

## Campaña mundial sobre seguridad social y cobertura para todos

Sólo una persona de cada cinco en el mundo dispone de una cobertura adecuada en materia de seguridad social; mientras que la mitad de la población mundial no tiene ningún tipo de protección social. La seguridad social es una necesidad y un derecho humano fundamental. En base al consenso alcanzado por los representantes de los gobiernos, las organizaciones de los trabajadores y de los empleadores durante la Conferencia Internacional del Trabajo de 2001, la OIT lanzó la «Campaña mundial sobre seguridad social y cobertura para todos» en junio de 2003. Esta Campaña representa una contribución concreta de la OIT para la consecución de los Objetivos de Desarrollo del Milenio y para una globalización justa y que brinde oportunidades para todos.

La extensión de la seguridad social para todos, puede acometerse mediante una amplia gama de políticas e instituciones. Los regímenes obligatorios de seguridad social pueden extender o modificar las prestaciones vigentes a grupos o contingencias previamente excluidos. Pueden también mejorar su eficacia a través de una gobernanza y diseño más adecuados. Es imprescindible desarrollar nuevos tipos de regímenes. Otra opción es la de incentivar y apoyar el desarrollo de microseguros y de regímenes innovadores y descentralizados de seguridad social a fin de brindar protección social por medio de las comunidades, los interlocutores sociales y las organizaciones de la sociedad civil. En el contexto de las políticas nacionales se deben establecer vínculos sostenibles entre los regímenes que protegen a distintos segmentos de la población.

La Campaña recurre a tres medios de acción. En primer término, brinda asistencia técnica, contribuye a forjar la capacidad y apoya el proceso de diálogo social. En segundo término, se centra en el desarrollo del conocimiento, es decir, en la investigación, la experimentación y la difusión de las mejores prácticas. En tercer lugar, apunta al aumento de la sensibilización y a la promoción de las alianzas, de modo que sea posible movilizar a los actores en los ámbitos local, nacional e internacional.

La Campaña publica libros y cuatro series de documentos de trabajo: i) Documentos ESS (Extensión de la Seguridad Social); ii) Documenta los regímenes comunitarios de protección social; iii) Lucha contra la exclusión social; y iv) Estudios especiales.

PARA MAS DETALLES, diríjase a:

Campaña mundial sobre seguridad social y cobertura para todos  
OFICINA INTERNACIONAL DEL TRABAJO  
4, route des Morillons, CH-1211 Ginebra 22, Suiza  
Tel.: +41 (22) 799 66 35, Fax: +41 (22) 799 79 62  
Correo electrónico: [socpol@ilo.org](mailto:socpol@ilo.org). Sitio Internet: [www.ilo.org/coverage4all](http://www.ilo.org/coverage4all)



# ESS – Extensión de la Seguridad Social

## **Extensión de la seguridad social: Políticas para los países en desarrollo**

Wouter van Ginneken

ESS - Documento núm. 13

Campaña mundial sobre seguridad social y cobertura para todos

Oficina Internacional del Trabajo

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

---

van Ginneken, W.

*Extensión de la seguridad social: Políticas para los países en desarrollo.* Ginebra, Oficina Internacional del Trabajo, 2004

Extensión de la seguridad social, núm. 13

ISBN: 92-2-315852-4

ISSN: 1020-9581

ISBN: 92-2-313487-0 (PDF versión)

Seguridad social; política social, países en desarrollo. 02.03.1

Disponible en inglés: *Extending social security: Policies for developing countries* (ISBN: 92-2-113487-3), Ginebra, 2003 y en francés: *Etendre la sécurité sociale: politiques pour les pays en développement* (ISBN: 92-2-213487-7), Ginebra, 2004.

*Datos de catalogación de la OIT*

---

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

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

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

Las publicaciones de la OIT pueden obtenerse en las principales librerías o en oficinas locales de la OIT en muchos países o pidiéndolas a: Publicaciones de la OIT, Oficina Internacional del Trabajo, CH-1211 Ginebra 22, Suiza. También pueden solicitarse catálogos o listas de nuevas publicaciones a la dirección antes mencionada o por correo electrónico a: [pubvente@ilo.org](mailto:pubvente@ilo.org). Vea nuestro sitio en la red: [www.ilo.org/publns](http://www.ilo.org/publns).

**Vea asimismo nuestro sitio en la red: <http://www.ilo.org/coverage4all>**

---

---

## Resumen

En este documento examinaremos las principales tendencias y cuestiones de política de la extensión de la seguridad social en los países en desarrollo. Empezaremos por definir el concepto de seguridad social y a continuación analizaremos sus vinculaciones con el proceso de desarrollo y sus consecuencias en la reducción de la pobreza.

Seguidamente pasaremos revista a los cuatro programas principales de seguridad social, es decir, el seguro de enfermedad, las pensiones, la protección frente al desempleo y las prestaciones sociales financiadas a través del sistema impositivo. Mostraremos cómo en muchos países de ingresos medios el seguro social obligatorio puede constituir la base del proceso de extensión, situación que no se da por lo general en los países de bajos ingresos, en los que sólo una pequeña minoría de la población está amparada por la seguridad social. Con respecto a estos países, en el documento se aboga, en concreto, por experimentar con regímenes territoriales (cuyos afiliados residan, por ejemplo, en una región o un distrito determinados). También se reconoce la necesidad de una financiación internacional complementaria de algunos regímenes de seguridad social básica para ampliar su cobertura a todos en los 15 a 25 años próximos. En el documento examinaremos asimismo la dimensión de género del proceso de extensión.

El documento concluye con una exposición a grandes rasgos de algunos elementos fundamentales de las estrategias nacionales e internacionales en la materia. Debe reconocerse que la seguridad social es un instrumento primordial para hacer frente a algunas de las consecuencias sociales negativas de la mundialización. Las políticas nacionales deberán tener por objeto mejorar y reformar los programas de seguridad social obligatoria, promover los regímenes de seguridad social comunitarios y territoriales y mejorar las prestaciones sociales eficaces en relación con su costo financiadas con cargo al sistema impositivo. En el plano internacional, hacen falta unos cuantos indicadores sencillos de la cobertura de la seguridad social, a fin de poder propugnar medidas gracias a las cuales la seguridad social figure en los primeros puestos entre los temas del programa de desarrollo, experimentar nuevos mecanismos para llegar a los trabajadores de la economía informal y desarrollar los conocimientos y la asistencia técnica. Muchos de estos elementos han sido recogidos en la «Campaña mundial sobre seguridad social y cobertura para todos» que la OIT puso en marcha a principios de 2003.



---

## Indice

	<i>Página</i>
Resumen.....	iii
Agradecimientos.....	vi
Abreviaturas.....	vii
Introducción.....	1
1. La seguridad social: contexto, concepto y eficacia.....	2
1.1. Mundialización, ajuste y cobertura de la seguridad social.....	2
1.2. La seguridad social: concepto y vinculaciones.....	4
1.3. El concepto de eficacia en la práctica.....	8
2. El seguro social de enfermedad.....	9
2.1. Los países de ingresos medios que han alcanzado la cobertura universal.....	11
2.2. Los países que se esfuerzan en alcanzar la cobertura universal.....	15
2.3. Los países de bajos ingresos: la falta de recursos financieros y las posibilidades que ofrecen los programas comunitarios y territoriales.....	19
2.4. Conclusiones y cuestiones de política.....	26
3. Las pensiones contributivas.....	28
3.1. La reforma de las pensiones y su cobertura en América Latina.....	30
3.2. Algunos ejemplos prácticos de la extensión de los regímenes de pensión obligatorios.....	33
3.3. La microfinanciación y las pensiones.....	36
3.4. Observaciones finales.....	37
4. La protección de los desempleados.....	39
4.1. Las prestaciones de desempleo y la protección del empleo.....	40
4.2. Hacia una garantía de empleo para los desempleados.....	43
4.3. Cuestiones de política.....	47
5. Las prestaciones sociales financiadas por el sistema impositivo.....	48
5.1. La cuestión de las finalidades y los destinatarios y de los criterios de idoneidad.....	49
5.2. Cobertura, financiación y administración.....	52
5.3. Cuestiones de política.....	57
6. La dimensión de género.....	59
6.1. La perspectiva de la OIT sobre el género y la seguridad social.....	60
6.2. Los regímenes de seguridad social obligatorios.....	61
6.3. Atender las necesidades de las trabajadoras de la economía informal.....	63
6.4. Conclusiones.....	65
7. Conclusiones y perspectivas.....	66
7.1. Examen y cuestiones de política.....	68
7.2. Estrategias nacionales e internacionales.....	71
Bibliografía.....	74
ESS documentos ya publicados.....	83

---

## Agradecimientos

Este documento ha sido elaborado en 2001 y 2002 y, durante buena parte de ese tiempo, Jessica Owens llevó a cabo una importante labor de investigación para el conjunto del mismo y, además, en particular, para el capítulo consagrado a las pensiones.

Estoy, además, muy agradecido por las valiosísimas observaciones de muchos colegas. Clive Bailey, Fabio Bertranou, Lucy Roberts y Wolfgang Scholz formularon observaciones globales por escrito sobre el documento; Guy Carrin, David Dror, Philippe Marcadent, Rachel Sabates-Wheeler, Silke Steinhilber, Ken Thompson y Petra Ulshoeffter hicieron comentarios detallados por escrito sobre determinados capítulos.

En febrero de 2002, se presentó un primer borrador del documento al Instituto Internacional de Estudios Laborales de la OIT. Me han sido utilísimos los comentarios de Iftikhar Ahmed, Lucio Baccaro, José Burle de Figueiredo (consultor), Alvaro Castro, Christiane Kuptsch, Warren McGillivray, Raj Paratian, Tara Pathmarajah, Gerhard Reinecke, Anne Richter, Emmanuel Reynaud y Xenia Scheil-Adlung.



---

## Abreviaturas

AISS	Asociación Internacional de la Seguridad Social
BAD	Banco Asiático de Desarrollo
EIP	Programas Intensivos de Empleo
EPS	Entidades Promotoras de Salud (Colombia)
ESS	Empresas Solidarias de Salud (Colombia)
IMF	Instituciones de microfinanciación
OCDE	Organización de Cooperación y Desarrollo Económicos
OIT	Organización Internacional del Trabajo u Oficina Internacional del Trabajo
OMS	Organización Mundial de la Salud
ONG	Organización no gubernamental
PIB	Producto interno bruto
VIH/SIDA	Virus de inmunodeficiencia humana/síndrome de inmunodeficiencia adquirida



---

## Introducción

Uno de los principales problemas que hoy afronta la seguridad social a escala mundial reside en que más de la mitad de los seres humanos está excluida de cualquier régimen de protección obligatoria. La mayoría de estas personas trabajan en la economía informal, al margen de los regímenes de seguro social de tipo contributivo y de las prestaciones sociales financiadas a través del sistema impositivo. En los países de bajos ingresos, por ejemplo del África Subsahariana y del Asia Meridional, más del 90 por ciento de la población carece de protección, y en los países en desarrollo de ingresos medios esta proporción se sitúa entre el 20 y el 60 por ciento. Se estima que sólo una de cada cinco personas de la población mundial goza de una seguridad social decorosa.

La gran mayoría de los trabajadores no cubiertos por la seguridad social y pobres están empleados en la economía informal, de la que forman parte actividades realizadas en núcleos urbanos y en el campo. Se ha empleado ampliamente esta denominación para referirse al segmento de la economía y del mercado del trabajo que ha absorbido cantidades importantes de personas que buscaban trabajo y de trabajadores desempleados, sobre todo como trabajadores autónomos y en unidades de producción pequeñísimas, la mayor parte de las cuales presentan las características siguientes: bajos niveles de capital, competencias, acceso a mercados organizados y a tecnología; ingresos bajos e inestables y malas condiciones de trabajo; hallarse fuera del alcance de las estadísticas oficiales y de la normativa oficial; y, casi invariablemente, estar fuera del campo de aplicación de los regímenes obligatorios de protección de los trabajadores y de protección social (OIT, 2002b).

