPS)	1
Gobierno Departamental de Montevideo	1
Total	49

Fuente: MIDES, s/f.

A su vez, el MIDES se concibió como la agencia encargada de la coordinación general de esta iniciativa a través del CNPS que funciona en su esfera. Las entidades públicas involucradas en los diversos componentes del Plan fueron aquellas que a su vez eran integrantes plenos del CNPS, como se detallará más adelante.

En síntesis es posible afirmar que el Plan de Equidad pretendió convertirse en una estrategia de:

<sup>3</sup> El anexo 2 presenta mayor detalle acerca de los objetivos de cada uno de los programas que conforman la red de asistencia del Plan de Equidad.

- 
- a) renovación y ampliación de las prestaciones sociales ya existentes, dirigidas a los grupos de población en situación de pobreza, al menos en una primera instancia <sup>4</sup>;
  - b) reunificación en su órbita bajo el formato de plan de los diversos programas y servicios públicos localizados en diferentes ministerios e institutos pertenecientes a la administración central, que atendían a los segmentos vulnerables, en pos de lograr intervenciones públicas de tipo integral, reordenando así el patrón histórico de provisión estatal;
  - c) consolidación de una red moderna de asistencia, articulada institucionalmente con el resto del sistema de protección y bienestar (denominada Red de Asistencia e Integración Social) de la que no disponía el país, en tanto estructura estable y con criterios unificados de acción.

El concepto político de RAIS parece indicar la necesidad de enfocar el sistema de protección y bienestar en su conjunto, es decir, con sus distintas partes, considerando desde un «polo» estrictamente de bienestar asociado a la seguridad social y el mercado de empleo, pasando por otro específicamente de protección universal que incluye salud y educación, hasta uno de asistencia, estrechamente vinculado con los anteriores.

Se puede afirmar que esa red de asistencia, en su formulación original en el marco del Plan de Equidad, intentó asemejarse al actual concepto de piso de protección, que contemplaba un núcleo duro e innovador de prestaciones de asistencia y a su vez promocionales, articuladas con los servicios de protección universal. A su vez esta red se concebía en un marco de las reformas sectoriales más amplio, como la de salud (Sistema Nacional Integrado de Salud) y empleo (Consejo de Salarios), con la pretensión política de lograr vías de comunicación regulares.

Para cerrar esta breve reseña del Plan de Equidad importa indicar que su versión inicial abrió un debate político acerca de las posibilidades de reestructuración de esa red de asistencia enunciada en el mencionado plan. En el actual gobierno de izquierda (2010-2014), dicha red pasó a denominarse con el término de RAIS y dio lugar a una subcomisión específica del Consejo de Políticas Sociales para su tratamiento; sin embargo, en su proceso de reformulación, si bien se elaboraron productos específicos (Documento de la Reforma Social), aún parece continuar hasta el presente la revisión y ajuste de esa red.

### **6.3.2. La agenda social del primer gobierno del Frente Amplio y los cambios procesados en el actual período**

La primera administración política de izquierda dejó un conjunto de temas para seguir debatiendo y, en consecuencia, revisar las líneas de acción pública en el campo de la protección social (particularmente en la forma que asumiría la RAIS) que inauguró el Plan

<sup>4</sup> En la primera etapa se pretendía abordar la pobreza y la desigualdad socioeconómica, para luego avanzar en otro tipo de desigualdades como las de género, étnico-raciales y generacionales. El presupuesto político del momento, basado en diagnósticos nacionales, refería a que los problemas de insuficiencia económica de los hogares tenían una estrecha relación con los atributos de los integrantes (mujer, niño, joven, de etnia/raza distinta a la blanca, etc.), a lo que se sumaba la localización territorial.

---

de Equidad y los programas incorporados originalmente. Entre los temas más destacados pendientes de un tratamiento más detallado y amplio figuraban:

- a) la revisión de los criterios de focalización de algunos programas, específicamente la tarjeta alimentaria;
- b) la extensión de los servicios de atención a la primera infancia (plan CAIF);
- c) la posible ampliación de las estrategias educativas de apoyo a la enseñanza formal (Maestros y Aulas Comunitarias, entre otros);
- d) la redefinición del espectro de acción de las nuevas AFAM, vislumbrándose tres posiciones distintas, a saber: *i*) mantener el nuevo régimen de acuerdo a los criterios aprobados por ley; *ii*) generar un aumento de los montos de la transferencia y una posible extensión de cobertura captando a la totalidad del quinto quintil de población (es decir, grupos pobres, indigentes y algunos segmentos que se ubicaban en el límite superior de la pobreza); *iii*) universalización de las asignaciones del Plan de Equidad a todas las personas entre 0 y 18 años, dada la importancia estratégica de ese grupo etario en un país con una estructura demográfica envejecida. Algunos entrevistados señalaron sobre este tópico la falta de suficiente tiempo político para procesar una seria discusión sobre la orientación que debían asumir las AFAM. Si bien en el actual gobierno no se trató este tema, la discusión no parece estar saldada (técnico entrevistado);
- e) el esbozo, de manera preliminar, de una iniciativa de complementación del sistema de protección social vigente (prestaciones universales y las incluidas en el Plan de Equidad) relativo a la creación de un sistema de cuidados que corrigiera los «vacíos» de intervención pública.

En el actual período de gobierno se trató parcialmente la agenda anteriormente planteada, y en ese sentido se hicieron algunos ensayos para reformular el Plan de Equidad y la red de asistencia emergente (RAIS). En una situación similar de escaso avance se ubica el Sistema de Cuidados. En cambio, se hicieron esfuerzos sostenidos por mejorar la focalización de la tarjeta de alimentación.

No obstante esto, se realizaron algunas innovaciones de protección social destinadas a grupos altamente vulnerables pero resulta difícil identificarlas debido a la orientación sociopolítica de las mismas y a la multiplicidad de prestaciones. En ese marco se ubica una iniciativa pública sobre la problemática de la vivienda y el hábitat, el Plan Juntos; y otra de asistencia sociosanitaria, Uruguay Crece Contigo (UCC); ambas iniciativas, en lugar de continuar con los principios de unificación institucional promovidos a partir de la creación del MIDES, se localizaron en la órbita de la Presidencia. A esto se agregan nuevos programas sociales anunciados por el MIDES, calificados de estrategias sociales prioritarias, tales como Jóvenes en Red y Cercanías, que se detallarán más adelante.

### **6.3.3. La RAIS y sus programas**

En el año 2011, con miras a redefinir los objetivos estratégicos del gobierno en el plano de las políticas sociales, se planteó el proyecto de impulsar una reforma social, a fin de continuar avanzando en la construcción de la nueva matriz de protección social. La misma integra componentes estructurales de carácter universal, junto a la RAIS (CNPS, 2011), siguiendo la orientación establecida en el Plan de Equidad. Entre los primeros se encuentran las políticas sectoriales tradicionales — educación, salud, vivienda, seguridad social —, que tienen una orientación universal, y cuyo objetivo es la promoción de la igualdad. El segundo componente corresponde a la RAIS, y es el destinado a atender: a) la

población en situación de pobreza y vulnerabilidad a la pobreza; b) la población que experimenta condiciones de extrema pobreza y; c) la población en situaciones de especial vulneración de derechos asociados a la pobreza, la segmentación social y la desigualdad socioeconómica (gráfico 6.6).

**Gráfico 6.6. Representación gráfica de la RAIS**

		Políticas universales													
		Salud	Educación	Viviendas y hábitat	Trabajo	Seguridad Social	Deporte	Cultura	Turismo	Sistema de cuidados	Situaciones de especial vulneración de derechos				
Población														Igualdad	Propósitos
	2.b. Vulnerable a la pobreza														
	2.a. En situación de pobreza													Inserción	
	1.b. Vulnerable a la indigencia														
	1.a. Indigencia														

Red de Asistencia e Integración Social (RAIS)

Políticas orientadas a la población en situación de pobreza extrema

Fuente: CNPS (2011).

Esta nueva formulación de la RAIS supuso una continuación de los programas fundamentales implementados bajo la órbita del Plan de Equidad. Con ellos se buscó captar a la población vulnerable e incorporarla al uso de los servicios universales, en el entendido de que: «la lógica tradicional de incorporación de estas personas a los sistemas universales no funciona. Los derechos existen, los sistemas existen, pero no hay vínculo entre ellos y las capacidades de la gente para insertarse.» (autoridad política entrevistada).

La RAIS incorporó también un mayor énfasis en un conjunto de programas focalizados en la población en situación de pobreza extrema. De esa forma, durante la segunda administración del gobierno frenteamplista, a esta red se incorporaron algunas prestaciones sociales nuevas, entre las que se destacan tres programas. En primer lugar, el programa Jóvenes en Red, centrado en la atención a los adolescentes y jóvenes que carecen de vínculos con el mercado de trabajo y con el sistema de educación formal. Este programa es coordinado por el MIDES, en articulación con una serie de ministerios e institutos que operan en diferentes esferas: los ministerios de Trabajo y Seguridad Social (MTSS), Turismo y Deporte (MTD), Defensa Nacional (MDN), los organismos formales de la educación y el INAU. En segundo lugar, el programa Cercanías, que centra la atención en las unidades familiares que requieren apoyos públicos para acceder a los servicios sociales existentes, y apoyos sociotécnicos de acompañamiento del núcleo familiar para resolver tensiones internas. Tiene también un carácter interinstitucional bajo la coordinación del MIDES. Por último, entre las líneas priorizadas se encuentra la iniciativa sociosanitaria UCC, que tiene por objetivo consolidar un sistema de protección integral a la primera

---

infancia y a las mujeres embarazadas en contextos de vulnerabilidad social y sanitaria. A diferencia de los programas anteriores, se ubica en la órbita de la Presidencia de la República, en la Oficina de Planeamiento y Presupuesto. Dichas intervenciones son profundizadas y ampliadas en siete zonas de los dos principales departamentos del país, Montevideo y Canelones, que experimentan situaciones de alta vulnerabilidad social y económica, con problemas de seguridad y convivencia.

Como se ha mencionado, resulta pertinente asociar el piso de protección social en el Uruguay con el Plan de Equidad, en una primera instancia, y, en segundo lugar, con la reformulación del plan apuntando hacia lo que se denominó la reforma social y, al interior de la misma, la revisión de la RAIS de 2011. No obstante, cabe realizar dos advertencias. La primera es la definición acerca de la noción y los alcances de la RAIS, ya que los entrevistados interpretan de distinta manera los programas y la población a la que estaría dirigida dicha red. Para algunos, la RAIS alude a los programas sociales dirigidos a las tres categorías de población antes referidas, de forma coincidente con lo planteado en el documento elaborado por el CNPS (2011); es decir, la RAIS «es el conjunto de herramientas disponibles para la población vulnerable a la pobreza», incluyendo también a la población en situación de pobreza extrema (autoridad política entrevistada). Otros manifiestan, en cambio, que la RAIS se refiere exclusivamente a los programas sociales que se concentran en la población en situación de pobreza extrema. En tal sentido, «La RAIS sería, a la interna del MIDES, lo refocalizado, que es en lo que finalmente se termina trabajando» (técnico entrevistado).

Cabe suponer que las diversas opiniones recogidas son producto de un proceso de reformulación del Plan de Equidad y sus diversos componentes que continúa en abierto y es objeto de distintas visiones y posturas políticas al interior de la coalición de izquierda sobre el significado y alcance de la protección básica.

La segunda advertencia se refiere a que en el contexto uruguayo no se ha utilizado el concepto de «piso de protección social» como eje articulador del sistema de protección. Ello puede ayudar a entender el hecho de que los informantes consultados manifestaran diferentes visiones acerca de *dónde* corresponde ubicar el piso de protección social. Algunos entrevistados indican que existe cierta indefinición acerca de si el piso de protección social corresponde a las políticas dirigidas a la población en situación de extrema pobreza de la RAIS, o a las políticas orientadas a la población en situación de vulnerabilidad social de esa red (autoridad política entrevistada), mientras que otros objetan que la RAIS sea equiparable al piso de protección social, dado que ésta no incluiría los servicios universales de salud y educación (técnico entrevistado).

Dichas constataciones no le restan validez al concepto de RAIS, pero colocan cierta indefinición sobre los alcances de la misma y la población a la que está dirigida. Seguramente esto es propio de los ajustes a los que fue objeto el concepto de «red de asistencia e integración social» en el contexto de cambio de los responsables políticos del área social, en un proceso aún abierto.

De cualquier forma, a los efectos de este estudio resulta importante lograr una aproximación a los programas sociales que formarían parte de la RAIS. El criterio tomado es el que define el documento oficial del CNPS (2011) antes referido. Para ello se analiza la información provista por la Dirección Nacional de Evaluación y Monitoreo (DINEM)

del MIDES, en particular la base de datos del Repertorio de Programas Sociales <sup>5</sup> relevados en el año 2012.

A mayo de 2013, este sistema identificó un total de 428 programas sociales ejecutados por organismos nacionales, aun cuando se encuentra actualmente finalizando el proceso de recolección de información. Sin embargo, para este informe solo se incluye información referente a los programas de asistencia social, entendiéndolos como los programas sociales no contributivos y los que orientan su acción hacia poblaciones en situación de vulnerabilidad social.

La base de datos que facilitó la DINEM cuenta con información relativa a 233 programas de asistencia social desarrollados por organismos públicos de alcance nacional, activos al año 2012 <sup>6</sup>. No se incluyeron programas de tipo corporativo, es decir, aquellas intervenciones desarrolladas por los organismos para sus propios funcionarios <sup>7</sup>.

El cuadro 6.3 muestra la distribución de programas de asistencia social según su radicación institucional en los organismos públicos nacionales recogidos en el repertorio. Tal como cabría esperar por sus cometidos organizacionales, el INAU y el MIDES son las entidades públicas que tienen mayor despliegue de este tipo de prestaciones sociales. En el caso del INAU, se trata de intervenciones de pequeña magnitud, de corte integral, para la infancia y la adolescencia en situación de vulnerabilidad. Las intervenciones del MIDES en cambio, tienen diferentes magnitudes ya que incluyen programas que cubren una amplia variedad de objetivos. Así, figuran desde iniciativas de apoyo a cooperativas o emprendimientos sociales, provisión de casas de breve estadía para personas en situación de calle o que sufren maltrato o violencia de género, hasta subsidios o transferencias monetarias de amplio rango de cobertura (como por ejemplo la Tarjeta Uruguay Social, de apoyo monetario a la alimentación de personas).