En general, hay tres maneras principales de extender la seguridad social. La primera — mediante esfuerzos encaminados a extender el seguro social obligatorio — ha dado resultados muy dispares. Algunos países en desarrollo de ingresos medios cuyas instituciones de seguro social obligatorio funcionan correctamente han podido extender la seguridad social con eficacia a la mayoría — si no a la totalidad — de la población. Ahora bien, en la mayoría de los países de ingresos medios no existen esas condiciones favorables. En los países en desarrollo de bajos ingresos, la seguridad social obligatoria no cubre a más del 10 al 25 por ciento de los trabajadores y las personas a cargo de ellos, sobre todo en lo que se refiere a pensiones y a veces los costos de la atención de salud. Hasta ahora, la extensión y la reforma de los regímenes de seguro social obligatorios no han llegado a muchos más colectivos de la población trabajadora.

La segunda manera es extender la cobertura mediante regímenes comunitarios. En la mayoría de los países en desarrollo de bajos ingresos hay un porcentaje elevado de la población trabajadora (aproximadamente del 40 al 60 por ciento) — por encima del umbral de la pobreza, pero que no tiene derecho a la seguridad social obligatoria o no está interesado en ella — que tiene cierta capacidad de cotizar, y que está interesado en hacerlo, a regímenes comunitarios acordes con sus necesidades (van Ginneken, 1999a). En la actualidad, estos regímenes no tienen gran número de afiliados, y no está claro que puedan aumentar su cobertura, ni en qué grado.

La tercera manera de extender la seguridad social consiste en promover, para los pobres y los colectivos vulnerables, prestaciones sociales eficaces habida cuenta de su costo financiadas con cargo al sistema impositivo. La eficacia de esas prestaciones depende en gran medida de cómo hayan sido concebidas y, en sentido general, también de la voluntad del conjunto de la sociedad de mostrarse solidaria con aquellas personas que, en la mayoría de los casos, no forman parte del mercado de trabajo, como los niños, los jubilados ancianos, las viudas, los huérfanos y las personas con discapacidad. Estas tres

---

maneras de extender la cobertura deberán ser integradas, antes o después, en una política nacional que aborde todas las contingencias primordiales de la vida.

En este documento examinaremos y evaluaremos los esfuerzos desplegados para extender la seguridad social a los trabajadores de la economía informal y a otros colectivos vulnerables – con vinculaciones o no a empleos retribuidos. Se trata de una respuesta a las conclusiones acerca de la seguridad social de la 89.<sup>a</sup> reunión de la Conferencia Internacional del Trabajo celebrada en junio de 2001 (OIT, 2002a). En dichas conclusiones se indica que existe consenso en cuanto a que se debe dar la máxima prioridad a las políticas e iniciativas encaminadas a extender la seguridad social a quienes carecen totalmente de ella. En la mencionada Conferencia, los representantes de los gobiernos y de las organizaciones de empleadores y de trabajadores pidieron a la OIT que lanzase una gran campaña para promover la extensión de la cobertura de la seguridad social y, además, que acopiase y difundiese ejemplos de prácticas modélicas.

En el primer capítulo examinaremos la función de la seguridad social en el proceso general de desarrollo y definiremos su concepto y sus vinculaciones así como su eficacia. En los capítulos 2 a 5 analizaremos y evaluaremos las medidas puestas en práctica para extender la seguridad social en el marco de cuatro programas de seguridad social: el seguro social de enfermedad, las pensiones contributivas, las prestaciones de desempleo y las prestaciones financiadas con cargo al sistema impositivo. En el capítulo 6 estudiaremos la dimensión de género del proceso de extensión y el documento terminará con algunas conclusiones generales y se señalarán en él algunas medidas que se podrían adoptar en el marco de la «Campaña mundial sobre seguridad social y cobertura para todos».

## **1. La seguridad social: contexto, concepto y eficacia**

Cada día se tiene más conciencia de que la seguridad social debe entenderse en el contexto del proceso de desarrollo. Los teóricos clásicos del desarrollo solían predecir que, tarde o temprano, el crecimiento económico permitiría a todos los trabajadores encontrar un empleo seguro en la economía regular. Sin embargo, la experiencia de los países en desarrollo (y, en fechas más recientes, también la de los países en transición y de los países industrializados) ha evidenciado todo lo contrario. Incluso en aquellos países en que el crecimiento económico es elevado, disminuye la seguridad de empleo de un número creciente de trabajadores, como los trabajadores por cuenta propia, ocasionales o a domicilio. Este capítulo examinará, pues, la cobertura de la seguridad social en el contexto de la mundialización, y analizará las distintas vinculaciones de la seguridad social con otras políticas de desarrollo. Además, explorará los modos posibles de hacer que sean eficaces los esfuerzos encaminados a extender la cobertura de la seguridad social.

### **1.1. Mundialización, ajuste y cobertura de la seguridad social**

La mundialización, tanto por sí misma como conjugada con el cambio tecnológico, expone muchas veces a las sociedades a una mayor inseguridad de ingresos. En un análisis transversal de los países de la OCDE (Rodrik, 1997) se investigó la relación que existe entre el gasto en protección social (en promedio durante el período 1985-1989) y dos variables explicativas: la apertura de la economía nacional (medida por la proporción del comercio con respecto al producto interno bruto) y el nivel de riesgos externos que corre un país (medido por la variabilidad de su índice de comercio exterior, es decir, los precios relativos de sus importaciones y sus exportaciones, de 1971 a 1990). Las conclusiones del estudio muestran que las transferencias de ingresos suelen ser mayores en las economías que simultáneamente son muy abiertas y a las que las variaciones de los precios en los mercados mundiales hacen correr un riesgo considerable.

---

Otros observadores (por ejemplo, Shin, 2000) afirman que las autoridades nacionales tienen que competir cada vez más entre sí para promover la competitividad y atraer inversiones extranjeras directas y que esta competencia influye a su vez en la formación de una «política social favorable a las empresas», que probablemente dé lugar a una disminución de los impuestos sobre los rendimientos del capital y de los porcentajes de las aportaciones de los empleadores a los ingresos de la seguridad social, a la existencia de programas de seguridad de ingresos más limitados y a un aumento de la asignación de recursos a programas activos de mercado del trabajo.

Hoy día, el mundo se enfrenta además a gran número de crisis complejas que a menudo tienen repercusiones en todo el planeta. Uno de los ejemplos recientes más visibles ha sido la crisis financiera asiática, que provocó pérdidas masivas de puestos de trabajo en la economía regular — lo cual aumentó rápidamente el desempleo — y una expansión del empleo en la economía informal. Otro ejemplo son los numerosos conflictos armados que han estallado en los últimos años, sobre todo en el África Subsahariana (Angola, Congo, Liberia y Rwanda), y asimismo en Europa (Bosnia y Kosovo). Varios países siguen damnificados por desastres sanitarios, como la crisis del VIH/SIDA, que deja huérfanos a muchos niños. Catástrofes naturales, como sequías e inundaciones recurrentes (en África y en Asia), terremotos y huracanes (por ejemplo, en Centroamérica, la India y Turquía), no sólo han dejado a muchas comunidades sin viviendas ni fuentes de ingresos, sino que, además, han barrido decenios de esfuerzos de sus países en pro del desarrollo. Por último, algunos países afrontan el difícil proceso de llevar a cabo transiciones económicas y políticas, por ejemplo, de una economía planificada centralmente a un sistema orientado al mercado, o de un régimen en el que se restringen las actividades políticas a una sociedad democrática. La transición de los países de Europa central y oriental provocó niveles sin precedentes de desempleo, que aún persisten en algunos de ellos.

Junto con la mundialización y las crisis, las políticas de ajuste estructural aplicadas sistemáticamente en muchos países en desarrollo han contribuido a la disminución del pequeño porcentaje de la población trabajadora de la economía formal. Las oleadas sucesivas de programas de ajuste estructural también han reducido los salarios en los sectores público y privado, erosionando con ello la base financiera de los regímenes de seguro social obligatorio. Simultáneamente, algunos de ellos han padecido mala gestión y mala gobernanza, factores que a menudo han mermado gravemente la confianza de sus afiliados. Además, los programas de ajuste estructural han provocado muchas veces recortes importantes de los presupuestos sociales. Aunque en algunos países asiáticos — como la República de Corea — existe la cobertura universal del seguro de enfermedad, en la mayoría de los países en desarrollo (de bajos ingresos), los gobiernos no pueden garantizar el acceso a atención de salud y educación gratuitas. Por todo lo dicho, hay una mayor demanda de que se busquen soluciones comunitarias para financiar y organizar esos servicios sociales. Muchas veces es más eficaz afiliarse a un seguro o a un régimen de financiación comunitarios que tener que afrontar individualmente los gastos de salud y, probablemente, de educación.

El ajuste estructural, los cambios socioeconómicos y los bajos niveles de desarrollo económico también han hecho que surgieran grandes colectivos vulnerables que no pueden cotizar a los regímenes de seguridad social. Los colectivos más vulnerables entre quienes no forman parte de la población activa son las personas con discapacidad y los ancianos que no pueden contar con el apoyo de sus familias y que no han podido ahorrar para sus propias pensiones.

El motivo fundamental de exclusión de la cobertura de la seguridad social obligatoria es que muchos trabajadores que no forman parte de la economía formal no pueden o no desean cotizar un porcentaje relativamente elevado de sus ingresos para financiar prestaciones de la seguridad social que no corresponden a sus necesidades prioritarias (van

---

GINNEKEN, 1999a). En general, dan prioridad a necesidades más inmediatas, como la salud y la educación, porque las medidas de ajuste estructural han reducido o suprimido el acceso a la atención de salud y la enseñanza primaria gratuitas. Dentro de la gama de prestaciones por concepto de pensión, tratan de protegerse en caso de fallecimiento y discapacidad, en lugar de para la contingencia de la vejez. Además, puede que no estén familiarizados con la manera en que se administra el régimen de seguridad social obligatorio o que desconfíen de que se haga bien. A consecuencia de lo anterior, distintos grupos de trabajadores que no forman parte de la economía formal han establecido regímenes que se ajustan más a sus necesidades prioritarias y a su capacidad de cotización. Además, hay múltiples factores que limitan el acceso a los regímenes de seguridad social obligatoria, por ejemplo, las restricciones legales, las trabas burocráticas y los problemas que la puesta en práctica de esos regímenes plantea.

## **1.2. La seguridad social: concepto y vinculaciones**

Las investigaciones de la OIT sobre la economía informal han demostrado la necesidad de conferir a la seguridad social un sentido amplio, a fin de que pueda dar respuesta a los problemas de los trabajadores de la economía informal, que constituyen la mayor parte de la población activa del planeta. El concepto tradicional de seguridad social ha sido recogido en varias normas de la OIT. Conforme a la Recomendación sobre la seguridad de los medios de vida, 1944 (núm. 67), los regímenes de seguridad social deben aliviar la necesidad y evitar la pobreza restableciendo, a un nivel razonable, los ingresos perdidos por incapacidad de trabajar (comprendido el caso de la vejez) o de obtener un trabajo remunerado, o por fallecimiento del sostén del hogar. La seguridad de los ingresos debe estar organizada en la medida de lo posible fundándose en la seguridad social obligatoria, y las necesidades que ésta no abarque deberán ser contempladas por la asistencia social. De modo similar, la Recomendación sobre la asistencia médica, 1944 (núm. 69) indica que se debe prestar atención de salud mediante un servicio de atención sanitaria de la seguridad social con disposiciones complementarias en materia de asistencia social, o por conducto de un servicio de salud público. El Convenio relativo a la norma mínima de la seguridad social, 1952 (núm. 102) recoge nueve aspectos de la seguridad social: la atención de salud y las prestaciones en caso de enfermedad, desempleo, vejez, accidente laboral, circunstancias familiares, maternidad, invalidez y viudedad.

Varios autores han considerado que esta definición resulta demasiado limitativa ante los problemas de los países en desarrollo. Guhan (1994) dice que en los países pobres habrá que considerar la seguridad social como parte de las políticas de lucha contra la pobreza (y estar plenamente integrada en ellas), y facilitar acceso a activos productivos, garantías de empleo, salario mínimo y seguridad alimentaria. Drèze y Sen (1991) y Burgess y Stern (1991) distinguen dos aspectos de la seguridad social: la utilización de medios sociales para evitar la penuria (mejorar el nivel de vida) y la vulnerabilidad ante la penuria (proteger frente a la disminución del nivel de vida). En la definición de Eurostat (1996) se incluyen también los subsidios de vivienda y alquiler en la definición de protección social. La definición estadística de Eurostat de la protección social — cada vez más aceptada internacionalmente — también distingue entre la protección social en efectivo y en especie.

Hay bastante confusión acerca de lo que significan la seguridad social y el concepto de protección social. La definición amplísima de seguridad social, como la elaborada por Sen, la hace equivalente a todas las políticas que promueven y protegen el nivel de vida. La protección social, según la Unión Europea, comprende todas las políticas en los terrenos de la salud, la educación y lo que solía ser definido como seguridad social. El Banco Mundial considera que todas las actividades vinculadas a la «gestión del riesgo social» forman parte de la protección social. Las Instituciones Financieras Internacionales incluyen normalmente las políticas de empleo y la microfinanciación en el concepto de

---

protección social, aunque el seguro de enfermedad se considera normalmente parte de la financiación de la atención de salud. La OIT utiliza un concepto propio de la protección social, que abarca fundamentalmente la seguridad social y la protección del trabajador. En este documento definiremos la seguridad social únicamente como una política de protección, pero ampliaremos el concepto más allá de las nueve contingencias reconocidas tradicionalmente por la OIT, incluyendo los derechos propios de la persona en los terrenos de la alimentación, la vivienda y la educación. La protección social se define en tanto que concepto que abarca la seguridad social y la protección del trabajador, las políticas del mercado del trabajo y los servicios sociales.

Por su concepto y su objetivo, el trabajo decente se incardina en la noción más amplia de seguridad social. En su primera Memoria a la Conferencia Internacional del Trabajo, Juan Somavia, Director General de la OIT, presentó la estrategia basada en un «trabajo decente para todos», con arreglo a la cual la finalidad primordial de la OIT es «promover oportunidades para que los hombres y las mujeres puedan conseguir un trabajo decente y productivo en condiciones de libertad, equidad, seguridad y dignidad humana» (OIT, 1999, pág. 4). En esta estrategia el concepto de trabajo tiene un sentido amplio, pues abarca no sólo el empleo (retribuido), sino también el trabajo realizado en el hogar, de forma que se incluyan todas las tareas desempeñadas por hombres y mujeres. Así pues, la seguridad social decente puede desempeñar un importante papel en el logro de la igualdad entre los sexos, si todas las personas — los trabajadores y las trabajadoras (remunerados o no) y los niños y los ancianos — pueden tener un acceso propio a la seguridad social.

Corolario esencial de este planteamiento basado en el trabajo decente es que todo ser humano tiene derecho a una seguridad social básica, como dispone, por su parte, el artículo 9 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de las Naciones Unidas. La estrategia de trabajo decente apunta, por tanto, a lograr una cobertura universal, que ahora figura en el objetivo oficial del Sector de Protección Social de la OIT: «Mejorar la cobertura y la eficacia de la protección social para todos».

En este documento definiremos la seguridad social como «el conjunto de prestaciones que la sociedad proporciona a los ciudadanos y a los hogares — mediante medidas públicas y colectivas — a fin de garantizarles un nivel de vida mínimamente digno y de protegerles frente a la pérdida o disminución de dicho nivel causada por determinados riesgos o necesidades fundamentales». Del primer elemento de esta definición se infiere que los ciudadanos son titulares de derechos subjetivos y objetivos en materia de seguridad social, mientras que el segundo elemento determina la dimensión social que a esta última confiere el hecho de nacer de acuerdos públicos o colectivos — y a menudo voluntarios — de carácter no lucrativo. El tercer elemento de la definición deja bien claro que el objetivo de la seguridad social es ofrecer protección, por lo que su función no debería confundirse con la de las políticas de fomento del empleo y de la economía. Se indica finalmente que, además de cubrir con prestaciones en efectivo y en especie una serie de contingencias determinadas, la seguridad social también ha de atenuar la repercusión que tienen en los presupuestos domésticos los gastos dedicados a costear necesidades básicas como la asistencia médica, la enseñanza, la vivienda y la alimentación.

Los dos componentes principales de la seguridad social son el seguro social y las prestaciones sociales financiadas mediante el sistema impositivo. Estas últimas suelen destinarse a los necesitados y estar supeditadas a una verificación o justificación previa de sus ingresos, de sus activos, o de ambos conceptos a la vez. En cambio, el seguro social se financia mediante cotizaciones y se obtienen las prestaciones cuando se hace realidad el riesgo o la contingencia específica (véase el cuadro 1). La ley preceptúa un seguro social obligatorio, bien para toda la población, bien para un colectivo específico, ya que si la cobertura no es general aparecen costos externos (causados principalmente por la selección adversa y el riesgo moral), mientras que este sistema maximiza el potencial de distribución de los riesgos. En la mayoría de los regímenes de seguro obligatorio de enfermedad y

---

desempleo, las cotizaciones se calculan en función de los ingresos, de modo que desaparece la conexión entre la cuantía de las cotizaciones y los riesgos individuales y se produce un trasvase de recursos de los más acomodados a los más pobres. En los regímenes de seguro de vejez obligatorio suele haber un vínculo más estrecho entre las cotizaciones y las prestaciones. La mayoría de los regímenes de seguro social voluntario, como el microseguro y los regímenes comunitarios, suelen tener un campo de aplicación reducido y se caracterizan las más de las veces por aplicar una cotización uniforme. Son dispositivos de atenuación de los riesgos para los trabajadores ajenos a la economía formal y tienen sus propias medidas correctivas para hacer frente a los costos causados por factores externos. Así pues, mientras que las aseguradoras privadas con fines lucrativos suelen aplicar un sistema de primas con arreglo a los riesgos cubiertos y a técnicas de capitalización total, la seguridad social obligatoria desempeña una función redistributiva y protectora frente a contingencias como el desempleo, la inflación y los riesgos médicos importantes, que el sector privado, de carácter lucrativo, no podría cubrir (Barr, 1992).

En el cuadro 1 se enumeran las necesidades y capacidades elementales, así como los riesgos principales de privación de la capacidad para el trabajo en tres ámbitos: la capacidad de desempeñar un empleo, la cohesión familiar y el estado de necesidad. El cuadro se basa en los conceptos acuñados por Sen (1999), quien define la pobreza en tanto que privación de capacidades. No cabe duda de que la satisfacción de las necesidades básicas y la adquisición de las competencias fundamentales incrementan las posibilidades de la persona de desempeñar un trabajo remunerado, fomenta la cohesión familiar y social y reduce el estado de necesidad. En el cuadro se recogen también las diversas medidas del ámbito de la seguridad social (monetarias y en especie) y otras políticas públicas (protección social) que pueden servir para hacer frente a estas necesidades y a las privaciones de la capacidad para el trabajo.

El ciudadano no puede aportar nada a la sociedad ni obrar por su bienestar personal si carece de la capacidad necesaria para ello y no logra subvenir a sus necesidades básicas; ello justifica la intervención del Estado y la financiación de los sistemas de salud y de enseñanza y de las ayudas para alimentación y vivienda. Los dispositivos de la seguridad social pueden desempeñar un papel importante costeados estos servicios y haciéndolos accesibles a la población. El seguro social representa a menudo una parte importante de la financiación de la atención de salud, al tiempo que las subvenciones del Estado pueden mejorar el acceso a la alimentación, la enseñanza y la vivienda. El seguro social sirve principalmente para garantizar una renta (unos ingresos) cuando se produce algún tipo de incapacidad (contingencia), para evitar el endeudamiento y para que los gastos domésticos sean más previsibles. En cambio, las prestaciones financiadas mediante el sistema tributario tienen por función principal prestar apoyo a las personas con bajos ingresos y reducir los gastos dedicados por las familias a satisfacer las necesidades básicas.

Las personas pueden estar en situación de privación funcional cuando no pueden ejercer su capacidad de empleo y no se benefician de la ayuda familiar. Los riesgos que esta privación de la capacidad funcional provoca son los que tradicionalmente ha cubierto la seguridad social, es decir, la vejez, el fallecimiento, la discapacidad, los accidentes laborales, la enfermedad, la maternidad y el desempleo. Por último, cuando las medidas oficiales para el mantenimiento de la capacidad básica y funcional no llegan a todos, el último recurso para las prestaciones sociales financiadas con cargo al sistema impositivo es centrarse en los ingresos personales bajos o en la penuria.



**Cuadro 1. Vinculaciones entre la seguridad social y otras políticas públicas (protección social)**

Necesidades, capacidades y privación de la capacidad para el trabajo	Seguridad social		Otras políticas públicas (protección social)
	En metálico	En especie	
<i>Riesgos ligados a las posibilidades de empleo, a la cohesión familiar y al estado de necesidad</i>			
Desempleo y subempleo	Subsidio de desempleo (seguro)	Estabilidad del empleo	Políticas normativas y otras medidas laborales; microfinanciación*
Enfermedad, accidentes, discapacidad y fallecimiento	Prestaciones sociales (seguro)	Asistencia a domicilio, atención y rehabilitación	Seguridad y salud en el trabajo; integración en el mercado laboral
Vejez	Pensiones sociales (seguro)	Residencias de ancianos; atención a domicilio	Ahorros*
Cohesión familiar	Prestaciones por maternidad y por hijos y familiares a cargo	Guarderías, licencia parental	Integración en el mercado laboral
Penuria	Prestaciones financiadas por el sistema impositivo	Trabajo social	Políticas de lucha contra la pobreza
<i>Necesidades y capacidades elementales</i>			
Alimentos	Bonos y subvenciones para alimentos	Ayuda alimentaria	Producción de alimentos*
Atención de salud	Seguro de enfermedad	Servicio nacional de salud	Otros servicios de prevención, fomento y curación
Vivienda	Subsidios de alquiler y energía	Refugios para personas sin hogar	Construcción*; ahorros*
Educación	Exención de tasas escolares	Comidas en la escuela y libros escolares gratuitos	Escuelas; docentes, etc.

\* Políticas públicas que no forman parte de la protección social.

El concepto mismo de seguridad social es un objetivo y un instrumento. Pretende proporcionar seguridad de ingresos y contribuye al acceso a servicios que atienden las necesidades básicas. La seguridad social y la mayoría de las «otras políticas públicas (protección social)» mencionadas en el cuadro 1 constituyen en conjunto lo que denominaríamos políticas de «protección social». El cuadro 1 define las políticas sociales y de protección social como instrumentos y las relaciona fundamentalmente con sectores determinados — en particular, la salud, la educación, el empleo y la seguridad social. Esta concepción sectorial de la protección social es también el del Banco Asiático de Desarrollo (Ortiz, 2001), aunque define la protección social de manera más restringida que en el cuadro 1.

Ahora bien, también es posible definir el concepto de seguridad social transversalmente — en relación con los resultados de las políticas —, por ejemplo, la reducción de la pobreza, la equidad, la redistribución y la cohesión social. Conforme a ello, Norton, Conway y Foster (2001) definen la protección social como: «las medidas públicas adoptadas en respuesta a niveles de vulnerabilidad, riesgo y privación que se consideran socialmente inaceptables dentro de una política o una sociedad determinadas». Esta es asimismo la línea seguida por el Banco Mundial en sus dos publicaciones que explican el planteamiento de la gestión del riesgo social (Holzmann y Jørgensen, 2000; Banco Mundial, 2000), si bien no se define en ellas qué se considera socialmente aceptable.

Si definimos la seguridad social en tanto que objetivo, podríamos decir que políticas como «construcción de viviendas sociales», «apoyo a los precios de los agricultores», «ahorros» y «microfinanciación» forman parte de las políticas sociales o de protección social, no de la política económica. En este documento no nos pronunciamos a favor de ello, porque la finalidad principal de las políticas en lo tocante a la agricultura, la

---

construcción, el ahorro y la financiación es económica. Ahora bien, denominarlas «políticas de protección social» podría ofrecer la gran ventaja de que quienes formulan las políticas económicas valorasen las consecuencias de ellas en los objetivos sociales.

La seguridad social y otras políticas públicas pueden relacionarse entre sí de distintas maneras. Por ejemplo, entre las políticas de seguridad social, las prestaciones sociales financiadas con cargo al sistema impositivo pueden convertirse — para determinados grupos o en determinadas circunstancias — en un mecanismo más eficaz para proporcionar una seguridad básica de ingresos que una garantía de empleo o un programa de subvención de alimentos. Ahora bien, el seguro de desempleo y los programas de garantía de empleo son por lo general complementarios, porque están destinados a distintos colectivos de la población activa. Es, pues, importante conocer cuáles son las vinculaciones principales entre la seguridad social y otras políticas públicas, ya que pueden tener consecuencias importantes en la eficacia de las medidas que tienen por finalidad extender la seguridad social.