**Cuadro 6.3. Número de programas de asistencia social por institución**

<b>Organismo de radicación institucional</b>	<b>Número de programas</b>	<b>Porcentaje</b>
Administración de los Servicios de Salud del Estado	6	2,6
Administración Nacional de Educación Pública	25	10,7
Banco de Previsión Social	17	7,3
Instituto del Niño y Adolescente del Uruguay	59	25,3
Instituto Nacional de Colonización	1	0,4
Ministerio de Desarrollo Social	37	15,9
Ministerio de Educación y Cultura	10	4,3
Ministerio de Ganadería, Agricultura y Pesca	3	1,3
Ministerio de Trabajo y Seguridad Social	15	6,4
Ministerio de Transporte y Obras Públicas	1	0,4
Ministerio de Turismo y Deporte	7	3,0

<sup>5</sup> El Repertorio de Políticas Sociales define a un «programa social» como «una iniciativa pública o privada que brinda una o un conjunto de prestaciones sociales [bienes y servicios] con objetivos sociales definibles para unidades beneficiarias específicas» (MIDES, 2010).

<sup>6</sup> Años anteriores de la totalidad de programas sociales se puede consultar en la página electrónica del Observatorio en: <[www.mides.gub.uy](http://www.mides.gub.uy)>.

<sup>7</sup> Ello implica que quedó fuera de esta base una importante cantidad de programas desarrollados por el Ministerio de Defensa Nacional, el Ministerio del Interior y Universidad de la República (UdelaR).

<b>Organismo de radicación institucional</b>	<b>Número de programas</b>	<b>Porcentaje</b>
Ministerio de Vivienda, Ordenamiento Territorial y Medio Ambiente	7	3,0
Ministerio del Interior	11	4,7
Movimiento de Erradicación de la Vivienda Insalubre Rural	2	0,9
Presidencia y Oficina de Planeamiento y Presupuesto	6	2,6
Universidad de la República	26	11,2
Total	233	100

Fuente: Elaboración propia en base a MIDES (2013).

Pasando a otro tópico de análisis, se puede decir que dado el tipo de población que se busca atender mediante estas intervenciones, se requiere un importante número de técnicos y personal en general. En ese sentido, en el cuadro que se presenta a continuación se puede apreciar el muy alto número de programas sociales (75,5 por ciento) que brindan apoyo profesional para la población beneficiaria a través de, por ejemplo, el dictado de clases, talleres o diferentes modalidades de capacitación. Las prestaciones de asistencia social también utilizan el otorgamiento de materiales o la construcción de infraestructura como instrumentos predominantes de política. En este caso se trata de infraestructura habitacional (fundamentalmente para personas jubiladas) o la oferta de colonias de vacaciones. En definitiva, es alto el porcentaje de programas que ejecutan sus acciones mediante instrumentos que implican un uso intensivo de mano de obra para trabajar con la población beneficiaria.

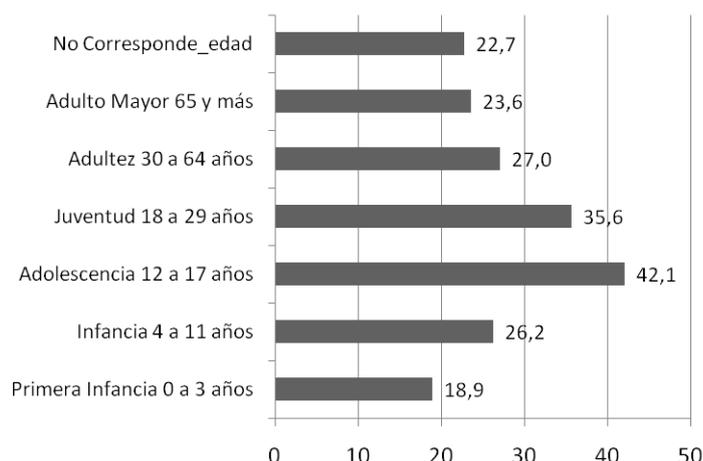
**Cuadro 6.4. Instrumentos de política utilizados en los programas de asistencia social**

<b>Instrumentos</b>	<b>No</b>	<b>Sí</b>	<b>Sin dato</b>	<b>Total</b>
Transferencia monetaria con contraprestación	70,0	18,5	11,6	100
Transferencia monetaria sin contraprestación	84,5	3,9	11,6	100
Transferencia monetaria contributiva	85,4	2,6	12,0	100
Transferencia monetaria no contributiva	86,3	1,7	12,0	100
Apoyo profesional	15,0	75,5	9,4	100
Transferencia en especies	53,2	36,5	10,3	100
Pasantías o becas	70,8	17,2	12,0	100
Créditos o garantías	80,7	8,2	11,2	100
Infraestructura	64,4	25,8	9,9	100
Regulación	79,4	10,3	10,3	100

Fuente: Elaboración propia en base a MIDES (2013).

Más allá de los instrumentos o herramientas utilizados por los programas de asistencia social que se analizan aquí, interesa ver el perfil etario de la población beneficiaria.

**Gráfico 6.7. Criterios etarios de atención de los programas de asistencia social (porcentaje)**



Nota: Los valores no suman 100 por ciento porque los programas pueden atender a más de un tramo de población.  
Fuente: Elaboración propia en base a MIDES (2013).

Como se puede observar en el gráfico anterior, poco más de un quinto (22,7 por ciento) de los programas no establecen criterios etarios para seleccionar a las personas con las que se trabajará. Adicionalmente, a tono con las prioridades de las dos administraciones frenteamplistas, los programas destinados a la infancia, la adolescencia y la juventud tienen gran relevancia en el conjunto de esta oferta.

Independientemente del perfil etario de la población beneficiaria, este tipo de prestaciones destinan sus acciones a distintas unidades receptoras, ya sea individuos, algunos miembros del hogar, el hogar en general o instituciones y entidades sociales. Más del 70 por ciento de estos programas orientan sus intervenciones a individuos en situación de vulnerabilidad socioeconómica, mientras que el hogar como destino de las prestaciones tiene un lugar marginal, con poco más del 10 por ciento de los programas de asistencia social<sup>8</sup>.

Como se puede apreciar en el cuadro 6.5, de los 130 programas de asistencia social que trabajan con individuos, poco menos de la mitad (48,5 por ciento) tienen una cobertura baja (menor a 500 personas). Casi un sexto de las intervenciones (16,9 por ciento) tiene un carácter masivo, es decir, son programas que trabajan con más de 5.000 personas. En cierta forma, esta distribución no es de extrañar, ya que se trata de programas diseñados para atender problemáticas o asuntos sociales particulares y que por tanto tienen que trabajar con pequeños números para contemplar así las necesidades de grupos sociales específicos. El alto número de estos programas que destinan sus bienes y servicios a individuos da cuenta de un patrón que los asemeja al tipo de diseño de las prestaciones más tradicionales o sectoriales de larga data.

<sup>8</sup> Cabe añadir que la categoría «algunos miembros del hogar» reúne intervenciones para situaciones específicas o etapas del desarrollo humano tales como programas materno-infantiles o de salud sexual y reproductiva, entre otros. Asimismo, la denominación de instituciones u organismos se refiere a programas que buscan trabajar con asociaciones civiles, grupos de vecinos organizados, colectivos vulnerables, entre otros.

**Cuadro 6.5. Tamaño de los programas según cantidad de unidades receptoras**

Cantidad de unidades receptoras	Frecuencia	Porcentaje
100 o menos	30	23,1
101 a 500	33	25,4
501 a 1.000	17	13,1
1.001 a 5.000	28	21,5
Más de 5.000	22	16,9
Total de programas	130	100

Nota: El total de programas suma 130 porque solo esos brindaron la información sobre el número de unidades receptoras.  
Fuente: Elaboración propia en base a MIDES (2013).

Cuando se analiza la forma en la que se instrumentan los programas, se constata una alta proporción de programas que se co-ejecutan con organizaciones de la sociedad civil (OSC) y en segundo lugar, con gobiernos departamentales (cuadro A.3.1).

Independientemente del volumen de programas que co-ejecutan, algunos organismos son valorados políticamente como socios estratégicos en la implementación de este tipo de acciones que integran el piso de protección. Al respecto, una de las autoridades políticas entrevistadas manifestó que el aliado «histórico es el BPS en todo lo que tiene que ver con transferencias. Son aliados necesarios. El otro en este momento es UCC en la Oficina de Planeamiento y Presupuesto (OPP), porque dentro de los programas prioritarios es una apuesta muy importante». En materia de cuidados, identificó al Instituto de Seguridad Social (BPS), al Ministerio de Salud Pública (MSP) y al Ministerio de Trabajo y Seguridad Social (MTSS), como actores que van conduciendo el proceso<sup>9</sup>.

En este tipo de programas co-ejecutados, tanto el organismo principal (donde está radicado institucionalmente el programa) como los co-ejecutores, realizan tareas diferenciales. En el total de la oferta de programas de asistencia social, los organismos principales realizan en mayor medida tareas de coordinación, diseño y de financiamiento (cuadro A.3.2). Coincidentemente las entidades socias, involucradas en la instrumentación de esas prestaciones, también realizan algún tipo de tarea de coordinación (cuadro A.3.3).

El cumplimiento de ese tipo de tareas viene dado, indudablemente, por el tipo de relación que tienen los organismos públicos. Al respecto, una de las personas entrevistadas grafica claramente el vínculo del MIDES con dos de sus socios estratégicos:

El MIDES todavía carga con la idea de que es el ministerio de los pobres, aunque últimamente a partir del Gabinete [Social] se ha despegado un poco de esta idea, y se lo ve también como articulador. En el caso del BPS, la relación es productiva pero no es tan estrecha como fue en el período anterior, básicamente porque el MIDES no tenía aparato de gestión propio, y dependía del BPS. Ahora la relación se institucionalizó. Sí hay un vínculo muy estrecho para el tema de identificación de población objetivo de los programas prioritarios. Con INAU hay

<sup>9</sup> La persona entrevistada se refiere a la siguientes entidades públicas: Banco de Previsión Social (BPS), Oficina de Planeamiento y Presupuesto (OPP), Ministerio de Salud Pública (MSP), Ministerio de Trabajo y Seguridad Social (MTSS).

un trabajo bastante más estrecho que en otros momentos, muy vinculado al SIRPA. En este período ha quedado más claro que el INAU se encuentra en el entorno del MIDES <sup>10</sup>.

Más allá de las participaciones diferenciales en la co-ejecución de este tipo de programas, a efectos del objetivo de este trabajo interesa ver la articulación de estos programas con planes o sistemas de políticas más generales. En el cuadro 6.6 se puede observar que la mitad de estas intervenciones sociales pertenece a un plan o sistema de coordinación o articulación formalizado, como por ejemplo, el Plan de Equidad.

**Cuadro 6.6. Participación del programa en algún plan o sistema de coordinación o articulación formalizado**

	Frecuencia	Porcentaje
No	106	45,5
Si	106	45,5
Sin datos	21	9,0
Total	233	100

Fuente: Elaboración propia en base a MIDES (2013).

El cuadro A.3.4 presenta la radicación institucional de los planes, estrategias públicas o sistemas de políticas sociales en los que se inscriben los 106 programas que están enmarcados bajo esos formatos. La ANEP, el MIDES y el CNPS son las entidades y ámbitos que cuentan con mayor cantidad de programas enmarcados en planes. Si se toma en cuenta que el MIDES es el responsable público en última instancia de lo que acontece en el CNPS (porque lo coordina según lo establecido por ley), resulta razonable que este organismo sea el que más despliega o tenga en su órbita planes que incluyen a numerosas intervenciones de asistencia social (35 en total).

Por último, un asunto que reviste asimismo importancia en el marco de este trabajo es el tipo de vinculación de los programas de asistencia social con los planes, estrategias o sistemas en los que se inscriben. El siguiente cuadro muestra que la coordinación de acciones entre el programa y el plan es la actividad más habitual, al tiempo que también es significativo el trabajo con los mismos grupos de población, lo cual es lógico dado que se trata de intervenciones de tipo integral.

**Cuadro 6.7. Tipo de vinculación del programa de asistencia social con el plan o sistema**

	Frecuencia	Porcentaje
Coordina Acciones	82	35,2
Comparte población beneficiaria	64	27,5
Comparte oficinas territoriales	27	11,6
Otros		
Comparte base de información de beneficiarios	1	0,4
Elabora proyectos de leyes	15	6,4
El programa es administrado por el sistema, unidad o dirección	10	4,2

Fuente: Elaboración propia en base a MIDES (2013).

<sup>10</sup> La persona entrevistada se refiere a las siguientes entidades públicas: el INAU y el Sistema de Responsabilidad Penal Adolescente (SIRPA), entidad creada en este período de gobierno en la órbita del INAU.

---

En síntesis, como cabría esperar, la mayoría de los programas de asistencia social que formarían parte de la RAIS tienen baja cobertura, se enmarcan en planes más amplios, y pese a ello, operan de manera «individual» con los mismos grupos de población, evidenciándose la necesidad de permanentes coordinaciones.

## **6.4. Los principales ámbitos de coordinación de los programas dirigidos a grupos vulnerables**

### **6.4.1. El Ministerio de Desarrollo Social y la coordinación en el área social**

El MIDES se creó en el año 2005 por la ley núm. 17.866, y se le encomendó, entre otras, la función de coordinar las intervenciones sociales dirigidas a los grupos de población vulnerable, en un intento por limitar la fragmentación y desarticulación de la oferta pública existente en esta área. Además, se le asignó la tarea de dirigir y monitorear la puesta en práctica de los planes sociales de transferencias monetarias reseñados en secciones precedentes.

La creación del MIDES facilitó una serie de reordenamientos organizativos, en la medida en que un conjunto de entidades sociales especializadas en infancia, juventud y género, que hasta ese momento se encontraban dispersos en diversas agencias estatales, se incorporaron en ese ministerio público — el Instituto Nacional de las Mujeres (INMUJERES), el Instituto Nacional de la Juventud (INJU), el Programa de Infancia y Familia (INFAMILIA) y el INAU.