### 1.3. El concepto de eficacia en la práctica

Todo régimen de seguridad social se estructura en torno a cuatro elementos: la cobertura, las prestaciones, la financiación y la administración. Cada uno de ellos consta, a su vez, de una serie de componentes que influyen en la eficacia con que puede extenderse la cobertura de la seguridad social y a los cuales cabe atribuir indicadores (véase el cuadro 2).

El concepto de eficacia guarda relación ante todo con el de cobertura, es decir, el número de personas protegidas y el alcance de las prestaciones (contingencias y necesidades elementales) y su cuantía. Según cabe apreciar en el cuadro 2, la eficacia de un régimen de seguridad social depende de su diseño y de las características de sus prestaciones, así como de su estructura de financiación y de la eficacia de su administración. Por todo ello, las mediciones indirectas de la eficacia se refieren al diseño, la financiación y la administración de los sistemas de seguridad social, por ejemplo, el pago de las prestaciones y la cuestión del cumplimiento de las obligaciones.

**Cuadro 2. Los aspectos principales de los regímenes de seguridad social**

<b>Elementos</b>	<b>Aspectos principales sobre los cuales pueden establecerse indicadores</b>
Cobertura	Cobertura personal (jurídica): personas que cotizan, asegurados y beneficiarios  Contingencias (tradicionales): vejez, enfermedad, maternidad, discapacidad, costos de asistencia médica, sobrevivencia, accidente laboral, familia, desempleo y subsistencia
Prestaciones	Condiciones para la adquisición del derecho: cobertura personal, historial de cotización, ingresos y activos, y definición de la contingencia  Cuantía de las prestaciones: de tasa fija o relacionada con los ingresos (y con un tope máximo)
Financiación	Fuentes de financiación: subvenciones estatales, cotizaciones de los empleadores y de los trabajadores, cotizaciones de los beneficiarios  Cuantía de la cotización: de tasa fija o relacionada con los ingresos (y con tope máximo)
Administración	Pago de las prestaciones: pago puntual y exacto, conocimiento de los requisitos que dan derecho a ellas  Recaudación de las cotizaciones: cumplimiento de las obligaciones  Organización y gestión: proporción entre los dispositivos públicos y los privados; eficacia y gastos de administración

Existen diversos métodos para evaluar la eficacia de los esfuerzos por ampliar la cobertura personal de la seguridad social. En el caso del seguro social, la fórmula más corriente de hacerlo consiste en calcular el porcentaje de personas cotizantes y aseguradas

---

en relación con la población que legalmente debe quedar amparada. La eficacia de la mayoría de las prestaciones del seguro social puede medirse por la tasa de beneficiarios, es decir, el porcentaje del colectivo legalmente beneficiario que percibe de hecho las prestaciones. La eficacia de las prestaciones sociales financiadas a través del sistema impositivo cabe determinarla con arreglo al porcentaje de beneficiarios reales respecto del número de personas que en principio cumplen los criterios para percibir las prestaciones (tasa de utilización). También sería útil calcular el porcentaje de gente pobre que no percibe prestaciones sociales financiadas por el presupuesto público (el coeficiente de pobreza), así como la «brecha de pobreza», es decir, la cuantía de dinero que se precisaría para rescatar de la pobreza a todos los miembros de un colectivo determinado.

Podemos medir el nivel de prestaciones utilizando algunos de los indicadores siguientes (Hagemejer, 2000):

- las tasas de sustitución legales (los niveles legales de prestación en relación con los ingresos medios o los últimos ingresos);
- los niveles de prestaciones (con cargo al sistema impositivo) en porcentaje del umbral de la pobreza; la incidencia de la pobreza y la brecha de la pobreza;
- los niveles reales de prestaciones en relación con los ingresos medios;
- los pagos efectuados por los pacientes en porcentaje del gasto privado o del gasto total;
- los porcentajes de ingresos de distintas transferencias sociales en metálico o en especie sobre el total de los ingresos de las familias;
- los servicios médicos existentes en relación con una «cesta normativa» de servicios de asistencia médica.

Cada vez son más frecuentes los estudios y experimentos sobre la extensión de la seguridad social, de la que forman parte unos veinte estudios monográficos solicitados por el Servicio de Políticas y Desarrollo de la Seguridad Social de la OIT. El objetivo principal de este documento es extraer enseñanzas de esos estudios (véase también Reynaud, 2002) a la luz de la bibliografía existente e indicar cuáles podrían ser las próximas medidas para extender eficazmente la cobertura de la seguridad social a todos.

## **2. El seguro social de enfermedad**

En los regímenes de seguro social de enfermedad, los afiliados pagan una cotización a la seguridad social o a otra entidad sin fines lucrativos a cambio de un derecho convenido a una serie definida de prestaciones. El seguro de enfermedad permite distribuir los pagos correspondientes a los servicios a lo largo del tiempo y entre los asegurados y comporta una subvención cruzada entre los sanos y los enfermos. Proporciona una protección eficaz y económica frente a las consecuencias financieras de los tratamientos médicos y aumenta enormemente la previsibilidad de los gastos del hogar, ventajas éstas que influyen de manera directa y positiva en la capacidad de obtener ingresos de la unidad familiar. Este seguro cubre los servicios de salud (curativos) personales que — de existir un servicio nacional de sanidad — también se podrían financiar mediante los ingresos públicos.

Por lo general, los servicios de sanidad «públicos», por ejemplo, las actividades de prevención y divulgación, se financian con fondos públicos y pueden disminuir enormemente el costo de la atención de salud (curativa). En los países de bajos ingresos, esas actividades deben concentrarse en las causas principales de las enfermedades

---

evitables: el VIH/SIDA, el paludismo, la tuberculosis, las enfermedades infantiles infecciosas, las enfermedades maternas y perinatales, las carencias de micronutrientes (vitaminas y minerales) y las enfermedades relacionadas con el tabaco. En muchos países de ingresos medios, ya se ha conseguido reducir grandemente la mortalidad provocada por las enfermedades contagiosas, por lo que la acción de sus poderes públicos debería focalizarse en las enfermedades no infecciosas, muchas de las cuales — entre otras, las cardiovasculares, la diabetes, las enfermedades mentales y los cánceres — pueden ser tratadas con intervenciones relativamente económicas, sobre todo medidas de prevención en materia de dieta, consumo de tabaco y modos de vida.

Desde el punto de vista histórico, son varios los factores de importancia que han desempeñado un papel en la implantación de un seguro social de enfermedad obligatorio en los países en desarrollo. La insatisfacción ante la calidad y la cantidad de los servicios de curación de las redes públicas, junto con una incapacidad cada vez mayor de un porcentaje importante de la población para sufragar servicios médicos privados, ha estimulado a menudo el debate acerca de si la atención de salud básica debiera ser o no un derecho de todos los ciudadanos. Los países tienen la posibilidad de establecer un servicio nacional de sanidad que preste atención de salud por ser un derecho de todos los ciudadanos (o de colectivos de ciudadanos) y que financien y organicen los poderes públicos. La otra posibilidad que se les ofrece es el seguro social de enfermedad obligatorio, financiado en lo fundamental mediante cotizaciones (de los empleadores y los empleados), supervisado — y a menudo cofinanciado — por el Estado y administrado por instituciones semipúblicas o privadas.

Inicialmente, las instituciones del seguro social de enfermedad obligatorio solían construir instalaciones para la atención de los asegurados en hospitales y ambulatorios. Luego se produjo una diversificación de las pautas de la prestación de los servicios, a medida que aparecieron otras instalaciones y otros servicios de sanidad públicos y privados, proceso del que ha formado parte la adquisición de servicios de hospitales, clínicas y dispensarios públicos o privados y de doctores. A medida que aumentó esa actividad de adquisición, lo han ido haciendo las distintas opciones en materia de mecanismos de pago a los prestatarios.

Para extender el seguro social de enfermedad obligatorio, la mayoría de los países en desarrollo han seguido la estrategia de la «puesta en práctica gradual», es decir, que se limitó la cobertura obligatoria conforme a diversos criterios, como el lugar de residencia, el tamaño de la empresa, la categoría de persona a cargo y el tipo de prestación médica. Se aplicó este método, ante todo, al comprenderse que, por imperativos políticos, financieros y materiales de primer orden, no se podía extender indefinidamente la cobertura obligatoria. Además, había varias razones prácticas que hacían que fuese lógico empezar por cubrir las grandes empresas, en las que es mucho más fácil llevar un registro de las cotizaciones, deducirlas y supervisarlas. Gracias a este procedimiento, los administradores del seguro de enfermedad obligatorio acumularían experiencia en recaudación de cotizaciones y pago de prestaciones sin tener que hacer frente a la identificación ni al control de empleadores pequeños y a menudo inestables (Ron, Abel-Smith y Tamburi, 1990).

Aunque algunos países de ingresos medios han conseguido extender el seguro social de enfermedad obligatorio a porcentajes importantes de su población — cuando no a toda ella —, no ha sucedido lo mismo en la gran mayoría de los países en desarrollo de bajos ingresos. En las secciones 2.1 y 2.2 veremos algunos ejemplos de países de ingresos medios que han alcanzado la cobertura universal y de los que todavía están luchando por llegar a ello. En la sección 2.3 se constata que por lo general los países de bajos ingresos no poseen ni los recursos financieros ni la infraestructura institucional necesarios para alcanzar la cobertura universal de la asistencia médica. Por eso, en esa sección trataremos de evaluar el potencial de las disposiciones de financiación del seguro de enfermedad de

---

cobertura territorial o comunitaria que podrían constituir la base de la extensión de la protección sanitaria de los trabajadores de la economía informal y de sus familias.

## 2.1. Los países de ingresos medios que han alcanzado la cobertura universal

Entre los países que han logrado amparar a toda su población con un seguro de enfermedad destaca el ejemplo de la **República de Corea**, que alcanzó en 1989 la meta que sus autoridades se habían fijado, es decir, al cabo de unos 12 años de que en 1977 se iniciara el seguro médico obligatorio (Kwon, 2002). La estrategia principal para extender el seguro de enfermedad en Corea consistió en hacer primero obligatorio el seguro entre los empleados y en extender luego la cobertura a los trabajadores por cuenta propia. Los empleados de las grandes empresas de más de 500 trabajadores fueron el primer grupo amparado por el seguro de enfermedad obligatorio en 1977. A continuación se extendió a los funcionarios públicos y a los docentes y a los trabajadores de la industria de empresas cada vez más pequeñas. Para extender el seguro a los trabajadores por cuenta propia, las autoridades públicas pusieron en marcha sendos programas experimentales de seguro de enfermedad en tres zonas rurales en 1981 y, al año siguiente, en una zona urbana y otras dos rurales. En enero de 1988, los trabajadores autónomos de las zonas rurales se afiliaron al programa y en 1989 los de las zonas urbanas fueron el último grupo en pasar a estar cubierto por el seguro de enfermedad obligatorio.

La instauración y la extensión del seguro social de asistencia médica influyeron grandemente en la legitimidad política del régimen militar y autoritario de ese país. Cuando el Gobierno militar ocupó el poder a principios del decenio de 1960, quiso implantar el régimen de seguridad social para dotarse de legitimidad política y decidió mantener el método aplicado hasta entonces de que hubiese varias compañías de seguro de enfermedad, a fin de minimizar la participación a largo plazo del tesoro público en la financiación de la asistencia médica y de obtener el máximo provecho de los recursos públicos consagrados al desarrollo económico. Además, varios informes de principios del decenio de 1970, en los que se indicaba que la red sanitaria de Corea del Sur era inferior a la de Corea del Norte, impulsaron al Gobierno surcoreano a implantar el régimen nacional de seguro de enfermedad.