Cabe anotar que esta nueva secretaría de Estado se instaló luego de que el país transitara por veinte años de sucesivos ajustes y revisiones tendientes al «recorte» del sistema tradicional de bienestar nacional, en el que predominaban pautas de protección universales. El Uruguay no estuvo ajeno a la desordenada incorporación de un conjunto de programas focalizados hacia la pobreza, muchos de los cuales eran temporales y financiados con préstamos internacionales. Esta oleada de intervenciones de acceso restringido y de operativa integral tendía a residualizar la matriz de protección social, en la medida en que la inversión social se mantenía controlada y se deterioraba la calidad de las prestaciones públicas.

En este contexto, la alternativa políticoinstitucional a la que se recurrió para la puesta en práctica de ese tipo de iniciativas dentro de una estructura estatal sectorializada supuso la utilización de mecanismos calificados de «*bypass*». Los mismos se tradujeron en la localización de una serie importante de programas de combate a la pobreza en esferas públicas que carecen de especialización en la temática, así como en las tareas de ejecución, al tiempo que no tienen la obligación legal de rendir cuentas de la misma forma que deben hacerlo las restantes unidades ejecutoras pertenecientes a la Administración Central. Un claro ejemplo es la OPP de la Presidencia de la República (Midaglia, 2011).

La creación del MIDES tendió a debilitar el uso de mecanismos institucionales de excepción para abordar la problemática de la vulnerabilidad, propiciando el traslado de dichas estrategias sociales a su propio seno, bajo un cambio de orientación política que pareció reconocer que la función de coordinación intraestatal formaba parte de la habitual dinámica pública. No obstante, cabe reiterar que en el actual período de gobierno se volvieron a enmarcar protecciones focales en la órbita presidencial, algunas de las cuales integran el paquete de programas considerados como prioritarios.

De acuerdo a lo planteado, el sello de distinción del nuevo ministerio se centraba en la construcción institucional y el buen desempeño de la compleja función de coordinar y

---

articular la oferta pública direccionada a los estratos pobres, que aún mantenía niveles significativos de dispersión pese a los esfuerzos por reubicar las protecciones focalizadas en el nuevo ministerio. Las principales dificultades para desarrollar los cometidos estratégicos de coordinación responden a razones de distinta naturaleza, a saber:

- una de índole estrictamente institucional, referida a la ausencia de espacios instituidos con recursos propios (humanos, materiales, financieros) y legitimados en el plano estatal para esa tarea;
- la desigualdad de poder en términos de tradición, capacidad organizativa e institucional (procedimientos, cuadros funcionales especializados, infraestructura disponible, etc.), a lo que se agregan los montos de presupuesto público del que disponen las clásicas sectoriales (trabajo, salud, educación y vivienda) comparativamente con la nueva entidad ministerial;
- el último problema a superar que posibilitaría avances en la coordinación responde a razones de naturaleza específicamente política, relativas a la voluntad de cooperar por parte de las autoridades sectoriales de turno en pos de una intervención pública eficiente, cuyos réditos políticos inmediatos son difusos (Midaglia, Castillo y Fuentes, 2011).

El MIDES se lanzó inmediatamente a tratar de generar ámbitos especializados de coordinación al interior del Estado y con la sociedad civil, que han tenido distinto rendimiento entre ellos y a lo largo de los dos períodos de gobierno que se analizan en este trabajo. Entre los primeros figura la creación por decreto presidencial núm. 236/005 del Gabinete Social y el CNPS. Interesa anotar que el CNPS sufrió algunas variaciones menores en su forma de conducción a partir de modificaciones del decreto original. A esto se agrega la instalación, en el año 2011, también por decreto, de las Mesas Interinstitucionales (MI) que trabajan a nivel del territorio a fin de articular la oferta pública social en los ámbitos locales. Por último cabe mencionar los Consejos Sociales que, al igual que las MI, tienen un funcionamiento que se enmarca en las esferas territoriales.

Importa mencionar que de forma simultánea con la instalación de espacios de coordinación, se tomó la decisión de construir y rearmar los sistemas de información social de que disponía el país según lo estipulado con el literal D del artículo 9 de la ley núm. 17.866, de manera a contribuir a la articulación entre las entidades públicas. En este marco se concibieron el Sistema Integrado de Información del Área Social (SIAS) y el Observatorio Social de Programas e Indicadores, entre los más destacados, como herramientas renovadas de información pública, las cuales serán abordadas en un ítem específico de este documento.

#### **6.4.2. Los espacios de coordinación**

A partir de la operativa propia del MIDES, como ya se señaló, se promovió una serie de instancias de coordinación de alcance nacional y territorial, así como de funcionamiento a nivel macro, meso y micro. Este trabajo centra la atención en las dos primeras categorías de coordinación, en particular los espacios más relevantes — de nivel macro y meso —, debido a que en esos ámbitos se procesan las definiciones de las estrategias de protección, así como se consagran importantes articulaciones entre los organismos públicos que trabajan en el área social.

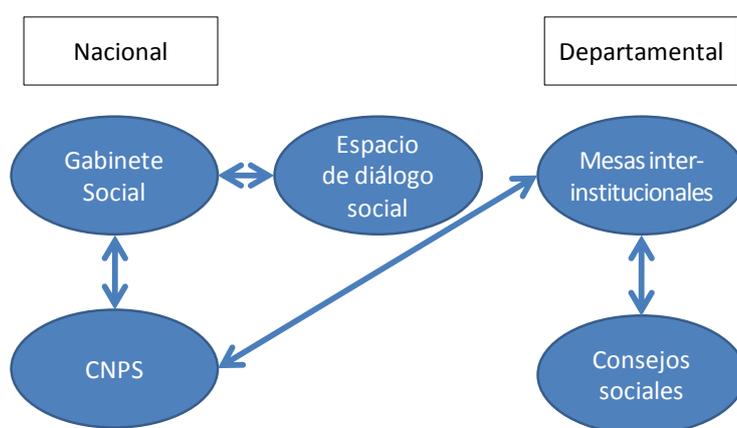
Como claramente lo plantea uno de los entrevistados para este estudio, las principales instancias de coordinación en el área social involucran generalmente al MIDES y «[...]

tienen tres niveles: Gabinete, Consejo y MI, que se organizan como círculos concéntricos» (autoridad política entrevistada).

En líneas generales, como lo muestra el gráfico 6.8, en la esfera nacional se creó el Gabinete Social (espacio macro del gobierno) y el CNPS, y este último se transformó en una pieza clave en la primera administración de izquierda para el diseño de propuestas interinstitucionales y de colaboración horizontal entre agencias y ministerios sociales. El decreto que habilitó su funcionamiento fue un intento de generar cierto grado de respaldo político e institucional a esta nueva instancia articuladora.

Estos espacios específicos de coordinación se encuentran activos actualmente, aunque su funcionamiento ha sufrido algunas variaciones, propias de los cambios de gobiernos, rotación de participantes y redefinición de la agenda política en los temas sociales.

**Gráfico 6.8. Mapa de espacios de coordinación del MIDES (nivel nacional y departamental)**



Nota: El espacio de diálogo social es uno de los ámbitos de intercambio con la sociedad civil.

Fuente: Elaboración propia en base a información secundaria relevada.

A continuación se detallan los cometidos y dinámica de las mencionadas esferas de acción pública.

El Gabinete Social es un espacio de coordinación intersectorial de políticas públicas presidido por el MIDES e integrado por representantes de organismos estatales de relevancia en materia social y económica, tales como el Ministerio de Economía y Finanzas (MEF); Educación y Cultura (MEC); MTSS; MSP; Turismo y Deporte (MTD); Vivienda, Ordenamiento Territorial y Medio Ambiente (MVOTMA). Su función refiere a la definición de las áreas prioritarias del Gasto Público Social y a la articulación y cooperación de los organismos nacionales y municipales (artículo 2 del decreto de creación) (Midaglia, Castillo y Fuentes, 2011). Mientras que durante el primer gobierno de izquierda el Gabinete se reunía con escasa frecuencia, en la segunda administración de izquierda aumentó la periodicidad de sus reuniones, celebrándose los encuentros de manera quincenal según la opinión aportada por las personas entrevistadas. Para la amplia mayoría de los informantes consultados, la mayor dinámica de trabajo del Gabinete tuvo impactos directos sobre la lógica de funcionamiento de la instancia meso, el CNPS:

[...] Desde el año 2010 [...] han habido transformaciones sustantivas. El Gabinete tiene mucha frecuencia de reuniones, y ha generado instancias propias, comisiones o grupos de trabajo, independientes del Consejo. (Autoridad política entrevistada).

Si vamos a comparar períodos, el Gabinete tiene hoy un rol más protagónico de elaboración, de armado de políticas y en el período pasado el Gabinete Social establecía las

---

directivas y el que trabajaba sobre esas directivas era el Consejo. (Autoridad política entrevistada)

[...] hubo un cambio importante, lo que funcionó en este período regularmente fue el Gabinete Social. En cambio en el anterior [...] el Gabinete se reunió pocas veces y el Consejo terminó funcionando como una de las principales instancias de coordinación [...]. En aquel momento los que estaban en el Consejo eran los representantes ministeriales que más entendían de las temáticas que se trataban en ese espacio. En este período no fue así, el protagonismo lo tenía más el Gabinete que el Consejo. (Autoridad política entrevistada)

El rol del Gabinete Social, al menos en estos últimos años [...] fue asumir lo que le asigna la ley, que es coordinar las políticas sociales. [...] Estos años han habido algunos puntos fuertes de actividad, [...] básicamente son las dos Rendiciones de Cuentas, unificando el planteo que se hace a Presidencia [...] Un segundo bloque de trabajo fue en torno al diseño de proyectos comunes [...] y uno tercero referido a programas sociales prioritarios. (Autoridad política entrevistada)

El CNPS tiene establecida la ejecución de los acuerdos programáticos definidos en el Gabinete. No obstante, como ya se planteó, este ámbito de coordinación jugó en el período anterior un papel político importante en el sentido de que se encargó del diseño de una de las medidas de protección más relevantes, y hasta el momento vigentes, como el Plan de Equidad. A su vez, indirectamente también respaldó la elaboración de una importante política pública dirigida a la infancia, como fue la Estrategia Nacional para la Infancia y Adolescencia (ENIA), la que posteriormente no logró instrumentarse en los términos en que había sido definida.

En el inicio de este nuevo período gubernamental se promovieron cambios en el funcionamiento del Consejo, y pasó de estar presidido por la Dirección Nacional de Políticas Sociales del MIDES a la Subsecretaría de esa cartera ministerial, reforzando así su jerarquía política. No obstante, en esta nueva etapa su dinámica de acción fue más irregular, como se apreciará en los extractos de entrevistas que se expondrán en los siguientes párrafos.

En el Consejo participan referentes importantes, en algunos casos la segunda línea de mando del MEF, MEC, MTSS, MSP, MTD y MVOTMA, al que se agrega la OPP. Se contempla también la inclusión de representantes de entes autónomos y servicios descentralizados tales como la ANEP, el BPS, el INAU, el Instituto Nacional de Estadística (INE) y del Congreso de Intendentes. Este ámbito se tratará de forma más detallada en el punto subsiguiente. Según información aportada por los entrevistados en este período de gobierno se invitó a participar a otros organismos que no estaban contemplados, como el Instituto Nacional de Empleo y Formación Profesional (INEFOP, en la órbita del MTSS); el ente público encargado de agua y saneamiento, Obras Sanitarias del Estado (OSE); y a la Universidad de la República. «De esos tres, el único que ha participado en reuniones es el INEFOP [...]» (autoridad política entrevistada).

Las MI, al igual que las otras esferas de acción mancomunada, son coordinadas por el MIDES y tienen como tarea esencial el ensamblaje a nivel territorial de la oferta pública social. A ellas asisten los representantes locales de los organismos contemplados en el CNPS. Desde su instalación, su funcionamiento ha sido muy variable e irregular. Sin embargo, han intentado generar y ejecutar proyectos territoriales para las diferentes zonas de referencia, de acuerdo a las opiniones vertidas por informantes entrevistados para este estudio.

Los Consejos Sociales son instancias territoriales de intercambio con las organizaciones de la sociedad civil (OSC). El MIDES apoya técnicamente a este espacio y busca promover contactos fluidos con las MI que funcionan en esas localidades. En el presente, se encuentran instalados 20 consejos sociales en 18 departamentos del país (todos excepto la capital del país). De manera similar al caso anterior, su pauta de acción es

---

fluctuante y muy desigual entre ellos (Muñiz, 2009; Cruz y Pérez, 2008; Bica, 2007; ICD, 2009).

En el marco de este estudio se identificaron otras esferas de coordinación de intervenciones públicas, como el Comité de Coordinación Estratégica de Infancia y Adolescencia, el Consejo Nacional Consultivo de Lucha contra la Violencia Doméstica, y las Mesas de Coordinación Zonal, entre otras, que no se analizan en esta oportunidad debido a su especificidad temática. En el anexo 4 se puede apreciar la totalidad de los ámbitos de coordinación de distinto nivel que el MIDES preside o en los que participa, las entidades públicas involucradas y los resultados obtenidos. El mismo deja en evidencia la multiplicidad de instancias coordinadoras que tuvieron lugar a partir de la instauración de ese nuevo organismo público y a la vez la significativa productividad del período de referencia.

A estos numerosos ámbitos de coordinación y articulación hay que añadirle otros de alcance micro, relativos al intercambio y colaboración en la instrumentación de programas sociales de orientación integral que proveen simultáneamente distintos bienes sociales.

### **6.4.3. El Consejo Nacional de Políticas Sociales (CNPS)**

Como ya se planteó, el CNPS se consagró como una esfera relevante de coordinación de la provisión de bienes sociales de rango intermedio, que obtuvo los permisos políticos necesarios, no solo para traducir en líneas operativas las decisiones del Gabinete Social, sino también para generar nuevas propuestas de intervención. El ejercicio de sus propias tareas facilitó la construcción y renovación de una agenda social que incluyó temas de diversa índole, desde problemas de implementación de políticas públicas, pasando por la definición de estrategias de acción, hasta el debate sobre los resultados alcanzados en materia de vulnerabilidad social.

El intenso dinamismo de la fase fundacional supuso encuentros semanales, quizás indicativos de un volumen considerable de trabajo. En cambio, en el segundo mandato de izquierda se desaceleró su funcionamiento y se pasó a intercambios mensuales.

El conjunto de entrevistados coincidió en la disminución de las actividades y de productividad del Consejo, como también en la pérdida de visibilidad pública. Sin embargo, se constataron variaciones de énfasis en el posicionamiento de los informantes en relación a este tema. Para algunos, las modificaciones en su funcionamiento fueron propias de una nueva etapa, con una agenda en formación que dio lugar a un ritmo irregular de reuniones debido a la ausencia de urgencias y definiciones del Gabinete o del Poder Ejecutivo que lo involucran. Para otros, en cambio, su accionar se debilitó sustantivamente y se desdibujó el papel que tenía que cumplir.

El Consejo tiene el valor que se constituye en un espacio de articulación de los ministerios y efectores públicos en materia social. [...] El funcionamiento en este período 2010, 2011 y 2012 ha sido irregular o mejor dicho variable pese a que está institucionalizado y cuenta con una secretaría técnica. [...] Su rol en este período a diferencia del anterior [...] no le ha sido fácil desempeñarlo [...] pero hizo algunas cosas. (Autoridad política entrevistada).

Si bien tiene una gran potencialidad, sobre todo porque [...] además de contar con los ministerios incorpora a los efectores de política [...] su funcionamiento se definió con una menor regularidad de reuniones y enfocadas en determinadas temáticas [...]. (Autoridad política entrevistada).

En el segundo período, su funcionamiento [...] fue bastante errático y sobre todo no incidió en la discusión presupuestal. (Autoridad política entrevistada).

En el período pasado yo tengo una conceptualización muy positiva del Consejo, [...] tenía una delegación muy fuerte en el armado de políticas y eso llevó al funcionamiento distinto [...] al actual período donde el Consejo ha tenido otro rol. En el período pasado no

solo que se diseñaba políticas [...] sino que también se coordinaba cómo iba a ser su ejecución [...] y eso da mucha fortaleza. [...] En el período actual el rol del Consejo fue bastante menor. (Autoridad política entrevistada).

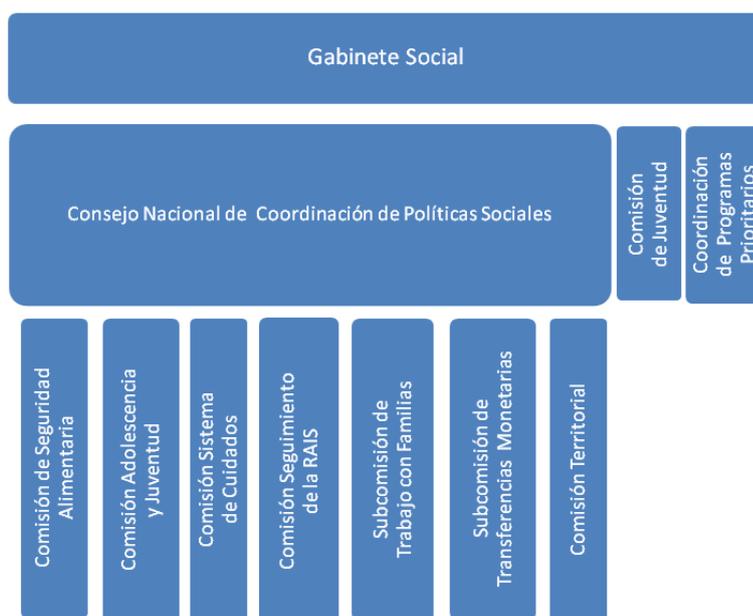
Por otra parte, si bien tenía estipulado la participación «obligatoria» de los subsecretarios ministeriales, en la práctica estos jerarcas políticos asistían de manera ocasional debido al incremento de la actividad del Gabinete Social, que pasó de un funcionamiento mensual a quincenal. En definitiva, el aumento de la operativa del nivel macro terminó compitiendo con el propio Consejo y sus posibilidades reales de tomar decisiones, ya que asistían representantes de rango medio o medio-bajo.

El año pasado los ministerios y organismos dejaron de ir o de enviar representantes de primer nivel porque no había un ámbito de trabajo. Es más a esto se agregó que se empezaron a generar [...] otros ámbitos diríamos que descentralizados [...] distintos al Consejo. [...] El Consejo se vació por dos vías: porque a nivel central los ministros eran los que tomaban las decisiones y por la emergencia de otros ámbitos que se crearon y que eran de más dinamismo [...] (Autoridad política entrevistada).

La participación [...] tiene altibajos. Como al Gabinete a veces no puede ir el ministro va el subsecretario, y por consiguiente hay un corrimiento de la jerarquía de los participantes en ese espacio [...] (Autoridad política entrevistada).

De acuerdo a lo que se evidencia en el gráfico 6.9, en el marco del Consejo existen una serie de subcomisiones que tratan temáticas específicas. La mayoría de estos grupos de trabajo fueron creados en la actual etapa administrativa. En el período anterior existían dos subcomisiones de importancia: la de transferencias, abocada a ensayar posibles escenarios para la instrumentación de las AFAM del Plan de Equidad y otra, el Comité de Coordinación Estratégica de Infancia y Adolescencia que, como se mencionó, estuvo centrado en la creación de una ENIA, con un plan operativo proyectado hasta el año 2015. Al respecto, algunos de los entrevistados tuvieron una visión muy crítica sobre el amplio universo de espacios de coordinación que se han generado desde la creación de ese nuevo ministerio. «[...] El rol de articulación del MIDES en la práctica [...] no lo hace a través de 47 ámbitos de reunión, todos paralelos, que además no están jerarquizados, organizados verticalmente y a veces se superponen» (técnico entrevistado).

**Gráfico 6.9. El Gabinete Social, sus consejos y comisiones**



Fuente: Elaboración propia en base a entrevistas realizadas.

---

En una primera instancia, la multiplicación de las comisiones del Consejo parece contradictoria con el descenso de su dinámica de acción. Sin embargo, la pauta de funcionamiento de cada uno de esos colectivos fue sumamente diferenciada. Algunos de ellos, en particular los que provenían del período anterior, se desactivaron y sustituyeron sus encuentros por intercambios informales, como la propia Comisión de Transferencias. Otras, de reciente creación como la de Territorio, adquirieron un ritmo significativo de trabajo que dio lugar a la elaboración de planes de alcance departamental representativos de la problemática socioeconómica de las regiones de referencia.

Entre algunos temas importantes que trabajó el Consejo, a través de las subcomisiones, se ubica una que tiene un muy buen desempeño como es la de territorio que se creó en este período. [...] Es una comisión que le ha dado seguimiento [...] a las articulaciones de las políticas sociales en los departamentos a través de las MI de Políticas Sociales. Además esta comisión se encarga de la elaboración de los llamados planes departamentales, que se asimilan a agendas de desarrollo social departamentales. Otras comisiones como la de transferencias funcionaron apenas en el inicio de este período. [...] La que funcionó a término fue la Comisión de erradicación de la pobreza. (Técnico entrevistado).

[...] se empezaron a generar otras comisiones [...]. Por ejemplo se creó una comisión para trabajar con las MI y los planes departamentales, una comisión sobre el sistema de cuidados. Sobre esta última se crearon dos, una por decreto y otra que formó el Consejo. A una de ellas iban representantes políticos y a la otra iban técnicos, entonces ahí el sistema de cuidado que era un tema de agenda del Consejo tuvo como un sistema paralelo y se generaron ruidos. [...] Otra cosa importante es que se incorporan otras prestaciones a partir de exigencias del propio Presidente, por ejemplo el programa Jóvenes en Red, [...] la atención a algunas zonas complejas y otros programas prioritarios, y [...] las articulaciones en torno a estas iniciativas se hacían más por fuera del Consejo. (Autoridad política entrevistada).

Lo más importante que tiene es la comisión territorial, por todo el vínculo con las Mesas [Interinstitucionales]. [...] No se barajó coordinar a los programas prioritarios desde el Consejo, porque se conformó un comité coordinador, dependiente del Gabinete. (Autoridad política entrevistada).

Cabe indicar como un rasgo de pérdida de relevancia política del Consejo, la instauración de dos comisiones particulares en el marco del Gabinete Social: la relativa a Juventud, que funciona de manera paralela a la localizada en el marco del Consejo, y con tareas de diferente jerarquía y proyección. Mientras que la Comisión de escala macro se encarga del análisis en profundidad de las condiciones de la franja etaria juvenil en condiciones de vulnerabilidad social (por ejemplo las personas que no estudian ni trabajan), la de nivel meso elabora informes sobre los derechos de las y los jóvenes.

La otra unidad temática del Gabinete se aboca nada menos que a la coordinación de algunos de los componentes de los programas sociales calificados como prioritarios para la presente administración, y mencionados brevemente en otro apartado. Dos de estas iniciativas sociales se enmarcan en el MIDES: los ya mencionados Jóvenes en Red y Cercanías, mientras que la tercera, como también se dijo, UCC, se ubica en la órbita de OPP en Presidencia de la República, aun cuando se disponía de encuadres institucionales especializados en materia de pobreza y/o salud en otros espacios institucionales.

Los cambios relatados en torno a la pauta de acción del Consejo generaron percepciones diferentes entre los entrevistados consultados sobre la productividad de ese ámbito. A grandes rasgos, y con la intención de ilustrar el clima de opinión reinante, se identifican dos posiciones relativamente divergentes. Por una parte, están los que consideran que si bien el Consejo no tuvo desempeño destacado, consiguió elaborar nuevos lineamientos de acción tales como los planes territoriales, y de forma incipiente comenzó a procesar la temática sobre la instauración de un nuevo sistema de cuidados. Sin embargo, otros entienden que la productividad de esa instancia coordinadora fue casi nula

---

y no ha producido lineamientos públicos para el campo social que generan impactos políticos, a diferencia de la fase anterior.

Algunos de los temas que tuvo el Consejo [...] fue la revisión del Plan de Equidad que dio lugar a un documento que se llamó 'la Reforma social' que es el marco conceptual de la protección [...] Después otros temas fueron un plan de erradicación de la pobreza extrema que no termina de ser aprobado [...]; y el enfoque que debería tener la creación de un sistema de cuidados [...]. Sobre este tema aún no se ha avanzado más allá de algunas acciones piloto [...]. El Consejo no pudo dotar de orientación estratégica, organizar y articular el conjunto de prestaciones sociales. Ese rol lo desempeñó en el período anterior [...] con la elaboración del Plan de Equidad y la definición de la Estrategia de Infancia Adolescencia [...]. En este período, las propuestas del Consejo no tuvieron ese impacto pero algo se logró avanzar. (Técnico entrevistado).

En este período [...] se destacan como producto el documento de la 'Reforma social', que se pensó como la reformulación del Plan de Equidad, y las agendas departamentales. Con el sistema de cuidados lo que ha pasado es que ha sido discontinuado, pero haber empujado y contar un documento de discusión fue importante. Otro tema del Consejo ha sido el programa Cercanías, que fue producto de un documento del Consejo, que cambia la modalidad de intervención. (Autoridad política entrevistada).

El Consejo tuvo en el primer período de gobierno productos importantes como el Plan de Equidad y la ENIA que si bien no era propiamente del Consejo remitía al Consejo [...]. En este período el Consejo como tal no ha proyectado ningún proyecto de ley, programa y los cambios que se han hecho, por ejemplo en la Tarjeta Uruguay Social, no pasaron por el Consejo sino que se trabajaron directamente en el Gabinete. (Autoridad política entrevistada).

Una última cuestión a mencionar, es la casi unanimidad de opiniones entre los informantes calificados en relación a los factores que incidieron en el cambio de dinamismo del Consejo. Los mismos se detallarán en la sección que trata los obstáculos o cuellos de botella a superar en materia de coordinación, no obstante merece la pena mencionar algunos de ellos, tales como la falta de conducción y liderazgo político de ese espacio, los cambios de orientación y estrategia de acción del ministerio en el que se enmarca el Consejo y la falta de continuidad de la agenda de temas sociales planteados en el gobierno pasado, entre los más destacados.

#### **6.4.4. La coordinación de los programas sociales prioritarios**

La actual administración de gobierno ha priorizado tres programas sociales focalizados para trabajar con un pequeño segmento de población en situación de vulnerabilidad y pobreza extrema. Esos son los programas UCC, Cercanías y Jóvenes en Red. Se trata de intervenciones que tienen una conducción interinstitucional, al involucrar la articulación entre varios servicios sociales existentes.

Para facilitar la gestión de esas intervenciones, el MIDES creó un espacio de coordinación de los tres programas, cuyo propósito es generar una canasta de prestaciones básica para ofrecer a la población beneficiaria de los tres programas. La comisión, integrada por los directores de cada uno de los programas, se ha abocado a definir el conjunto de bienes básicos y posteriormente a negociar su disponibilidad con los ministerios que operan en los programas.

La comisión cobró mayor sentido al iniciarse la implementación, desde mayo de 2013, del programa «7 zonas», donde los tres programas tienen que concentrar su accionar.

Importa agregar, brevemente, que el proyecto «7 zonas» consiste en la selección de esa cantidad de zonas de intervención conjunta por parte de diferentes organismos públicos (ministerios, gobiernos departamentales y municipales), co-dirigidos por el MIDES y el Ministerio del Interior. El proyecto busca trabajar con 31.151 personas ubicadas en cuatro

---

zonas de Montevideo: Marconi, Cantera del Zorro, Chacarita de los Padres y Santa Teresa, y Barrio Ituzaingó; y dos en la ciudad de Las Piedras: Vista Linda y Obelisco, y Villa Manuela en Barros Blancos (Presidencia de la República <sup>11</sup> y entrevista a autoridades políticas). El plan contempla intervenciones en materia de acceso a la vivienda, culminación de educación, capacitación e inserción laboral, acceso a servicios de salud. Contempla asimismo transferencias monetarias para servicios de cuidado infantil (guarderías privadas). Por último, el Ministerio del Interior refuerza, con recursos humanos, su trabajo en las zonas seleccionadas.