Contribuyeron a la rápida expansión del seguro de enfermedad entre los trabajadores por cuenta propia diversos factores económicos y políticos: en primer lugar, el auge de la economía a finales del decenio de 1980 mejoró sustancialmente los ingresos de los trabajadores y, por consiguiente, su capacidad para sufragar un seguro social. El Estado disponía además de recursos fiscales suficientes para subvencionar el seguro de enfermedad de los trabajadores autónomos. Un factor político fueron las elecciones a la Presidencia de 1987, que llevaron al partido gobernante y al Gobierno a hacer de la expansión de los programas de bienestar social un tema primordial de su programa electoral. En 1986, el Gobierno dio a conocer sus planes de amparar con el seguro nacional de enfermedad a los trabajadores por cuenta propia, implantar un régimen nacional de pensiones y un salario mínimo. A diferencia de lo sucedido con la extensión del seguro de enfermedad a los trabajadores de la industria y a los empleados públicos, que se había producido sin tropiezos, entre los trabajadores autónomos topó con una firme resistencia. Los campesinos se negaron a cotizar y pidieron que se efectuasen varias reformas radicales en el seguro de enfermedad, por ejemplo, que se redujesen las cotizaciones o se les eximiese de ellas, que cambiase el método de fijación de las cotizaciones (que se basara únicamente en los ingresos, en lugar de en éstos y en los bienes), que se incrementara la subvención estatal y que aumentasen las instalaciones para la atención de la salud en las zonas rurales a fin de tener mayor acceso a cuidados médicos. Las organizaciones de campesinos encabezaron las protestas y establecieron coaliciones con agrupaciones cívicas en torno a la reforma del seguro de enfermedad. El Gobierno respondió aumentando la

---

subvención estatal al seguro de enfermedad de los trabajadores por cuenta propia (del 33 al 50 por ciento de la financiación).

Como los ciudadanos consideraban el régimen de seguro social de enfermedad más que nada como una prestación social (Kwon, 2002), el Gobierno se vio obligado diseñar un sistema con niveles bajos de cotización y un conjunto de prestaciones reducido. A finales del decenio de 1990, la tasa media de cotización de los trabajadores de la industria ascendía al 3,75 por ciento, y era del 5,6 por ciento en el caso de los funcionarios públicos y los docentes. Además de la participación de los afiliados en los gastos de los servicios médicos brindados en el marco del seguro — que puede oscilar entre el 20 por ciento de la atención en un establecimiento al 55 por ciento de la atención en ambulatorios o a domicilio —, los afiliados deben pagar totalmente los servicios no cubiertos por el seguro, como las comidas en los hospitales, la atención a domicilio y la medicación tradicional. Por ejemplo, en 1997, las cantidades desembolsadas por los pacientes ascendieron a cerca del 40 por ciento del gasto en atención de enfermos hospitalizados y a más del 60 por ciento de la de los atendidos en ambulatorios o a domicilio.

En octubre de 1998, las compañías de seguro de enfermedad de trabajadores autónomos (92 de zonas rurales y 135 de zonas urbanas) se fusionaron con la de los empleados públicos y docentes. En julio de 2000, las 142 de los trabajadores de la industria lo hicieron en la Corporación Nacional del Seguro de Enfermedad, que pasó a ser la única aseguradora. Como consecuencia de ello, todas las personas cubiertas por el seguro de enfermedad tenían derecho al mismo conjunto de prestaciones obligatorio y se reembolsaba a todos los proveedores sus servicios conforme a una tarifa estándar. Los fondos del seguro de los trabajadores de la industria y de los empleados públicos y los docentes fueron fusionados en 2001. Al mismo tiempo, se modificaron las tarifas de las cotizaciones de los empleados y empleados autónomos, disminuyéndose las de los trabajadores con bajos ingresos y aumentándose sustancialmente las de los que tenían ingresos elevados. La fusión con el fondo de los trabajadores por cuenta propia estaba prevista para 2002, pero se aplazó a 2004. La financiación de los dos regímenes sigue estando separada, de manera que la fusión ha alcanzado la equidad horizontal (pagar una misma cotización por un mismo nivel de ingresos) dentro de los trabajadores autónomos y de los empleados, pero no entre ambos colectivos (Kwon, en prensa).

Así pues, la inexistencia de equidad horizontal y las dificultades financieras crónicas de las compañías de seguro de enfermedad de los trabajadores autónomos de las zonas rurales han sido las fuerzas motrices que han impulsado la marcha hacia un régimen unificado de seguro de enfermedad. Desde el punto de vista político, los representantes de las zonas rurales, con independencia del partido político al que pertenezcan, han apoyado firmemente la fusión. Además, la ideología del Presidente entrante, Kim Dae-Joong, se fundaba en una creencia en la solidaridad social y en la idea de que es más justo un sistema constituido por una sola entidad aseguradora. Según Kwon (en prensa), el éxito del futuro sistema unificado dependerá de dos factores: i) una evaluación justa de los ingresos de los trabajadores por cuenta propia para fijar conforme a ellos sus cotizaciones; y ii) la instauración del sistema de aseguradora única que actúe a modo de comprador prudente de asistencia médica y que emplee mecanismos eficaces de pago a los proveedores, como la capitación, la presupuestación global y un sistema de previsión de pagos basado en categorías de diagnósticos.

Entre 1950 y 1995, **Taiwán, China**, recorrió el camino para instaurar el seguro nacional de enfermedad. Lo inició con la extensión gradual de la cobertura de los asalariados del sector privado mediante el Seguro Laboral, que fue promulgado en 1950. A ello siguió la promulgación del Seguro de los Funcionarios Públicos en 1985. La ley del seguro de enfermedad de los agricultores fue promulgada en 1989, tras dos fases experimentales en 1985 y 1987. Con la creación de una comisión nacional de planeamiento en 1987, el Gobierno dio un impulso decisivo a la cobertura universal (Son, 2001), en parte

---

para satisfacer las demandas de los parlamentarios del Partido Nacionalista que ostentaba el poder y en parte para competir con la oposición, cada vez más crecida.

Entre 1988 y 1994, el porcentaje de la población con seguro de enfermedad aumentó del 33,5 al 57,5 por ciento, pero buena parte de los ciudadanos, sobre todo ancianos e hijos de los afiliados al Seguro Laboral y al Seguro de Enfermedad de los Agricultores, seguía sin gozar de ese seguro. La comisión de planeamiento había recomendado que se pusiese en marcha el régimen nacional en 2000, pero el Gobierno lo adoptó en 1995, anticipándose a las primeras elecciones presidenciales celebradas en el país, que tendrían lugar en 1996. El Gobierno aceptó financiar parte de la extensión, entre otras medidas, mediante una aportación del 10 por ciento al Seguro Laboral y del 100 por ciento en el caso de los hogares de bajos ingresos. Todos los asegurados tienen derecho a unas prestaciones de atención médica uniformes y exhaustivas, comparables a las de otros países adelantados, aunque las tasas de cotización varían enormemente a tenor de la profesión y de los ingresos de cada asegurado.

Hay diferencias considerables entre el seguro de enfermedad de Taiwán, China, y de la República de Corea (Kwon, 2001). Taiwán, China, inició su sistema nacional de seguro de enfermedad con una cobertura de prestaciones mucho mayor. Dedicó a este seguro por lo menos el 4,25 por ciento de la renta nacional, mientras que la República de Corea le consagra menos del 3 por ciento. En Taiwán, China, el Estado subvenciona el 28 por ciento de la financiación, frente a sólo el 14 por ciento en la República de Corea — fundamentalmente, con fondos destinados a las sociedades de seguro de los trabajadores por cuenta propia. En el futuro, es probable que Taiwán, China, adopte una metodología de atención médica gestionada por empresas especializadas con múltiples prestatarios y en cambio la República de Corea está integrando sus sociedades de seguro de enfermedad para constituir una sola sociedad aseguradora. El problema más difícil de Taiwán, China, será cómo gestionar la competencia entre los prestatarios, porque tienen incentivos para seleccionar los riesgos que deseen cubrir, y si prevaleciese esa posibilidad de escoger los riesgos, el seguro nacional de enfermedad no conseguirá funcionar como mecanismo de seguro social.

El sistema nacional de seguro de enfermedad de la República de Corea ha sido deficitario desde 1996, y el de Taiwán, China, lo es desde 1998, sobre todo a causa de la inflación de los costos médicos (incremento de los costos y de la intensidad de los tratamientos) y del aumento gradual del número de personas mayores de 65 años. Ambos sistemas se asemejan también en que la mayoría de los hospitales de los respectivos países son entidades lucrativas, por haberse constituido normalmente como ampliación de una clínica o del consultorio de un doctor, que generalmente administran los doctores que son propietarios de ellos. Los profesionales de la medicina — en particular los que trabajan en los hospitales — están bien organizados y han opuesto sistemáticamente una fuerte resistencia a las reformas de los sistemas de pago.

¿Hasta qué punto son aplicables a otros países en desarrollo de ingresos medios y bajos los ejemplos de la República de Corea y de Taiwán, China? Lo cierto es que en estos dos países se ha logrado la cobertura universal del seguro de enfermedad únicamente cuando habían alcanzado niveles relativamente elevados de ingresos, una urbanización generalizada y sectores de actividad laboral asalariada grandes en comparación con los sectores informales. Además, el seguro social de enfermedad se implantó cuando la economía nacional crecía a un ritmo rapidísimo (del 8 al 10 por ciento al año), todo lo cual les permitió hacer asumir la inflación de los costos médicos provocada porque el seguro disminuye la cuantía que el paciente debe desembolsar directamente por la atención médica cuando la recibe y porque los servicios médicos son prestados fundamentalmente por proveedores privados (Gertler, 1998). La amenaza de la inflación de los costos médicos obliga a las autoridades a adoptar medidas de control de los costos, como los pagos compartidos por los asegurados y mecanismos de pago a los prestatarios, dentro de

---

un régimen de seguro social. Como ya se ha dicho, ambos países tendrán asimismo que hacer frente a las variaciones que habrán de experimentar las necesidades de sus ciudadanos, que están envejeciendo (Ron, 1998).

En América Latina y el Caribe, hay 15 países con un sistema de salud nacional unificado y normalizado, por lo general dependiente del Ministerio de Salud y que en principio ampara a todos los residentes en ellos. Normalmente, quienes tienen legalmente derecho a la protección del sistema público de sanidad administrado por el Ministerio de Salud no tienen un acceso eficaz a la asistencia médica, o bien reciben servicios de escasa calidad (Mesa-Lago, 2001a). Todos los países caribeños no latinos, más el Brasil y Cuba, poseen un sistema de ese tipo. En los otros 18 países existe un doble sistema de sanidad: uno es el del régimen de seguro social, que cubre fundamentalmente a los trabajadores asalariados, y el otro depende del Ministerio de Salud, que ofrece atención pública de salud a los pobres y a la población de bajos ingresos no asegurada. Dos de los países de este segundo grupo (Chile y Costa Rica) han alcanzado virtualmente la cobertura universal. Se desconoce cómo han afectado las crisis recientes de la Argentina y el Uruguay a la cobertura general de la atención de salud. En los 14 países restantes, la cobertura de la población oscila entre el 35 y el 75 por ciento, y por lo tanto quedan fuera de ella la mayoría de los pobres, o todos ellos, y los estratos de bajos ingresos. En algunos países, como el Perú, la cobertura del seguro de enfermedad obligatorio ha disminuido en los diez últimos años (Enríquez, 2002).

La cobertura del seguro de enfermedad de **Chile** se caracteriza por el predominio del sector público (Bertranou, 1999). Los trabajadores asegurados y las personas a cargo de ellos pueden encauzar sus cotizaciones obligatorias al seguro de enfermedad (el 7 por ciento de la nómina) al Fondo Nacional de Salud (FONASA), administrado por el Estado, o bien a regímenes de seguro de enfermedad privados pagados por anticipado, denominados Instituciones de Salud Previsional (Isapres). Las personas afiliadas al FONASA pueden recibir atención médica de servicios públicos o del sistema privado prestatario de servicios que prefieran. Los servicios públicos están organizados en un Sistema Nacional de Servicios de Salud (SNSS), descentralizado en los planos regional y municipal. Las Isapres — por conducto de sus propios servicios o mediante contrato con proveedores privados y públicos de servicios — ofrecen atención en dispensarios, a domicilio y en hospitales a sus afiliados, que comparten los costos. La atención básica se presta a toda la población y se proporciona una atención curativa más amplia al 62 por ciento de ella por conducto del FONASA y al 22 por ciento por intermedio de las Isapres. El 16 por ciento restante es atendido a través de otras redes de asistencia, como las de las Fuerzas Armadas y las universidades, o carece de cobertura. Las personas insuficientemente cubiertas por las Isapres pueden recurrir a los servicios prestados en el marco del SNSS.