Finalmente, y retomando la mirada sobre la coordinación de los programas prioritarios, es de mencionar cierta discrepancia o desconocimiento acerca del vínculo de la Comisión de programas prioritarios con el Gabinete Social. Para unos «[...] esto es una comisión del Gabinete, o en todo caso de quien el Gabinete delegue.» (autoridad política entrevistada). Para otros, no existe un referente claro. «[...] este ámbito de coordinación no tiene un referente institucional en el Gabinete ni en el Consejo» (autoridad política entrevistada).

#### **6.4.5. Evaluación de los programas sociales y desarrollo de los sistemas de información como sustento de la coordinación**

En lo referente a la evaluación de los programas sociales que integran la RAIS, al MIDES le corresponde un papel prioritario, a través de la DINEM, a la que le compete realizar «el seguimiento, la supervisión y la evaluación de los planes, programas y proyectos sociales implementados por el ministerio y de las restantes políticas y programas nacionales sin perjuicio de las competencias de otros organismos en la materia» (MIDES 2011, pág. 301). Desde allí se ha impulsado la evaluación del régimen de AFAM instalado por el Plan de Equidad, con el asesoramiento de la Universidad de la República <sup>12</sup>, así como evaluaciones de un conjunto de programas socioeducativos y sociolaborales (véase al respecto MIDES, 2011). Además, se está trabajando en el diseño de evaluación de los programas prioritarios (autoridad política y técnico entrevistados).

Asimismo, se han hecho esfuerzos por avanzar en la creación de sistemas de información sobre las políticas sociales. En particular, cabe destacar la creación del Observatorio Social de Programas e Indicadores y del SIIAS. Este último tiene como cometido «[...] generar un sistema interinstitucional de información integrada, que vincule datos de los distintos organismos, tanto de sus programas sociales como en su ejecución y

<sup>11</sup> Véase: <http://www.presidencia.gub.uy/Comunicacion/comunicacionNoticias/olesker-consejo-ministros-13-mayo> [enero de 2014].

<sup>12</sup> De las prestaciones más destacadas de la RAIS, cabe señalar que las evaluaciones realizadas sobre los programas de las Asignaciones Familiares-Plan de Equidad y la Tarjeta Alimentaria indican que ambos contribuyeron a expandir la llegada de las prestaciones sociales a los estratos de menores ingresos que anteriormente se encontraban virtualmente desprotegidos, especialmente en los hogares integrados por niños y adolescentes (Colafranceschi y Vigorito, 2013; MIDES, 2011). Ello tuvo impactos importantes en términos de reducción de la indigencia, aunque menores en el plano de la pobreza. Según dicha evaluación: «en la actualidad, el acceso a prestaciones en los estratos de menores ingresos sea casi universal, no existiendo brechas significativas con el grupo de adultos mayores, tradicionalmente cubierto por el ala no contributiva de las transferencias. Persisten, sin embargo, grupos con cobertura baja, como es el caso de los hogares que no cuentan con menores de 18 ni con mayores de 65 años» (Colafranceschi y Vigorito, 2013, pág. 31).

---

sus respectivos beneficiarios.» (artículo 621 de la ley núm. 18.719). Aun cuando este sistema se encuentra en una fase intermedia de desarrollo, ha mostrado utilidad para impulsar la mejora de la calidad de la información generada por los distintos organismos que operan en el área social, proveer a otros organismos información que facilite una mejor focalización, así como facilitar el control de las contraprestaciones establecidas en las AFAM (técnico entrevistado).

Sin embargo, a pesar de estos avances, subsisten problemas en materia de evaluación de las políticas sociales, que surgen tanto de las fallas en el diseño de los programas sociales, de la disparidad de esfuerzos de evaluación de las distintas intervenciones sociales, como de la dispersión institucional de los espacios dedicados a la evaluación dentro del campo social.

En el primer plano, el propio MIDES (2011) destaca la existencia de una serie de problemas en el diseño de buena parte de los programas sociales, que dificultan su implementación y obtención de resultados. De esa forma, se alude principalmente a la fragilidad en el diagnóstico del problema, el débil vínculo entre la intervención planificada y el impacto deseado, la falta de claridad en la definición de objetivos y población objetivo, la ausencia de conceptualizaciones operacionalizables y la fragmentación de los programas que implementa el MIDES (MIDES, 2011, págs. 302-303).

En segundo lugar, las evaluaciones de los programas que integran la red de asistencia social tienen un carácter dispar, pues algunas prestaciones han sido objeto de evaluación sistemática mientras que otras no, lo cual plantea un panorama en el que el conocimiento sobre los resultados e impactos de los diversos programas es altamente heterogéneo.

En tercer lugar, se identifica una fragmentación de los espacios de evaluación, que se encuentran dispersos en diferentes ministerios y agencias públicas. Algunas áreas cuentan con agencias de evaluación específicas, como por ejemplo, el área de la educación, en la que opera la Gerencia de Investigación y Evaluación de la ANEP, o más recientemente, el Instituto Nacional de Evaluación Educativa creado en el año 2013. Mientras tanto, otras arenas de políticas sociales no disponen de ámbitos institucionales dedicados a la evaluación y han sido objeto de evaluaciones de carácter puntual o esporádico, como por ejemplo, el ámbito de la salud. Aun cuando en la OPP se han creado unidades destinadas al seguimiento de distintas políticas sociales — como el Área de Gestión y Evaluación del Estado o el recientemente creado OPP —, estas experiencias no permiten avizorar un cambio en el carácter fragmentado y parcial de la evaluación de los programas que integran la RAIS.

## **6.5. Cuellos de botella para la coordinación**

De acuerdo a lo manifestado por las diferentes personas entrevistadas, en líneas generales, los problemas o cuellos de botella existentes en el caso del área social uruguaya, a la hora de realizar una efectiva coordinación de los diferentes esfuerzos institucionales, no difieren demasiado de lo observado en buena parte de la literatura en la materia. En este sentido, sin lugar a dudas, el gran condicionante para esta actividad es el de la voluntad política de las altas esferas de gobierno. Mientras no exista un serio compromiso con la tarea de coordinar, será prácticamente imposible que la misma logre cumplir con los productos que se esperan.

El éxito de este tipo de espacios depende de la combinación entre el diseño del espacio y la «buena onda» de los participantes. Pero esta última es un 60 por ciento, el diseño importa menos porque lo básico es la voluntad de coordinar, yo le llamo tirar los alambrados abajo. Una de las cosas más problemáticas que tiene el Estado es la compartimentación, el no leerse uno al otro. (Autoridad política entrevistada).

---

Justamente, en contextos de fuerte compartimentación de las actividades sectoriales, los intentos por establecer efectiva coordinación interinstitucional deberán apoyarse en sólidos acuerdos políticos. En el caso del objeto de este informe, el primer período de gobierno del Frente Amplio (2005-2009) tuvo claramente en el PANES y el Plan de Equidad grandes proyectos que permitían aunar esfuerzos dispersos en el entramado institucional del Estado uruguayo. La existencia de un proyecto claro, con recursos disponibles para distribuir entre los diferentes actores participantes, sumado al importante factor simbólico que implicaba formar parte del primer gobierno de izquierda en la historia del país, facilitó enormemente la tarea de coordinación. Como lo manifestó uno de los entrevistados:

Lo que hubo en el período pasado, seguramente también influido por el grado de compromiso adicional que conllevaba el hecho de ser el primer gobierno de izquierda, que te hacía ser mucho más responsable, con una mirada más ancha de la cancha, de alguna manera una de las cosas que había que demostrar era que podíamos gobernar, entonces eso también te da una visión de mayor amplitud. Yo creo que en alguna medida parte de eso se perdió en este período. (Autoridad política entrevistada).

El problema fue que, superado este primer momento o «luna de miel», ante la falta de otro gran proyecto común, rápidamente comenzaron a operar nuevamente las lógicas sectoriales que han antecedido al gobierno del Frente Amplio. De manera que, sin el apoyo político explícito, estos espacios (Gabinete Social, Consejo de Políticas Sociales, MI) quedan a merced de una serie de bloqueos burocráticos y del conflicto entre las diversas lógicas organizativas existentes en el área social, que además se combinaron con la lógica de asignación de cargos basada en el reparto entre sectores del Frente Amplio. Este último punto determinó que muchas veces las diferencias entre sectores se trasladaran al funcionamiento de los organismos públicos, minando en buena medida la cooperación para la coordinación.

Esta dependencia del liderazgo, y sobre todo de la concepción sobre la función de la coordinación que se tenga, es en buena medida la explicación de por qué los papeles del Gabinete y el Consejo difirieron tanto de un gobierno a otro de un mismo partido. Como los principales referentes políticos (ministros, por ejemplo) del primer período de gobierno se dedicaron a establecer grandes líneas que posteriormente fueron discutidas y gestionadas por el Consejo, el mayor protagonismo que adquirió el Gabinete en el actual período de alguna manera vació de contenido al Consejo (autoridad política entrevistada). No obstante, otros entrevistados identificaron una debilidad en quienes lideraron la coordinación en el Consejo, en el sentido de que no lograron consolidar una agenda compartida de tareas:

La agenda [del Consejo] terminó siendo la agenda del coordinador del Consejo, y por eso tuvo etapas: derechos económicos y sociales primero, porque había expectativas de financiamiento; y terminó viniendo el sistema de cuidados. Por lo tanto, se está expuesto a los cambios en la orientación de la dirección [...]. Entonces, terminas siguiendo temas de coyuntura. Un ejemplo son los planes departamentales, que arrancan de [el presidente José] Mujica prometiendo en [el departamento de] Artigas que volvía en 40 días con un plan. Como lo había pedido el presidente, las instituciones se vieron apretadas por cumplir, y ahí funcionó. Como fue exitoso, se ha querido replicarlo a otros departamentos, pero ahí la cosa desbarrancó por falta de apoyo de las otras instituciones, porque no planifican en el largo plazo la territorialización de sus intervenciones. (Técnico entrevistado).

Por otra parte, las entrevistas dieron cuenta de una tensión vinculada al sentido de apropiación de la política o programa objeto de la coordinación. En la medida en que no se considera la coordinación como una actividad que «paga» políticamente, los diferentes actores participantes pueden tener la tendencia a posicionarse como aquellos que efectivamente implementan la política. El problema que surge cuando esta lógica se instala en los espacios de coordinación es que la competencia termine primando sobre la

---

colaboración: «Hay una cuestión que tiene que ver con la empatía de quienes tienen que coordinar pero también hay una cuestión con la voluntad política que exista para coordinar, que importe más el producto que quién lo hizo. De esa manera es que efectivamente el foco está en quién recibe la política y no en quién la hace.» (autoridad política entrevistada).

De modo similar, puede ser mucho más tentador concentrarse en las cuestiones de más corto plazo, lo que puede terminar por debilitar una de las principales funciones de la coordinación que es justamente la planificación conjunta y una visión de largo plazo (técnico entrevistado).

Un punto de especial consideración es el hecho de que el liderazgo de la coordinación del área social le corresponde al MIDES. Esto plantea la cuestión de saber si una institución relativamente nueva tendrá la capacidad de ejercer efectivamente esa coordinación al momento de negociar y llegar a acuerdos en materia política y presupuestaria con actores históricos muy fuertes. Este hecho, convive con la necesidad de ministerios como el MIDES de lograr posicionarse públicamente. En este sentido, la lógica que se termine por priorizar tendrá un impacto directo en la calidad de la coordinación. Así, algunos entrevistados han percibido una merma en el tipo de liderazgo de estos espacios ejercido por el MIDES, pero al mismo tiempo se ha observado un afán del Ministerio por adquirir mayor protagonismo público, lo que determinó que se dejaran de lado los espacios de coordinación existentes, optando en cambio por acuerdos de tipo informal.

En relación a los puntos a partir de los cuales se podrían mejorar o evitar algunos de los cuellos de botella, los entrevistados señalaron, básicamente, dotar a estos espacios de coordinación de los recursos necesarios para asumir tareas de seguimiento de los programas comunes que se vayan implementando, además de colaborar con los diferentes organismos en la solución de los problemas que puedan ir surgiendo, por una parte. Por otra parte, a fin de comprometer políticamente a los distintos actores en la implementación de las nuevas iniciativas, se podría intentar, como ya se ha hecho en algunos casos, implicarlos en la gestión cotidiana del programa, para que su participación no se limite únicamente al diseño del mismo. Además, ante la percepción de que existen demasiados ámbitos de coordinación que se solapan y no aparecen jerarquizados ni conectados entre sí, una buena alternativa sería intentar racionalizar y reducir estos espacios. Finalmente resulta interesante subrayar la opinión de uno de los entrevistados en relación a la forma de mejorar estos instrumentos:

Hay dos cosas que pueden ayudar [a] que estos instrumentos de articulación sean más productivos: la cuestión de la agenda y la cuestión de los liderazgos. El funcionamiento es una combinación de esas dos cuestiones pero es difícil si los actores políticos de gobierno no tienen esa visión de conjunto que te ayuda la continuidad de una agenda de temas políticos. No hubo un corte o ruptura de un período a otro sino un *stop*.

## 6.6. Conclusión

A partir del análisis de la información primaria y secundaria sobre los diferentes espacios de coordinación interinstitucional del área social uruguaya, se pueden confirmar algunas de las cuestiones preliminares en relación a este estudio. En primer lugar, se puede constatar que durante los últimos dos períodos de gobierno ha existido cierta continuidad del enfoque con el que se han abordado en Uruguay los problemas referidos a la protección social en general, y a la atención de las poblaciones y colectivos en situación de vulnerabilidad social, en particular. Dicha continuidad se ve reflejada en las sucesivas transiciones del Plan de Emergencia hacia el Plan de Equidad, en el período pasado, y de

---

este último — aunque de forma menos concreta y clara —, hacia la denominada Reforma Social y la conformación de la RAIS.

Como se explicó a lo largo de este estudio de caso, dicha reforma y su red de asistencia se puede asociar teóricamente con la noción de piso de protección social, entre otras cosas, como consecuencia de que la misma se propone oficializar como un canal de vinculación y revinculación del componente asistencial con los programas tradicionales de protección, a un conjunto de la población que no ha logrado integrarse mediante los canales tradicionales basados en la pertenencia al mercado formal de empleo. No obstante, cabe recordar que esta red parece encontrarse aún en proceso de revisión.

Pero si bien el caso uruguayo tiende a presentar a priori importantes ventajas a la hora de consolidar un piso de protección lo suficientemente sólido y universal — por sus pequeñas dimensiones territoriales y de población, entre otros —, lo cierto es que el repaso del conjunto de iniciativas públicas existentes no hace más que ilustrar claramente la absoluta prioridad que ha adquirido en el contexto actual, la inversión técnica, y sobre todo política, en el desarrollo de instancias de coordinación potentes al interior del sector público.

En este mismo sentido, en relación a la necesidad de establecer instancias formalizadas e institucionalizadas de coordinación interinstitucional, ambos períodos han mantenido cierta coherencia en la orientación hacia la valorización política de las actividades de coordinación. Sin embargo, el proceso no parece seguir los mismos niveles de acuerdo en lo relativo a quién debe hacerse cargo de promover y orientar dicha coordinación, más allá de que legalmente esta sea competencia del MIDES. Se advierte una cierta desaceleración del ritmo con el cual estos temas avanzaron durante el primer gobierno del Frente Amplio. De acuerdo a las opiniones recogidas al respecto, parece confirmarse que el freno en el funcionamiento de algunos ámbitos, particularmente el Consejo, se explica por efectivos cambios de la orientación política de los principales cargos del poder ejecutivo.

Estos vaivenes en torno a la preeminencia del Consejo o del Gabinete Social en los últimos dos períodos de gobierno no hacen más que explicitar algunos problemas relacionados con ciertas ambigüedades en la conformación inicial de estos espacios, que justamente habilitan posteriores confusiones o diferentes apropiaciones de las funciones de cada uno de los espacios. Esta volatilidad, en contexto de gobiernos de un mismo partido, también da cuenta de lo costoso y complicado de mantener cierta continuidad de funcionamiento debido, entre otras razones, a la necesidad aparente de poner en marcha procesos «con sello propio». Esto explicaría en parte por qué los nuevos programas prioritarios impulsados por el actual gobierno han optado por construir sus propios espacios de coordinación, de forma independiente a las capacidades ya instaladas en el Estado uruguayo.

Definida analíticamente la RAIS como el componente clave del piso de protección social para el caso uruguayo (con las advertencias antes mencionadas), de acuerdo a la información presentada, se desprende que aún no terminan por establecerse claramente la orientación, ni el contenido de la red. Este punto no es menor, ya que de dicha definición dependerá en buena medida el alcance y la profundidad de la reformulación de los programas ya existentes, o incluso la creación de nuevas iniciativas en materia social. El universo de programas definidos para este estudio presenta importantes problemas en relación al alcance de las prestaciones, debido fundamentalmente a que no logran acercarse a cubrir a su población objetivo. En tanto parte de un «piso», estas iniciativas deberían aspirar a cubrir a la totalidad de la población objetivo, o de lo contrario las grietas pueden impactar en la sostenibilidad de toda la arquitectura social.

---

En relación a la consolidación de la RAIS como piso de protección, parece interesante también observar algunos aspectos vinculados a las características de la institución encargada de velar por su concreción y funcionamiento: el MIDES. Un elemento clave de cualquier piso de protección, como ya fue mencionado, es la capacidad de que buena parte de las iniciativas implementadas tengan como uno de sus principales objetivos oficiar de puente o nexo con las políticas sociales de corte más universal como la sanitaria, la educativa o la seguridad social. En este sentido, el hecho de que siga existiendo una tendencia mayoritaria a considerar al MIDES como un «ministerio para pobres» puede incidir negativamente en la capacidad del mismo para lograr atender con sus programas a los grupos más vulnerables de la población.

No obstante esto, la principal conclusión parece ser que efectivamente el Uruguay ha dado importantes pasos hacia la consolidación de un piso de protección social efectivo, que trascienda la mera enunciación de derechos, sin correlato sustantivo. Se han creado espacios de coordinación, que a pesar de los problemas reseñados, han comenzado a introducir prácticas que antes no existían, y que como todo cambio cultural, implicará ritmos diferenciales de adaptación para diferentes entornos organizativos. La propia formulación del Plan de Equidad, su puesta en marcha y seguimiento, parecen oficiar como auspiciosos ejemplos de prácticas virtuosas en este sentido. De cualquier manera, también se torna necesaria la implementación de algún tipo de instancia de evaluación de la coordinación, como forma de ajustar procedimientos, racionalizar esfuerzos y generar correas de transmisión de prácticas virtuosas que puedan ir apareciendo tanto a nivel nacional como local.

En definitiva, en relación a las enseñanzas o aprendizajes que puede dejar el caso uruguayo sobre la construcción de un piso de protección social en general, y en particular, la generación de espacios de coordinación interinstitucional que funcionen de forma efectiva, dos son las que destacan. En primer lugar, el repaso de la trayectoria del país — con sus respectivos vaivenes — a lo largo de los dos períodos de gobierno del Frente Amplio dan cuenta de lo indispensable que es el fuerte compromiso político de los principales referentes institucionales para que cada una de estas iniciativas funcione. En aquellos momentos en los cuales el Presidente *apadrinó* el espacio, la coordinación se realizó de forma mucho más virtuosa. En segundo lugar, y en forma absolutamente complementaria al primer punto, la coordinación adquirirá real sentido y logrará reunir el apoyo de los diferentes actores involucrados en aquellas políticas o programas donde el propio espacio de coordinación tiene recursos propios que necesitan ser gestionados. En la medida que existan estos recursos, los ministerios sectoriales tendrán mayores incentivos para participar activamente, porque en el espacio hay distribución de recursos. De lo contrario, habrá dificultades para reconocer las ganancias o ventajas de permanecer allí, y el espacio será advertido como un punto que distrae de las tareas rutinarias de cada uno. En resumen, apoyo político y recursos para gestionar parecen ser los ingredientes esenciales de la receta.

---

## 6.7. Anexos

### **Anexo 1. Listado de personas entrevistadas en el marco del estudio**

<b>Nombre</b>	<b>Cargo</b>
Mariana Drago	Directora de Coordinación Interdireccional del MIDES
Wilson Galli	Director/Representante del Banco de Previsión Social en el Consejo Nacional de Coordinación de Políticas Sociales
Luis Garibaldi	Director/Representante del Ministerio de Educación y Cultura en el Consejo Nacional de Coordinación de Políticas Sociales
Miguel Lorenzoni	Ex funcionario de la Dirección Nacional de Política Social (en el Repertorio de Programas Sociales)
Pablo Martínez	Asesor de la Asesoría Macro en Políticas Sociales del MIDES y del Consejo Nacional de Coordinación de Políticas Sociales
Daniel Olesker	Ministro de Desarrollo Social
Manuel Piriz	Encargado de Repertorio de Programas Sociales en la Dirección Nacional de Monitoreo y Evaluación del MIDES
Matías Rodríguez	Director Instituto Nacional de la Juventud (INJU)
Andrés Scagliola	Director de la Asesoría Macro en Políticas Sociales del MIDES
Milton Silveira	Encargado/Representante del MIDES en el Sistema Integrado de Información del Área Social (SIAS)
Rafael Tejera	Funcionario de la Asesoría Macro en Políticas Sociales del MIDES en la Secretaría técnica del Consejo Nacional de Coordinación de Políticas Sociales
Bruno Vera	Secretaría Técnica del Instituto Nacional de la Juventud (INJU)

### **Anexo 2: Programas sociales incluidos en el Plan de Equidad**

#### A.2.1. Prestaciones monetarias no contributivas

<b>Políticas y prestaciones</b>	<b>Objetivo</b>	<b>Ejecutor</b>
Asignaciones Familiares	Transferencia monetaria condicionada a niños/as y adolescentes de hogares en situación de vulnerabilidad socioeconómica	MIDES-BPS
Asistencia a la Vejez	Transferencia monetaria a mayores de 65 años y menores de 70 con carencias críticas	MIDES-BPS

Fuente: MIDES, s/f.

## A.2.2. Políticas de educación y atención a la primera infancia e infancia

Línea de Acción	Programas Sociales	Objetivo	Ejecutor
Aumento de la cobertura y mejora de la calidad en la atención a la primera infancia	Plan CAIF	Mejorar el desarrollo integral, crecimiento y maduración de la primera infancia en situación de pobreza	INAU
	Programa Centros Primera Infancia (ej. Centros Diurnos)	Atender a niños y niñas menores de 4 años procurando prevenir y revertir situaciones de vulnerabilidad y fomentar su desarrollo integral	INAU
	Programa Nuestros Niños		IMM <sup>1</sup>
Mejora de rendimiento y asistencia en enseñanza primaria	Programa Aduana	Apoyar al control de salud desde el nacimiento hasta los 2 años de edad	ASSE
	Educación Inicial	Aumentar la cobertura Educación Inicial	ANEP
	Maestros Comunitarios	Reducir la deserción escolar y brindar apoyo pedagógico específico a los niños de bajo rendimiento escolar	ANEP-CEIP <sup>2</sup> -MIDES
	Educación Física en las Escuelas (ej. Estrategia de Recreación y Deporte)	Universalización de la educación física en escuelas públicas de todo el país	ANEP
	Club de Niños en convenio	Mejorar el rendimiento y asistencia de los niños/as que concurren a las escuelas públicas	INAU

Notas: <sup>1</sup> Intendencia Municipal de Montevideo (IMM). <sup>2</sup> Consejo de Educación Inicial y Primaria (CEIP).

Fuente: MIDES, s/f.

## A.2.3. Políticas de educación y atención a la adolescencia y juventud

Línea de acción	Políticas y prestaciones	Objetivo	Ejecutor
Mejora del nivel educativo de los adolescentes y jóvenes adultos que se encuentran fuera del sistema educativo formal	Programa Puente de Acreditación	Facilitar la culminación del ciclo primario escolar a adolescentes entre 13 y 17 años favoreciendo la continuidad del ciclo educativo	ANEP-MIDES
	Programa Impulso a la Universalización del Ciclo Básico	Reducir la deserción del ciclo básico en 78 liceos de Montevideo e Interior, donde el 60 por ciento de los adolescentes matriculados está en riesgo de deserción	ANEP-CES <sup>1</sup>
	Programa Aulas Comunitarias	Programa dirigido a estudiantes que se desvincularon de la educación formal o están en riesgo de hacerlo	ANEP-CES-MIDES
	Programa «Pintó Deporte en el Liceo»	Incrementar los niveles de actividad física y deportiva de alumnos de secundaria	ANEP-CES
	Becas de Apoyo Económico	Apoyar económicamente a estudiantes del ciclo básico que están en riesgo de abandono	MEC
	Ciclo Básico Tecnológico Agrario en régimen de alternancia	Aplicar cobertura en los internados de 12 «escuelas de alternancia» para adolescentes del medio rural	ANEP-CETP <sup>2</sup>
	Educación Técnica Formación Profesional de Base. Plan 2007 (en su modalidad intramuros y comunitaria)	Lograr una mejor inserción social y una certificación laboral	ANEP-CETP
	Fondo de Equidad (compra de equipos y materiales para cursos del CETP)	Comprar materiales y equipos para jóvenes de 15 a 20 años pertenecientes a hogares de menores ingresos	ANEP-CETP

Línea de acción	Políticas y prestaciones	Objetivo	Ejecutor
	Pasantías Laborales del CETP	Prevenir el abandono de los estudios por razones económicas, dirigido a jóvenes mayores de 16 años	ANEP-CETP
	Programa Nacional de Educación y Trabajo de CECAP <sup>3</sup>	Programa de educación no formal dirigido a jóvenes de 15 a 20 años con primaria completa y ciclo básico no iniciado o inconcluso	MEC
	Programa Aprender Siempre	Programa de educación no formal dirigido a personas mayores de 20 años	MEC

Notas: <sup>1</sup> Consejo de Educación Secundaria (CES). <sup>2</sup> Consejo de Educación Técnico Profesional (CEPT). <sup>3</sup> Centro Educativo de Capacitación y Producción (CECAP).  
Fuente: MIDES, s/f.

#### A.2.4. Trabajo promovido

Programas Sociales	Objetivo	Ejecutor
Uruguay Trabaja	Proceso de realización de actividades de valor público que tiene al trabajo como factor socioeducativo. Involucra acompañamiento social por 9 meses y actividades de capacitación laboral	MIDES-BPS
Objetivo Empleo	Subsidio a la contratación de desocupados de larga duración por empresas. Orientación y capacitación laboral	MTSS

Fuente: MIDES, s/f.

#### A.2.5. Seguridad alimentaria

Programas sociales	Objetivo	Ejecutor
Tarjeta Alimentaria-Plan de Equidad	Brindar apoyo alimentario a población en situación de pobreza extrema. Refuerzo en la tarjeta alimentaria a hogares con mayor índica de carencias críticas	MIDES-BPS
Plan Alimentario Nacional (PAN)	Implementar sistema de canastas como complemento alimentario recomendado básicamente por instituciones de Asistencia Médica y ligándolas al primer nivel de atención	MTSS-INDA <sup>1</sup>
Asistencia a las instituciones Públicas y Privadas (AIPP)	Apoyar con asistencia alimentaria a Instituciones públicas con servicios sociales	MTSS-INDA
INDA-CAIF (centro de atención integral a la familias)	El objetivo del programa es contribuir a mejorar el estado nutricional de los niños que asisten a los centros CAIF	MTSS-INDA

Nota: Instituto Nacional de Alimentación (INDA).

Fuente: MIDES, s/f.