**Costa Rica** posee la cobertura más amplia e igualitaria gracias al régimen de seguro social de salud, que cubre obligatoriamente a los empleados domésticos, los trabajadores del campo, los empleados de microempresas y los desempleados (durante cierto tiempo tras su despido). Los trabajadores por cuenta propia pueden afiliarse voluntariamente, pero se les subvenciona para que lo hagan y prácticamente todos lo han hecho. Además, todos los indigentes están amparados por el programa de ayuda social (no contributivo). La Caja Costarricense de Seguro Social (en lugar del Ministerio de Salud, como en el resto de América Latina) administra este programa no contributivo a través de una red integrada que unifica toda la atención médica preventiva y curativa. El Ministerio de Salud establece la política general, supervisa el sistema y presta algunos servicios menores. Este método tiene la ventaja de que los servicios de sanidad están integrados y de que los pobres suelen recibir una atención similar a la del resto de la población.

El proceso de extensión de la cobertura del seguro de enfermedad ha llevado varios decenios. A mediados del decenio de 1990, el seguro social de salud cubría a más del



---

85 por ciento de la población y diversos programas financiados con fondos privados o públicos a otro 10 por ciento (Mesa-Lago, 2001a). La cobertura del seguro social de salud era de aproximadamente el 15 por ciento en el decenio de 1960 y aumentó hasta casi el 85 por ciento a finales del de 1970. A causa de las crisis financieras de principios del decenio de 1980, disminuyó a menos del 70 por ciento en 1982-1983, pero volvió a subir al 85 por ciento a finales de ese decenio (Mesa-Lago, 2000).

Los buenos resultados de Costa Rica en este terreno se explican por una serie de factores conjugados, como su favorable situación geográfica, el que su sociedad sea homogénea, lo relativamente temprano que se desarrolló su sector asalariado y que los productos del país entraron en los mercados mundiales, junto con la estabilidad política y el bajo gasto en defensa. En 1961, se dio un gran paso adelante hacia la cobertura universal gracias a una modificación de la Constitución, que dispuso que se ampliase gradualmente la cobertura obligatoria a los trabajadores manuales e intelectuales, así como a los trabajadores autónomos y a los pobres. A principios del decenio de 1970, respaldó además este proceso el Régimen Nacional de Salud, tendente a la creación de un sistema de sanidad nacional integrado gestionado por el Ministerio de Salud y el Fondo de Seguridad Social (Asís Beirute y Piedra, 1994).

Costa Rica ha obtenido resultados mucho mejores que otros países de la región en lo que se refiere a difundir el seguro de enfermedad entre los trabajadores por cuenta propia. En otros lugares, el trabajador autónomo suele tener que pagar la cotización habitual del 15 por ciento que corresponde pagar al trabajador y al empleador. En Costa Rica, la cotización media que realmente pagan estos trabajadores asciende al 5,8 por ciento y la mayoría de ellos únicamente paga la cotización mínima del 5 por ciento, inferior a la de los empleados. Muchos pagan cotizaciones bajas porque suelen declarar menores ingresos de los que realmente perciben. Muchas veces, los trabajadores asalariados de microempresas se inscriben como empleados autónomos o como indigentes para tener acceso a una cobertura más barata o gratuita. Si los ingresos del trabajador por cuenta propia (o estacional) son inferiores al salario mínimo, el Estado tiene la obligación de cubrir el déficit de cotización. Por último, la Caja Costarricense de Seguro Social ha promovido acuerdos especiales con asociaciones de trabajadores autónomos, campesinos, cooperativas y sindicatos, que se encargan de recaudar las cotizaciones de sus miembros y de transferirlas a la Caja. Todas estas normas y prácticas han dado lugar a grandes compromisos financieros del Estado, que desde principios del decenio de 1980 dedica casi una tercera parte del gasto público a la seguridad social (comprendidas las pensiones).

## **2.2. Los países que se esfuerzan en alcanzar la cobertura universal**

Cuando los países desean avanzar hacia la cobertura universal, deben examinar el contexto y las condiciones iniciales en que tiene lugar la extensión de la atención de salud. El primer conjunto de variables se refiere a la situación socioeconómica y política del país, de la que son indicadores importantes el porcentaje de trabajadores activos en la economía informal y en las zonas rurales, más la importancia relativa de la población económicamente no activa, esto es, los ancianos, las personas con alguna discapacidad y los niños.

El segundo conjunto de variables del contexto se refiere a la situación de las instituciones de salud — humanas, sociales y materiales — del país. La infraestructura humana guarda relación con la calidad de los funcionarios públicos y las instituciones de la seguridad social, así como con la competencia del personal de atención y gestión de la sanidad. La infraestructura social remite a los interlocutores sociales y otros colectivos de la sociedad civil que pueden y se empeñan en hacer algo para que se alcance la cobertura universal. La infraestructura material consiste en los hospitales, los dispensarios, la red de

---

abastecimiento de agua y las obras de saneamiento que influyen decisivamente en la salud de la población.

Hay una gran variedad de países de ingresos medios que se esfuerzan en lograr la cobertura universal: en América Latina, Colombia y México; en el Asia Sudoriental, Filipinas, Tailandia y Viet Nam; en Asia Occidental y África del Norte, República Islámica del Irán y Túnez. Algunos, como Colombia, prefieren una aplicación rápida y otros, como Túnez, han seguido un método más gradual.

**Colombia** ha progresado mucho hacia la meta de la cobertura universal del seguro de enfermedad en un tiempo relativamente breve. La reforma del sector de salud se inició en 1990 con la promulgación de la ley 10, por la que se transfirió la gestión y la prestación de los servicios de salud y médicos a 32 departamentos y 1.029 municipios. En la ley 60, de agosto de 1993, se describen las transferencias entre organismos públicos para financiar la atención de salud — y otros servicios sociales que prestan esas entidades. El elemento final de la reforma quedó recogido en la ley 100 de diciembre de 1993, que introduce dos innovaciones, ya que reorienta la manera en que se organiza la atención de salud (a partir de la demanda) y cómo se paga a los prestatarios (capitación). Este modelo se basa en la creencia de que es preferible subvencionar la demanda a financiar la oferta de mecanismos de prestación directa que en último término da lugar a un derroche enorme de recursos, a servicios de mala calidad y a que no progrese la cobertura (Cruz-Saco y Mesa-Lago, 1998).

La ley de reforma de la seguridad social introduce tres nuevas características institucionales: i) un fondo de seguro social, el Fondo de Solidaridad y Garantía (FSG); ii) organizaciones públicas y privadas de gestión de la sanidad, las Entidades Promotoras de Salud (EPS); y iii) organizaciones de prestatarios, las Instituciones Proveedoras de Servicios de Salud (IPSS). Las EPS son las instituciones y organizaciones por conducto de las cuales los beneficiarios del régimen contributivo (los trabajadores asalariados) escogen las prestaciones y a los proveedores. En el marco de este régimen, los trabajadores y los empleadores pagan conjuntamente impuestos que ascienden al 12 por ciento de la nómina para financiar el Plan obligatorio de salud del régimen contributivo (POS-C), más el 1 por ciento como aportación solidaria al régimen subsidiado. Este comprende dos mecanismos de financiación de la demanda de atención de salud de los trabajadores no asalariados y de los colectivos de bajos ingresos excluidos tradicionalmente del seguro social. El primero encauza a través del FSG fondos públicos que subvencionarán parcialmente el «aporte subsidiado» de los participantes de bajos ingresos, quienes — previa verificación de sus medios de subsistencia — deberán también pagar directamente cotizaciones. Conforme al segundo se forman Empresas Solidarias de Salud (ESS) que organizan la prestación de servicios de salud por proveedores financiados por el «aporte subsidiado». Otra parte de la reforma es que los hospitales y las redes de proveedores de propiedad del Ministerio de Salud y gestionados por éste, las instituciones de la seguridad social y las entidades descentralizadas deben pasar a ser Empresas Sociales del Estado (ESE), es decir, empresas públicas autónomas autogestionadas comparables a las IPSS privadas. Junto con los prestatarios privados de servicios de salud, estas ESE pueden concluir contratos con EPS y ESS (La Forgia, 1998).

Entre 1990 y 1997, la cobertura subió del 20,6 al 57,2 por ciento, pero bajó al 52,4 por ciento en 2000. El gasto en sanidad aumentó enormemente, del 4 por ciento del PIB en 1990 a casi el 11 por ciento en 1998; probablemente porque la introducción de subsidios de la demanda no acabó con los de la oferta, lo cual hizo que los hospitales siguiesen recibiendo fondos presupuestarios al tiempo que podían cobrar a las EPS y a las ESS los servicios realizados. Según Jack (2000), el recurso a la demanda de los consumidores para disciplinar a los proveedores de seguros puede traducirse en dos problemas: en primer lugar, puede que la demanda no sea elástica en respuesta a los cambios de calidad, en cuyo caso los incentivos que tienen por objeto controlar los costos

---

pueden tener más peso que los orientados a mejorar o mantener la calidad; en segundo lugar, la competencia en el terreno de la calidad puede tener como consecuencia natural inducir a los administradores de las EPS y ESS a poner en práctica medidas activas de selección para atraer a clientes que les resulten baratos y a cobrar una prima adicional por los servicios que se considere que exceden de los normales.

En cuanto a las consecuencias en el terreno de la distribución, según un estudio reciente (Moreno Guerrero, 2001), la calidad y la cantidad de los servicios de salud prestados en el marco del «régimen subsidiado» son muy inferiores a las del «régimen contributivo». En ese estudio se da a entender además que la verificación de los medios de subsistencia aplicada en el «régimen subsidiado» no da buenos resultados en las zonas rurales, por varios motivos: al parecer, se concede demasiada importancia al factor nivel de instrucción, es difícilísimo medir los ingresos y en la definición de la verificación de los medios de vida no se incluye la posesión de determinados bienes, por ejemplo, vacas.

Viet Nam es uno de los países del Asia Sudoriental que se esfuerzan en alcanzar la cobertura universal. En una de las resoluciones del 9.º Congreso del Partido Comunista del Viet Nam se dice que se deberá alcanzar a más tardar en el año 2010. En 2000, sobre una población de más 75 millones, había aproximadamente 10,5 millones de personas amparadas (Ergo, 2001), en lo fundamental trabajadores y jubilados del sector público y del sector privado informal, a más de los escolares cubiertos por el seguro de enfermedad voluntario. El sistema de seguro de enfermedad social vietnamita (que administra la Empresa de Seguros Viet (VIC)) cubre a los trabajadores asalariados del sector privado, pero únicamente de las empresas de más de diez empleados, si bien, conforme a la nueva ley de seguridad social, se extenderá la cobertura obligatoria a todos los trabajadores titulares de un contrato de tres meses de duración por lo menos. Las personas a cargo pueden estar cubiertas con un seguro voluntario; los niños de menos de seis años de edad tienen derecho a atención gratuita; los escolares y estudiantes de niveles superiores están cubiertos en principio por la VIC. La estrategia futura consistirá en adoptar la cobertura familiar, para ir eliminado gradualmente los regímenes voluntarios de los niños y estudiantes.

Los trabajadores del sector informal, una parte de la población no activa económicamente y los pobres aún tienen que desembolsar directamente una tasa de uso cuando son atendidos médicamente. Una idea novedosa para extender la cobertura entre los trabajadores del sector informal es establecer «regímenes de seguro de enfermedad en las comunas». Las comunas y otras organizaciones de masas — muy extendidas en las zonas rurales — podían ser utilizadas como vehículos de esos regímenes, y el BAD financia varios proyectos piloto que ya están en marcha. Según Ergo (2001), el conjunto de las prestaciones de los regímenes propuestos para las zonas rurales debería ser exhaustivo, esto es, abarcar tanto la atención preventiva como la curativa y lo mismo de los pacientes internados que en consulta. Además, las primas deberían ser uniformes y subvencionadas por el Estado. Según Akal (2001), aunque regresivas, las primas uniformes son la manera más económica de obtener fondos de la economía informal, ya que hace mucho más fácil hacer cumplir las obligaciones legales. El Estado podría otorgar la subvención fundándose en tasas fijadas por capitación ajustadas a los riesgos.

Según las estimaciones más recientes, en el país hay unos 14 millones de personas que viven en la pobreza, una de cuyas causas principales es la mala salud, que a menudo provoca pérdida de ingresos y gastos elevados. Según Dahlgren (2001), unos tres millones de personas caen en la pobreza al año a causa de los elevados gastos médicos, la denominada «trampa de la pobreza médica». Algunos de los pobres ya reciben la «tarjeta sanitaria gratuita para los indigentes», sistema que podría ser viable a largo plazo si lo financiase el Estado (al principio, acaso con apoyo de donantes externos), si cubriese a todos los miembros de cada familia y si su nivel se basase en una tasa por capitación ajustada a los riesgos.