## A.2.6. Integración social

Línea de acción	Programas Sociales	Objetivo	Ejecutor
Programas de Inclusión Social	Uruguay Integra	Programa de carácter socioeducativo y comunitario que promueve la generación de vínculos, habilidades y herramientas que permitan la inclusión	MIDES en convenio con OSC
Promoción de emprendimientos productivos	Desarrollo Local (Emprendimientos productivos)	Programa de promoción, asistencia técnica y financiera para emprendimientos productivos de población en situación de pobreza	MIES <sup>1</sup> -MIEM <sup>2</sup> -MGAP <sup>3</sup> -LATU <sup>4</sup> -ANEP-CETP-UdelaR
	Cooperativas sociales	Promover el desarrollo de cada grupo y cada socio, la formación profesional y el acceso al crédito	MIDES-INEFOP-UdelaR
Discapacidad	Capacitación laboral (PRONADIS <sup>5</sup> ) Convenio MIDES-CINDIS (PRONADIS) Apoyo a personas con movilidad reducida (PRONADIS) Instituto Nacional de ciegos «Gral Artigas» (PRONADIS) Paseos y disfrute del tiempo libre (PRONADIS) Curso de intérprete en lengua de señas (PRONADIS) Centro de rehabilitación Tiburcio Cachon (PRONADIS) Curso de capacitación en actividades de la vida diaria para personas trabajadoras con o no videntes (PRONADIS) Banco de Ayudas Técnicas (PRONADIS)	Asistencia a la discapacidad	MIDES

Notas: <sup>1</sup> Ministerio de Inclusión Económica y Social (MIES). <sup>2</sup> Ministerio de Industria, Energía y Minería (MIEM). <sup>3</sup> Ministerio de Ganadería, Agricultura y Pesca (MGAP). <sup>4</sup> Laboratorio tecnológico del Uruguay (LATU). <sup>5</sup> Programa Nacional de Discapacidad (PRONADIS).  
Fuente: MIDES, s/f.

### **Anexo 3: Cuadros analíticos de los programas de asistencia social**

#### A.3.1. Participación de organismos públicos nacionales en co-ejecución de programas de asistencia social (en número de programas)

<b>Nombre del organismo nacional</b>	<b>Cantidad de programas co-ejecutados</b>
ANEP	28
ASSE	20
BPS	9
Corte Electoral	1
Empresas públicas y otros públicos OSE <sup>1</sup> , ANTEL <sup>2</sup> , ANCAP <sup>3</sup> , BROU <sup>4</sup> , BHU <sup>5</sup> , Correos	10
Entidades Privadas (Transporte y otras)	13
Gobiernos Departamentales	35
Gobiernos Locales (Municipios)	1
INAU	9
MDN	4
MEC	11
MEF	1
MGAP	2
MI	11
MIDES	31
MRREE <sup>6</sup>	2
MSP	12
MTD	4
MTOP <sup>7</sup>	1
MTSS (incluye INEFOP e INDA)	29
MVOTMA (incluye ANV <sup>8</sup> )	16
OPP (incluye JND <sup>9</sup> y CND <sup>10</sup> )	10
Organismos internacionales (incluye fondos internacionales y embajadas o consulados)	5
Organizaciones de la Sociedad Civil (ECA <sup>11</sup> , ONG)	64
Poder Judicial	1
Sistema Integrado de Salud	4
UDELAR	9

Notas: <sup>1</sup> Obras Sanitarias del Estado (OSE). <sup>2</sup> Administración Nacional de Telecomunicaciones (ANTEL). <sup>3</sup> Administración Nacional de Combustibles, Alcoholes y Portland (ANCAP). <sup>4</sup> Banco de la República Oriental del Uruguay (BROU). <sup>5</sup> Banco Hipotecario del Uruguay (BHU). <sup>6</sup> Ministerio de Relaciones Exteriores (MRREE). <sup>7</sup> Ministerio de Transporte y Obras Públicas (MTOP). <sup>8</sup> Agencia Nacional de Vivienda (ANV). <sup>9</sup> Junta Nacional de Drogas (JND). <sup>10</sup> Corporación Nacional para el Desarrollo (CND). <sup>11</sup> Agencia de Crédito a la Exportación (ECA).

Fuente: Elaboración propia en base a MIDES (2013).

### A.3.2. Tipo de participación en los programas sociales por parte del organismo principal

<b>Organismo Principal</b>		<b>No</b>	<b>Si</b>	<b>Sin dato</b>	<b>Total</b>
Diseño	Frecuencia	14	196	23	233
	Porcentaje	6	84,1	9,9	100
Financia	Frecuencia	17	193	23	233
	Porcentaje	7,3	82,8	9,9	100
Aporta Recursos Físicos	Frecuencia	40	170	23	233
	Porcentaje	17,2	73,0	9,9	100
Aporta Recursos Humanos	Frecuencia	19	191	23	233
	Porcentaje	8,2	82	9,9	100
Aporta Bienes para su distribución	Frecuencia	110	99	24	233
	Porcentaje	47,2	42,5	10,3	100
Coordina	Frecuencia	6	204	23	233
	Porcentaje	2,6	87,6	9,9	100
Ejecuta	Frecuencia	26	184	23	233
	Porcentaje	11,2	79	9,9	100
Evalúa y/o Monitorea	Frecuencia	28	182	23	233
	Porcentaje	12	78,1	9,9	100

Fuente: Elaboración propia en base a MIDES (2013).

### A.3.3. Tipo de participación en los programas sociales por parte del co-ejecutor

<b>Organismo co-ejecutor</b>		<b>No</b>	<b>Si</b>	<b>Sin dato</b>	<b>Total</b>
Diseño	Frecuencia	168	37	28	233
	Porcentaje	72,1	15,9	12	100
Financia	Frecuencia	156	49	28	233
	Porcentaje	67	21	12	100
Aporta Recursos Físicos	Frecuencia	121	84	28	233
	Porcentaje	51,9	36,1	12	100
Aporta Recursos Humanos	Frecuencia	110	97	26	233
	Porcentaje	47,2	41,6	11,2	100
Aporta Bienes para su distribución	Frecuencia	165	40	28	233
	Porcentaje	70,8	17,2	12	100
Coordina	Frecuencia	105	102	26	233
	Porcentaje	45,1	43,8	11,2	100
Ejecuta	Frecuencia	123	84	26	233
	Porcentaje	52,8	36,1	11,2	100
Evalúa y/o Monitorea	Frecuencia	151	54	28	233
	Porcentaje	64,8	23,2	12	100

Fuente: Elaboración propia en base a MIDES (2013).

### A.3.4. Nombre del organismo responsable del plan o sistema

	Frecuencia	Porcentaje
Sin definición	5	2,1
ANEP	19	8,2
BPS	1	0,4
CNPS	17	7,3
INAU	1	0,4
MVOTMA	7	3
MIDES	18	7,7
MEC	5	2,1
MGAP	1	0,4
MSP	2	0,9
MTSS	16	6,9
MI	1	0,4
UdelaR	10	4,3
ASSE	1	0,4
MTOP	2	0,9
No corresponde	127	54,5
Total	233	100

Fuente: Elaboración propia en base a MIDES (2013).

### Anexo 4: Principales ámbitos de coordinación y articulación en los que participa el MIDES

Ámbito	Función	Papel del MIDES	Organismo Participantes	Principales Productos
Gabinete Social	Coordinación de Políticas Intersectoriales	Preside	MEF, MEC, MTSS, MSP, MINTUR, MVOTMA, OPP y el Congreso de Intendentes	Plan de Equidad
Consejo Nacional de Políticas Sociales (CNPS)	Coordinación de Políticas intersectoriales	Preside	MEF, MEC, MTSS, MSP, MTD, MVOTMA, OPP, Congreso de Intendentes, ANEP, BPS, INAU e INE.	Elaboración del Plan de Equidad Informe ODM
Mesas Interinstitucionales (MI)	Articulación territorial de Políticas Sociales	Coordina	Representantes locales de los organismos participantes del CNPS	Proyectos territoriales para ejecución Coordinación con OPP y MEC.
Consejos Sociales (CS)	Articulación territorial y promotor de intercambio con las MI	Apoyo técnico	Organizaciones de la Sociedad Civil (OSC)	20 Consejos Sociales en 18 deptos.
Comité de Coordinación Estratégica de Infancia y Adolescencia (CCE <sup>1</sup> )	Articulación de políticas intersectoriales de la temática específica	Coordina	MSP, MEC, MI, MTD, ASSE, ANEP —CEP <sup>2</sup> , ANEP — CES, ANEP — CETP, INAU.	Componente de infancia y adolescencia de la Red de Asistencia del Plan de Equidad.

Ámbito	Función	Papel del MIDES	Organismo Participantes	Principales Productos
				Elaboración de la ENIA 2010- 2030. Plan de Acción 2010-2015 (asociado a la ENIA 2010-2030).
Mesas de Coordinación Zonal (INFAMILIA)	Articulación territorial de políticas intersectoriales de infancia y adolescencia en condición de vulnerabilidad	Coordina	Representantes locales del MSP, MEC, MI, MTD, ASSE, ANEP — CEP, ANEP — CES, ANEP — CETP, INAU y OSC y vecinos.	72 mesas de coordinación en territorios con intervención de INFAMILIA. 25 planes regionales para la infancia y la adolescencia.
Plan Nacional de Lucha contra la violencia doméstica	Articulación de políticas intersectoriales dirigidas a sectores vulnerables	Preside	MI, MSP, INAU, Poder Judicial, ANEP, Congreso de Intendentes, Red Uruguaya contra la Violencia Doméstica y Sexual.	Plan Nacional de lucha contra la Violencia Doméstica.
Plan Nacional de igualdad de oportunidades y derechos (entre hombres y mujeres)	Articulación de políticas intersectoriales	Preside	S/D	Comisiones de género instaladas en siete ministerios, un ente autónomo y dos empresas públicas.
Consejo Nacional Consultivo Honorario de los Derechos del Niño y el Adolescente	Intercambio y seguimiento de políticas	Co-Preside (con MEC)	MEC, MIDES, INAU, ANEP, Poder Judicial, Congreso de Intendentes, Colegio de Abogados, OSC, Instituto Pediátrico Morquio.	S/D
Comisión Nacional Sectorial de la Seguridad Social	Articulación de políticas intersectoriales	Integrante	MEF, MTSS, MSP, OPP.	Diálogo Social promovido. Proyectos de ley del seguro de desempleo y flexibilidad del sistema jubilatorio
Comité de Erradicación del Trabajo Infantil	Articulación de políticas intersectoriales	Integrante	MTSS, IMM, INAU, ANEP, MIDES, PIT/CNT <sup>3</sup> , OIT/CINTERFOR <sup>4</sup>	S/D
Comité de Dirección del Sistema Integrado de Información del Área Social (SIAS)	Construcción de sistemas de información	Integrante	INAU, MSP, BPS, ASSE	S/D
Sistema Nacional de Emergencia	Coordinación de Políticas intersectoriales dirigidas a sectores vulnerables	Integrante	Dirección Nacional de Emergencias, Comisión Asesora Nacional para Reducción de Riesgo y Atención de Desastres, Org. de la Ad. Central y comités departamentales de emergencias.	Materiales para sitios afectados por factores meteorológicos

Notas: <sup>1</sup> Comité de Coordinación Estratégica de Infancia y Adolescencia (CCE). <sup>2</sup> Consejo de Educación Primaria (CEP). <sup>3</sup> Plenario Intersindical de Trabajadores - Convención Nacional de Trabajadores (PIT/CNT). <sup>4</sup> Centro Interamericano para el Desarrollo del Conocimiento en la Formación Profesional (CINTERFOR)

Fuente. Elaboración propia en base a MIDES, Presidencia de la República (2010).

---

## Referencias

- Arim, R. y A. Vigorito. 2007. *Las políticas de transferencias de ingresos y su rol en Uruguay. 2001-2006*. Montevideo, mimeo.
- ; y G. Cruces. 2009. *Programas sociales y transferencias de ingresos en Uruguay: los beneficios no contributivos y las alternativas para su extensión*. Santiago de Chile, CEPAL.
- Amarante, V.; M. Colafranceschi y A. Vigorito. 2011. *Uruguay's Income Inequality and Political Regimes during 1981-2010*, Working Paper No. 2011/94. UNU-WIDER.
- Bica, Y. 2007. *Diagnóstico sobre el Espacio de Diálogo Social — Un estudio a partir de la percepción de sus protagonistas*. Montevideo, ANONG.
- Bonino, N.; C. Román; H. Willebald. 2012. *PBI y estructura productiva en Uruguay (1870-2011): Revisión de series históricas y discusión metodológica*. DT 05/12. Montevideo, Instituto de Economía, UdelaR.
- Colafranceschi, M. y A. Vigorito. 2013. «Uruguay: evaluación de las políticas de transferencias. La estrategia de inclusión y sus desafíos». En Rofman, Rafael (ed.): *Hacia un Uruguay más equitativo. Los desafíos del sistema de protección social*. Montevideo, Banco Mundial.
- Consejo Nacional de Políticas Sociales (CNPS). 2011. *La Reforma Social. La nueva matriz de protección social del Uruguay. Plan de acción*. Documento aprobado por el CNPS el día 19 de setiembre de 2011. Disponible en <www.mides.gub.uy> [18 de abril de 2013].
- Cruz, A. y L. Pérez. 2008. *Los retos de la relación de la sociedad civil con el Estado en el Uruguay: ¿nuevos paradigmas de participación?*, ponencia durante el IX Congreso Anual de Investigación sobre el Tercer Sector en México — VII Conferencia Regional ISTR América Latina y el Caribe, México.
- Filgueira, F. (coordinador). 2005. *Panorama de la educación en el Uruguay: Una década de transformaciones, 1992-2004*. Montevideo, ANEP-CODICEN.
- Instituto de Comunicación y Desarrollo (ICD). 2009. *Estudio de caso. La relación Estado-Sociedad Civil: los ámbitos de participación*, Índice CIVICUS de la Sociedad Civil en Uruguay. Montevideo.
- Instituto Nacional de Estadística (INE). 2006. *Líneas de pobreza e indigencia 2006 en Uruguay. Metodología y resultados*. Montevideo.
- . 2013. *Estimación de la pobreza por el Método del Ingreso. Año 2012*. Montevideo (versión revisada al 15 de abril de 2013).
- Kaztman, R. y A. Retamoso. 2005. «Segregación Residencial, Empleo y Pobreza en Montevideo», *Revista de la CEPAL*, núm. 85, abril. Santiago de Chile.
- Midaglia, C. (coord.) 2010. *La oferta pública social 2005-2010*. Ministerio de Desarrollo Social (MIDES). Montevideo.
- ; M. Castillo y G. Fuentes. 2011. «El Significado Político de los Ministerios Sociales en Argentina, Chile y Uruguay», *Revista Chilena de Administración Pública*, vol. 1/2 15, págs. 21-40. Santiago de Chile.
- Midaglia, C. y M. Silveira. 2011. «Políticas sociales para enfrentar los desafíos de la cohesión social. Los nuevos Programas de Transferencias Condicionadas de Renta en Uruguay», en Barba, C. y E. Cohen (coord.). *Perspectivas críticas sobre la cohesión social. Desigualdad y tentativas fallidas de integración social en América Latina*. Ciudad de México, CLACSO.

- 
- Ministerio de Desarrollo Social (MIDES). 2008. *Plan de Equidad*. Disponible en <[www.mides.gub.uy](http://www.mides.gub.uy)>.
- 2010. *La oferta pública social en el Uruguay 2005-2009*, Informe final del convenio con el Instituto de Ciencia Política / FCS / UdelaR. Montevideo.
- 2011. *Informe MIDES. Evaluación y seguimiento de programas 2009-2010*. Montevideo.
- 2013. Base de datos del Repertorio de Programas Sociales del Observatorio Social de Indicadores y Programas. Montevideo.
- s/f. *Reformulando el Plan de Equidad*. Documento para discusión del Ministerio de Desarrollo Social (mimeo).
- ; Oficina de Planeamiento y Presupuesto (OPP); Área de Gestión y Evaluación del Estado (AGEV). 2012. *Reporte Social 2011. Principales características del Uruguay social*, Montevideo. Disponible en <[http://observatoriosocial.mides.gub.uy/mides/portalMides/portalMides/Documentos/documento\\_mides\\_312.pdf](http://observatoriosocial.mides.gub.uy/mides/portalMides/portalMides/Documentos/documento_mides_312.pdf)>. Acceso 30/04/2013>.
- Muñiz, M.-M. 2009. *La participación ciudadana para el control de políticas públicas en el espacio local. Atendiendo la experiencia de los Consejos Sociales*, Monografía de grado, Facultad de Ciencias Sociales, Montevideo.
- Presidencia de la República. 2010. *Informe de Transición de gobierno 2009-2010*. Ministerio de Desarrollo Social (MIDES), Oficina de Planeamiento y Presupuesto. Montevideo. Disponible en <[www.mides.gub.uy](http://www.mides.gub.uy)> [12 de marzo de 2010].
- Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD). 2008. *Informe sobre desarrollo humano en Uruguay 2008. Política, políticas y desarrollo humano*. Montevideo.



---

## 7. Conclusiones

De los estudios de caso presentados en este documento se destaca un conjunto de buenas prácticas de las posibles categorías de coordinación institucional. Las mismas están vinculadas con las normas internacionales del trabajo que promueve la OIT y en particular con los principios establecidos en la Recomendación núm. 202.

- 1) La coherencia entre las políticas de protección social y las políticas sociales, económicas y de empleo <sup>1</sup> resulta de suma importancia. En este sentido, la coordinación se debería facilitar y promover entre las instituciones encargadas de la protección social con el fin de garantizar a los residentes un acceso efectivo a la protección social. Sin embargo, en los estudios de caso se pone de manifiesto la necesidad de incluir determinados elementos de coordinación con otros programas sociales y áreas administrativas. Por ejemplo, la emisión de documentos de identificación para todos, una definición común a nivel nacional de los criterios de pobreza y la oferta efectiva de servicios de salud y de educación <sup>2</sup> destacan como algunos de los elementos que condicionan el éxito de la coordinación del sistema de protección social con las demás políticas sociales, económicas y de empleo.
- 2) La coordinación institucional es un proceso continuo. Es preciso tomarla en cuenta a lo largo de todo el ciclo de vida de las políticas de protección social, en sus componentes principales, a saber: en el diseño, la implementación y la evaluación, todo ello en el marco de los ajustes o cambios requeridos a lo largo del tiempo. En este proceso se necesita fomentar la coherencia entre la asignación de recursos y la capacidad de las instituciones receptoras de fondos para efectuar los pagos a los beneficiarios. Parece además indispensable incluir la coordinación no solo en las evaluaciones de las políticas de protección social sino también en el seguimiento de los resultados de dichas evaluaciones <sup>3</sup>.

<sup>1</sup> OIT, Recomendación sobre los pisos de protección social, 2012 (núm. 202). Se alude también a ello en los párrafos 10 y 13:

«Al diseñar y poner en práctica los pisos de protección social nacionales, los Miembros deberían [...] asegurar la coordinación con otras políticas que fomentan el empleo formal, la generación de ingresos, la educación, la alfabetización, la formación profesional, las competencias y la empleabilidad, que reducen la precariedad, y que promueven el trabajo estable, la iniciativa empresarial y las empresas sostenibles en un marco de trabajo decente.» (OIT, Recomendación núm. 202, párrafo 10); «[...] los Miembros deberían establecer progresivamente y mantener sistemas de seguridad social integrales y adecuados que sean coherentes con los objetivos de las políticas nacionales y tratar de articular las políticas de seguridad social con las demás políticas públicas». (*Ibid.*, párrafo 13, apartado 2).

<sup>2</sup> Este último punto está subrayado en la Recomendación núm. 202 como principio de aplicación de un PPS: «servicios públicos de alta calidad que mejoren el desempeño de los sistemas de seguridad social» (*Ibid.*, párrafo 3, inciso *n*).

<sup>3</sup> Este punto está vinculado con los principios de la Recomendación núm. 202: «seguimiento regular de la aplicación y evaluación periódica», (OIT, *op. cit.*, párrafo 3, *p*)).

- 
- 3) La coordinación en el nivel de políticas, promovida mediante los principios de la Recomendación núm. 202<sup>4</sup>, demanda la existencia de una estructura de coordinación bidimensional.
- a) Al nivel central se requiere una coordinación horizontal, es decir intersectorial, entre los ministerios e instituciones responsables de los programas de protección social. En un contexto inicial de fragmentación, es imprescindible que existan espacios orgánicos que faciliten el intercambio político y técnico sobre temas de protección social y permitan evitar contradicciones y consensuar iniciativas. El espacio de coordinación podría asumir la figura de un Gabinete de ministros y secretarios que aporte los grandes lineamientos de una política coherente. Las instituciones pertinentes deberían participar de este espacio, incluidas las autoridades responsables de las áreas financieras y de planificación, con el fin de definir y promover la creación del espacio fiscal y de las infraestructuras necesarias para el desarrollo de las políticas de protección social<sup>5</sup>.
- b) También es necesario que exista una coordinación vertical entre los niveles de gobierno (federal, nacional, regional, municipal) a efectos de asegurar la coherencia en la aplicación de las políticas. Como se ha destacado en los casos de Argentina con el AUH —, Brasil con el programa Bolsa Familia y SUAS, y Chile con el CHS, los convenios de colaboración existentes entre las instituciones de protección social y los municipios permiten ejecutar los programas de manera más gradual, así como contar con un mecanismo de retroalimentación proveniente de aquellas entidades que tienen un contacto regular con los beneficiarios.
- 4) El buen funcionamiento de esta estructura bidimensional de coordinación institucional requiere una base legal y apoyo político de alto nivel sostenido a lo largo del tiempo. Ambos elementos se refuerzan uno al otro en términos de la legitimidad y el consenso que aportan a las políticas de coordinación. En efecto, el marco legal se destaca como un elemento importante en todos los estudios de caso, pues fomenta la legitimidad de un cambio de prácticas en las instituciones y de sus funcionarios. Por otra parte, un apoyo político de alto nivel, que presente una agenda clara, parecería ser un componente clave de la eficacia de la coordinación en todos los niveles (a nivel político horizontal y vertical así como en la gestión). Como se observó, se trata de un elemento de valorización de los esfuerzos de coordinación que pueden poner en práctica las instituciones y sus miembros.
- 5) A efectos de lograr el impacto deseado en los beneficiarios de los programas de protección social, la coordinación al nivel político debería tener un impacto traducido en adecuadas prácticas de gestión. La coordinación de la gestión se revela como un elemento clave para lograr una «gestión financiera y administración sanas, responsables y transparentes»<sup>6</sup>.

<sup>4</sup> «coherencia entre las instituciones encargadas de la prestación de servicios de protección social», (OIT, *op. cit.*, párrafo 3, *m*)).

<sup>5</sup> Este proceso cumple con los principios de la Recomendación no.202, párrafo 3, *m*).

<sup>6</sup> OIT, *op. cit.*, párrafo 3, *j*.

- 
- a) La existencia de un mecanismo único de identificación de los beneficiarios potenciales de los programas sociales surge como un elemento de suma importancia. La identificación de los beneficiarios es un arduo tema para muchos programas de protección social universales o focalizados en las poblaciones pobres o excluidas del mercado de trabajo formal. Sin embargo, estos programas son esenciales para garantizar un piso de protección social<sup>7</sup>. Elementos tales como el establecimiento de criterios de identificación comunes, una base de identificación compartida con los datos básicos de los beneficiarios potenciales al nivel nacional y el desarrollo de una estrategia de búsqueda activa de beneficiarios (como lo que existe en Brasil) se destacan como buenas prácticas para lograr una mayor cobertura de la población meta. Unir de esta manera las fuerzas de las instituciones competentes en la materia permite también una asignación de recursos más eficaz en comparación con un esquema fragmentado en el que cada institución tiene que desarrollar su propio sistema de identificación.
- b) El intercambio de datos entre las instituciones encargadas de los programas de protección social resalta como un elemento clave para mejorar el servicio al beneficiario y los mecanismos de control, a la vez que permite una transición paulatina de los beneficiarios de unos programas de protección social a otros, a lo largo del ciclo de vida. Ello está ilustrado por los casos de CHS, en Chile, y Brasil sin Miseria, en Brasil. El intercambio de datos permite simplificar los canales de acceso a distintas políticas y disminuir el costo de oportunidad vinculado por la búsqueda de información para los beneficiarios.
- c) Destaca también como una buena práctica el establecimiento de una red institucional de cobertura nacional, con puntos de contacto únicos de los beneficiarios de la protección social en la forma de «ventanilla única». La ventanilla única pareciera facilitar el acceso de los beneficiarios a las prestaciones y aumentar el nivel de información sobre sus derechos. En cuanto a la administración, la ventanilla única crea oportunidades para mejorar la eficiencia. Las redes institucionales, tales como CRAS y CREAS, en Brasil, o CHS, en Chile, pueden ser también útiles en la implantación de políticas públicas en otros ámbitos: salud, educación, desarrollo agrario, seguridad alimentaria, entre otros.

La Recomendación núm. 202 viene a colocar en el centro del debate la necesidad de la coordinación y articulación entre los programas contributivos y no contributivos, al reafirmar que «los Miembros deberían establecer progresivamente y mantener sistemas de seguridad social integrales y adecuados que sean coherentes con los objetivos de las políticas nacionales y tratar de articular las políticas de seguridad social con las demás políticas públicas»<sup>8</sup>. La articulación de las prestaciones no contributivas con un sistema contributivo es imprescindible para asegurar los derechos ya adquiridos por los trabajadores y para no debilitar las prestaciones y garantías establecidas en el Convenio sobre la seguridad social (norma mínima), 1952 (núm. 102). Por lo tanto, la coordinación del PPS y su articulación con el sistema de seguros sociales es fundamental para apoyar un sistema de protección social integrado.

<sup>7</sup> Tal y como está subrayado en los principios de la Recomendación núm. 202: «inclusión social, en particular de las personas que trabajan en la economía informal» (OIT, *op. cit.*, párrafo 3, e)).

<sup>8</sup> OIT, *op. cit.*, párrafo 13.

---

No obstante, la pobreza es un fenómeno complejo e implica múltiples privaciones; por tanto, la forma en que los programas contributivos y no contributivos se articulan es igualmente compleja. Es sumamente importante actuar con la debida precaución para no crear desincentivos que inhiban la transición de las personas entre los programas no contributivos y los contributivos, y asegurar así transiciones graduales. Del mismo modo, se deberían evitar las «trampas de la pobreza» que se crean cuando las personas pierden las prestaciones no contributivas al incorporarse al mercado laboral como trabajadores asalariados. Esto implica que debería garantizarse la universalidad de determinadas prestaciones, a la vez que otras prestaciones deberían ajustarse de acuerdo con los ingresos o la duración del empleo. Ello requiere una coordinación y una comunicación fluida entre las entidades encargadas de la entrega de las prestaciones. Una coordinación tal requiere asimismo sistemas unificados de focalización, bases de datos de beneficiarios comunes y un marco legal que ampare y facilite la coordinación entre los ministerios y organismos de Estado encargados de suministrar las prestaciones.

Este documento representa un primer intento por identificar los puntos esenciales de la coordinación institucional en el contexto del diseño e implementación de los pisos nacionales de protección social. Esta tarea sugiere varias orientaciones posibles de investigación futura, de las cuales destacan los siguientes elementos:

- a) la necesidad de contar con indicadores que permitan evaluar tanto los resultados como los procesos de coordinación de los programas de protección social;
- b) el interés por estudiar experiencias específicas de países federales en comparación con países unitarios, dado que afrontan situaciones diferentes en materia de coordinación vertical de políticas entre los varios niveles de gobierno;
- c) la necesidad de explorar buenas prácticas en el ámbito del fortalecimiento del consenso político y de los mecanismos políticos de coordinación de alto nivel: ¿Cómo se ha logrado?, ¿cuáles son los factores de éxito en este tipo de proceso?, entre otros;
- d) la utilidad de conducir una investigación sobre las buenas prácticas en el ámbito de los sistemas de identificación de los beneficiarios potenciales (como es el caso del registro único), así como el intercambio de datos entre las instituciones en relación con las prestaciones; en particular, se podrían profundizar aspectos tales como la fundamentación legal y el tema de la seguridad y la confidencialidad de los datos<sup>9</sup>, así como de los mecanismos de intercambio;
- e) el interés de difundir buenas prácticas o ejemplos exitosos sobre la articulación de las infraestructuras para la entrega de servicios y prestaciones, incluidos los modelos de ventanilla única; se podría poner énfasis en los desafíos y en los niveles de articulación o integración de los mecanismos de afiliación y entrega de prestaciones así como del marco legal requerido.

<sup>9</sup> OIT, *op. cit.*, párrafo 23.