---

Según Ron (2001), probablemente el problema más grave sea el de la observancia de las obligaciones legales, sobre todo en lo que respecta al seguro de enfermedad social obligatorio. Ya hay iniciativas privadas de seguro de enfermedad con fines lucrativos que buscan atraer a los asalariados de remuneraciones elevadas. Si lo consiguiesen, se reducirían las posibilidades de reforzar la base financiera del régimen de seguro obligatorio. El problema está vinculado al interrogante más fundamental de en qué fases se debería elaborar y aplicar las medidas legislativas necesarias para instaurar el seguro de enfermedad universal. El sistema de sanidad actual se rige por un decreto, lo cual conviene en un período de experimentación y asegura que el diseño del régimen de seguro de enfermedad sea flexible y se ajuste a los factores locales. Ahora bien, el problema básico radica en la inexistencia de sanciones, ya sea porque partes del régimen son voluntarias, ya sea porque el respaldo que las sanciones precisan debe ser una ley, no un decreto.

**Tailandia** ha adoptado importantes medidas para extender la cobertura de la atención de salud a toda su población. En 2001 ganó las elecciones el partido Thai Rak Thai (Los tailandeses cuidan de los tailandeses). El resultado plasmó el sentimiento general de que la solidaridad nacional era la única respuesta posible a las incertidumbres suscitadas por la globalización, en particular por la crisis financiera asiática de 1997. Una de las promesas electorales fue la implantación de un régimen de cobertura universal, el denominado Régimen de los 30 baht (0,75 dólares estadounidenses), en virtud del cual todas las personas no aseguradas pagarían esa tasa marginal de uso por cada acto médico.

La Cobertura Universal reemplazará a los anteriores Régimen de Seguridad Social y Régimen de Tarjetas Sanitarias y también cubrirá a todas las demás las personas no aseguradas. El Régimen de Prestaciones Médicas de los Funcionarios Públicos proporciona atención de salud a los empleados del sector público (en activo o jubilados) y a las personas a cargo de ellos (cónyuge, hijos y padres) y no es contributivo. La Oficina para la Seguridad Social asegura en el terreno médico a los trabajadores de las empresas privadas de diez o más empleados. En 2001, ambos regímenes cubrían a más del 20 por ciento de la población, comprendido un pequeño grupo de personas titulares de un seguro privado. En 2002, la Oficina para la Seguridad Social amplió su cobertura obligatoria a los establecimientos de uno a nueve trabajadores; además, está planeando cubrir a los cónyuges e hijos a cargo de los trabajadores del sector privado no asegurados. Si tomamos en cuenta esta extensión obligatoria, el régimen de Cobertura Universal cubrirá a unos 45 millones de tailandeses, es decir, más del 70 por ciento de los habitantes del país.

De las estimaciones preliminares se desprende que el presupuesto del Ministerio de Salud podría soportar una tasa de capitación propuesta de 1.414 baht (35 dólares estadounidenses) por año y persona no cubierta. Para instaurar el sistema de cobertura universal harían falta varias reformas más, como la inscripción previa de todas las personas no aseguradas en servicios de atención primaria aprobados, el pago de las tasas de capitación a los prestatarios de la atención (con disposiciones complementarias para la asunción de determinados cuidados de coste elevado), la definición de un conjunto básico de cuidados médicos, un riguroso control de la calidad de la atención y la división entre los adquirentes y los prestatarios, con reguladores independientes y la participación de todos los interesados directos (Suwanwela, 2002).

**Túnez** es un país que ha seguido el método gradual para extender la cobertura y proporciona un amplio abanico de prestaciones de seguridad social a sus trabajadores: seguro de enfermedad, pensiones y prestaciones de maternidad y accidentes laborales. Por ahora, hay regímenes separados para los empleados del sector público y del privado no agrícola, más otros de menor entidad para los empleados y trabajadores autónomos agrícolas, los estudiantes y los trabajadores emigrados. Los trabajadores pueden obtener el reembolso de determinados servicios de salud y pueden tener acceso gratuito a los hospitales públicos y o los dispensarios de la seguridad social. También está en marcha en este país una reforma radical, que creará un sistema de seguro social unificado para todas

---

las personas cubiertas por el seguro social. Se puede organizar un seguro de enfermedad complementario de carácter voluntario por intermedio de contratos colectivos corporativos o de mutualidades (fundamentalmente en el sector público).

En 1999, la cobertura personal en materia de seguro de enfermedad, pensiones y prestaciones de maternidad y accidentes laborales superaba el 84 por ciento (en 1989 ascendía al 60 por ciento). Los principales colectivos excluidos son: los jornaleros y trabajadores estacionales agrícolas, los trabajadores de la construcción (desempleados) de obras públicas con gran intensidad de mano de obra, los trabajadores domésticos y los desempleados. Tres factores han dado lugar a esta rápida extensión de la cobertura de la seguridad social (Chaabane, 2002):

- Un cambio de mentalidad, que ha hecho que la gran mayoría de los trabajadores busque protegerse frente al rápido aumento de los costos de asistencia médica.
- La mejora de las prestaciones del sistema de la seguridad social provocada por un cambio de mentalidad y apoyada por campañas de sensibilización y por la actuación pedagógica de los sindicatos.
- El sistema de supervisión del cumplimiento de las obligaciones legales en los centros de trabajo y mediante controles contables de las grandes empresas. Estos mecanismos de control son sumamente eficaces porque la inobservancia de las leyes puede ser castigada con graves sanciones pecuniarias.

Para los países de ingresos medios que se esfuerzan en alcanzar la cobertura universal la cuestión política fundamental es en qué nivel de cobertura del seguro obligatorio resulta posible extender un nivel estándar de prestaciones a toda la población. Una cuestión conexa con lo anterior es si el progreso depende inevitablemente del aumento del empleo en la economía regular y en qué medida pueden desempeñar un papel al respecto los regímenes comunitarios (voluntarios) destinados a los trabajadores de la economía informal. Sean cuales fueren las circunstancias, el Estado tendrá que financiar en parte la extensión, en particular a los trabajadores por cuenta propia y otros trabajadores de bajos ingresos (Mills, 1998).

### **2.3. Los países de bajos ingresos: la falta de recursos financieros y las posibilidades que ofrecen los programas comunitarios y territoriales**

*Macroeconomía y salud* (OMS, 2001) es el título de un informe reciente en el que se muestra que el nivel de gasto en sanidad de los países de bajos ingresos es insuficiente para hacer frente a los problemas que tienen en ese campo. La Comisión sobre Macroeconomía y Salud de la OMS que redactó el informe calcula que las necesidades financieras mínimas ascienden a una cantidad comprendida entre 30 y 40 dólares estadounidenses por persona y año para cubrir las necesidades imprescindibles, comprendidas las referentes al tratamiento de la tuberculosis, el paludismo, el VIH/SIDA, las enfermedades infantiles, las enfermedades maternas y perinatales y las debidas al consumo de tabaco. Las economías menos adelantadas dedican a gastos de sanidad por término medio aproximadamente 13 dólares estadounidenses por persona y año, de los que sólo 7 proceden del presupuesto público, e incluso con una asignación más eficiente y una mayor movilización de los recursos internos; los niveles de financiación precisos para sufragar los servicios esenciales son muy superiores a los medios financieros de muchos países de bajos ingresos.

Sobre todo en los países de bajos ingresos, gran parte del gasto nacional en sanidad sale de los bolsillos de los pacientes. En la India, por ejemplo, los pobres de las zonas rurales pagan aproximadamente el 85 por ciento del costo total de los servicios de

---

salud que se les prestan. En la India igualmente, según Jain (1999), muchos trabajadores — incluso aquellos cuyos ingresos están por debajo del umbral de la pobreza — gastan entre el 5 y el 10 por ciento de sus ingresos en servicios de salud y buena parte de lo que pagan corresponde a medicamentos innecesarios o inadecuados que les endilgan dispensarios que se financian vendiendo productos farmacéuticos o personas que ejercen la medicina sin estar habilitados para hacerlo o no cualificados (Misra, Chaterjee y Rao, 2001). Los elevados (y cada vez mayores) costos de la atención de salud excluyen a un gran porcentaje de los pobres de los servicios esenciales, y enormes cantidades de familias caen cada año en la pobreza por los desembolsos que deben efectuar en atención médica. En Africa, muchos hogares dedican cantidades enormes de dinero a formas no reconocidas y tradicionales de atención con consecuencias terribles en la salud de sus miembros (OMS, 2001).

Además de todo lo dicho — esto es, la insuficiencia de los niveles generales de gastos —, las medidas actuales para la financiación de la sanidad adoptadas por los países de bajos ingresos plantean dos problemas: el porcentaje del gasto en sanidad que financia el presupuesto estatal es relativamente bajo (el 55 por ciento), muy inferior al de los países de ingresos altos (71 por ciento) y el gasto privado suele efectuarse directamente en el momento de recibir la atención médica, en lugar de haberse hecho por adelantado, lo cual quiere decir que en el gasto privado tiene escasa importancia el elemento del seguro (esto es, la mancomunación de los riesgos entre los asegurados), a diferencia una vez más de la tasa mucho más elevada de cobertura por el seguro existente en los países de ingresos elevados.

La mencionada Comisión (OMS, 2001) recomienda que se encaucen cada vez más los gastos efectuados directamente en las comunidades pobres hacia regímenes de «financiación comunitaria» para contribuir a cubrir los costos de la atención de salud comunitaria. Las características (Dror y Preker, 2002) de estas disposiciones sobre financiación comunitaria consisten en que entrañan una acción colectiva, la afiliación es voluntaria y las personas a las que amparan por lo general no tienen otra protección financiera que sufrague la atención de salud que precisen. Su concepto básico es ofrecer a las comunidades locales un programa de incentivos, en virtud de los cuales los poderes públicos (con asistencia de donantes) aumenten — a tenor del correspondiente índice de financiación conjunta — cada unidad monetaria recaudada por la comunidad para la cobertura del seguro médico pagada de antemano. Estos pagos previos de la comunidad cubrirán fundamentalmente los servicios básicos de atención de salud curativa, aparte del conjunto de intervenciones esenciales (tuberculosis, paludismo, VIH/SIDA, etc.) que deberán ser sufragados con fondos del presupuesto nacional con apoyo de donantes.

No se debe confundir el pago por adelantado con la financiación por conducto de las tasas de uso, que, según se entienden tradicionalmente, son pagos por servicios de atención de salud prestados cuando se está enfermo (es decir, desembolsos que salen directamente del bolsillo de los pacientes), correspondientes muchas a veces a intervenciones esenciales. La experiencia ha demostrado repetidamente que esos honorarios acaban por excluir a los pobres de los servicios de salud esenciales, al tiempo que sólo se recupera con ellos una fracción del costo (Save the Children del Reino Unido, 2001). Así pues, el método de la financiación comunitaria difiere de las tasas desembolsadas por los usuarios en dos aspectos fundamentales: el primero consiste en pagos anticipados en lugar de en desembolsos directos y las cotizaciones no tienen por qué ser empleadas para sufragar los servicios esenciales, que lo serán por los fondos públicos, plenamente complementarios de aquéllas.

En los países de bajos ingresos, los regímenes de seguro de enfermedad social obligatorio desempeñan una función limitada; normalmente, no cubren a más del 5 por ciento de la población, por los motivos que ya recogimos en la sección 1.1. La cobertura de esos regímenes está limitada por la magnitud de la mano de obra que trabaja en la

---

economía regular, que ni puede ni desea subvencionar a la inmensa mayoría de la población activa. Además, a veces esos regímenes no están bien administrados, los servicios son deficientes y las primas son demasiado altas para los trabajadores de la economía informal.

Hay, empero, algunas excepciones notables, la primera de las cuales es la de Cuba, que ha conseguido mantener el acceso gratuito a atención de salud de buena calidad. Viene después, más recientemente, la de Mongolia, país que, al parecer, ha logrado establecer un régimen de seguro de enfermedad obligatorio que en 2001 amparaba al 82 por ciento de la población (Bayarsaikhan y Ron, en prensa). Estos éxitos se explican en parte por el gran empeño de las autoridades públicas y por la existencia de subvenciones abundantes y focalizadas. Asimismo, por el hecho de que, desde el principio, se tomó la decisión de cubrir a toda la población, lo cual era esencial para que el sistema fuese equitativo, y de mejorar el acceso de la mayoría de la población. También es probablemente significativo el que se alcanzaran en países de régimen socialista, o ex socialista, con una firme adhesión a objetivos sociales y una mayor experiencia en la gestión del sector público.

Si no existe un sistema de atención de salud que funcione adecuadamente, y habida cuenta de los obstáculos con que tropieza la extensión de la cobertura mediante regímenes de seguro de enfermedad obligatorio, la única manera de hacerlo al alcance de los países de bajos ingresos es centrarse en los regímenes de financiación comunitaria y territorial de los servicios de salud. En esta sección analizaremos, pues, las posibilidades que esos regímenes ofrecen.

### **2.3.1. La aparición de los regímenes comunitarios**

Se ha constatado sobradamente, a partir de datos de países del Africa Subsahariana (Atim, 1998; Steinwachs, 2002; Fall, 2002, y Gbosa y Gauthé, 2002) y del Asia Sudoriental (van Ginneken, 2001; Messel, 2001, y Sabates-Wheeler y Kabeer, en prensa), que la inaccesibilidad de los servicios de atención de salud ha provocado la aparición de nuevos regímenes comunitarios, muchos de los cuales se basan en el seguro y en la mancomunación de los riesgos, lo cual ha dado lugar a la aparición de la palabra «microseguro», concepto acuñado por Dror y Jacquier (1999). Los regímenes de microseguro son entidades independientes, sin fines de lucro basadas en la reciprocidad y la gestión democrática que tienen por finalidad mejorar el acceso — en lo fundamental, gracias a las cotizaciones de sus miembros — a atención de salud de calidad para sus afiliados y sus familias (OIT/STEP, 1999). Las ventajas de estas entidades de microseguro son la cohesión, la participación directa y los bajos costos administrativos. El concepto de regímenes comunitarios es más amplio, ya que abarca todas las intervenciones colectivas de recaudación, mancomunación, asignación, adquisición y/o supervisión de la gestión de las medidas en materia de financiación de la sanidad.

En los países de bajos ingresos, muchas veces los trabajadores de la economía informal consideran que el seguro de enfermedad es la prioridad más apremiante en el terreno de la seguridad social (véase, por ejemplo, Kamuzora, 1999). Como han demostrado Atim (1998), Bennett y colaboradores (1998) y OIT (2000), los regímenes de seguro de enfermedad del sector informal pueden cubrir, o bien sucesos de costo elevado y escasa frecuencia (atención en hospitales), o bien sucesos de bajo costo y frecuencia elevada (atención primaria de salud), y en algunos casos una combinación de ambos tipos de hechos. En el cuadro 3 aparecen designados, respectivamente, como regímenes de Tipo I y de Tipo II. La frecuencia de la utilización de los servicios y las posibilidades de control de los costos son diferentes en ambos tipos de regímenes.

**Cuadro 3. Dos extremos del espectro de la mancomunación de los riesgos de los costos de la atención de salud**

Tipo de régimen	Tipo I	Tipo II
Costos asegurados	Atención en hospital	Atención primaria de salud
Costo por intervención	Elevado	Bajo
Frecuencia de utilización	Baja	Alta
Propiedad	Hospital	Comunidad o asociación
Cobertura	Distrito	Comunidad o asociación
Base de fijación de las primas	Estudio actuarial	Capacidad de pago

Fuente: Adaptado de Bennett y colaboradores, 1998, pág. 10.

Los regímenes de microseguro basados en hospitales han aparecido en países como la República Unida de Tanzania (Steinwachs, 2002) y la República Democrática del Congo (Criel, 1998) que poseen la ventaja de que la administración del seguro puede basarse en una infraestructura que ya funciona correctamente. En los dos países, estos regímenes se basan a menudo en comunidades religiosas, que no excluyen a personas de otras creencias, que se benefician de ayuda exterior, que, además, intervienen en actividades de desarrollo complementarias y que normalmente se caracterizan por una fuerte cohesión social entre personas de diferentes niveles de ingresos. En cambio, cuando los regímenes basados en hospitales prestan servicios de atención primaria y secundaria de salud, sus precios suelen ser superiores a los que cobran prestatarios pequeños y más especializados.

En países como Senegal (Fall, 2002) y la República Unida de Tanzania (Steinwachs, 2002) han surgido otros regímenes de seguro, más «impulsados por la demanda», que administran comunidades que firman contratos independientes con prestatarios de atención de salud. En algunos países del Asia Meridional, a veces también han aparecido regímenes comunitarios como actividad secundaria de organizaciones que se ocupan de actividades generadoras de ingresos, por ejemplo, la Asociación de Mujeres Trabajadoras Independientes (SEWA) de la India (OIT/STEP, 2001) y el régimen del Kalyan Grameen de Bangladesh.

Según los análisis más recientes, la financiación comunitaria mejora el acceso de los trabajadores rurales y del sector informal a la atención de salud que precisan y les da cierta protección frente al costo de las enfermedades (Preker y colaboradores, 2002). Una importante conclusión nueva de un análisis efectuado por Baeza y colaboradores (2002) es que la mayoría de las entidades de atención de salud basadas en la comunidad proporcionan una cobertura exhaustiva, comprendidos los medicamentos así como los tratamientos en hospitales y fuera de ellos. También han constatado que la mayoría de esas entidades funcionan como una especie de «punto de entrada» a los servicios de salud fundamentalmente públicos subvencionados con precios inferiores.

### **2.3.2. Evaluación del impacto de los regímenes comunitarios y territoriales**

La ventaja principal de los regímenes comunitarios es que mejoran la eficiencia del gasto en sanidad o la relación entre la calidad y el costo de los servicios de salud. Son tres los motivos fundamentales por los que quienes participan en ellos prefieren, al parecer, los regímenes comunitarios al gasto y la financiación personales (van Ginneken, 1998):

- gracias a las cotizaciones periódicas, se puede mitigar el problema del endeudamiento que provocan las elevadas facturas médicas;



- 
- gracias a la capacidad financiera del colectivo, los administradores pueden negociar servicios de mejor calidad o más económicos con los prestatarios de atención de salud;
  - el colectivo puede desear invertir en actividades de prevención y fomento de la salud para mantener bajo el costo de los servicios médicos.

Los buenos resultados de estos regímenes comunitarios han dependido de las características de las entidades que han establecido cada régimen, de su diseño y del contexto en que actúan. La asociación debe basarse en la confianza entre sus miembros, que fomentan factores como una dirigencia fuerte y estable, su base económica, la existencia de estructuras de participación y una estructura financiera y administrativa solvente (Kiwara y Heijnis, 1997). Entre los rasgos de un diseño correcto deben figurar medidas de control de fraudes y abusos, para promover alguna modalidad de participación obligatoria, limitar los gastos y fomentar servicios preventivos y de promoción de la salud (Atim, 1998). Las variables contextuales importantes son la existencia de servicios de atención de salud de calidad y asequibles (públicos o privados) y un ambiente favorable a la difusión de los regímenes comunitarios.

En su análisis de las estrategias de mancomunación de los riesgos en el terreno de la salud en zonas rurales, Bennett, Creese y Monash (1998) observan que sobre el objetivo de obtener ingresos por conducto de regímenes de seguro de enfermedad comunitarios penden las amenazas siguientes:

- la pequeña magnitud de la mayoría de los regímenes analizados;
- la selección negativa, que desemboca gradualmente en menores riesgos mancomunados y costos más elevados;
- el volumen excesivo de las estructuras administrativas y de los costos de algunos regímenes.

Estas tres amenazas están claramente interrelacionadas, porque el volumen excesivo de la estructura administrativa y de los costos es a menudo fruto de la pequeñez del régimen. Además, el problema de la selección negativa refuerza esa pequeñez de la mayoría de los regímenes. Por todo ello, será esencial definir en qué condiciones pueden ser sostenibles o se prestan a ser reproducidos los regímenes de seguro de enfermedad comunitarios.

Hay varias características en las que pueden fundarse los colectivos laborales o de personas agrupadas por su lugar de residencia para obtener atención de salud. Distintas gentes pueden organizarse porque comparten una misma actividad laboral, viven en un mismo lugar o pertenecen al mismo sexo o grupo cultural o religioso, por ejemplo. Cada una de estas características tiene ventajas e inconvenientes en comparación con factores comunitarios como la confianza, la dirigencia y la capacidad financiera e institucional. Además, estas características influyen enormemente en la amplitud y el ritmo con que se puede reproducir o vincular a otros regímenes los de seguro de enfermedad comunitarios autofinanciados.

En la mayoría de los países (desarrollados), las organizaciones fundadas en la actividad laboral han sido las que han impulsado los programas de seguro social obligatorios. Los trabajadores del sector informal — siempre que estén organizados, y depende de en qué grado — están organizados principalmente en asociaciones y cooperativas profesionales o sectoriales. Su primera prioridad es mejorar su base económica en lo que a hace a créditos, comercialización y tecnología de la producción. Una vez logrado esto, sus organizaciones pueden constituir muchas veces los cimientos a

---

partir de los cuales se establezcan regímenes de protección social y de salud obligatorios. Lo mismo cabe decir respecto de muchas organizaciones de mujeres, de cuyas finalidades forma parte a menudo el aumentar la conciencia de la situación que ocupa la mujer en la familia, el mundo del trabajo y la sociedad. Algunas de estas asociaciones han creado entidades de ahorro y/o crédito, que mejoran considerablemente las posibilidades de organizar satisfactoriamente regímenes de protección social y de salud.

Las organizaciones creadas a partir del lugar de residencia de sus miembros son normalmente menos cohesivas, ya que pueden no aceptar la participación de los pobres por su escasa base financiera (Weinberger y Jütting, 1999). Puede que no suceda en las zonas rurales, donde muchas veces las comunidades están muy unidas y la gente posee recursos financieros similares. Es probable que en una región (distrito) la cohesión social sea aún menor, pero la calidad de los poderes públicos locales influye grandemente en que se llegue a alcanzar alguna forma de consenso, incentivos y rendición de cuentas. El método territorial es apropiadísimo para la financiación de la atención de salud social porque puede tomar en cuenta la realización de actividades de prevención y promoción además de las curativas propiamente dichas. Además, la participación de los poderes públicos locales puede aumentar la amplitud y el ritmo a que se reproduzcan experiencias piloto. Asimismo, los regímenes de seguro de enfermedad locales pueden contribuir a reducir algunas de las presiones que se ejercen sobre el presupuesto del Ministerio de Salud. Hsiao y Sen (1995) concibieron la siguiente idea para la India: propusieron que las comunidades locales gestionasen y financiasen algunos servicios de atención primaria y secundaria de salud, sobre todo en las zonas rurales. La experiencia reciente de la OIT en el Nepal y varios proyectos piloto del BAD sobre «seguro de enfermedad basado en las comunas» en Viet Nam demuestran que este método puede tener una pertinencia práctica duradera.

A propósito de la situación de la República Unida de Tanzania, Steinwachs (2002) ha examinado las posibilidades que encierran los regímenes de seguro de enfermedad basados en entidades religiosas como iglesias, mezquitas y hospitales. Su ventaja general es que sus afiliados proceden de diferentes categorías de ingresos y que disponen de estructuras «translocales» que les permiten vincular regímenes entre diferentes partes del país. Según su análisis de los regímenes basados en hospitales luteranos, están afiliados a ellos miembros de todas las fes o creencias religiosas.

### **2.3.3. Ampliar el ámbito de los regímenes comunitarios y territoriales**

Como la mayoría de los regímenes siguen siendo muy pequeños, conviene saber en el marco de qué formas de asociación se puede ampliar su cobertura. Una posibilidad es que esos regímenes formen entre sí organizaciones que les permitan alcanzar distintos objetivos, como una mayor capacidad de negociación con las autoridades públicas y los prestatarios (públicos y privados) de atención de salud, compartir los conocimientos y una mayor estabilidad financiera gracias a mecanismos como el reaseguro (Dror, 2001). Esas asociaciones podrían desembocar en una organización profesional con una estructura de «colmena». Dicho de otro modo, a cambio de una pequeña remuneración, la organización profesional asesoraría a las distintas asociaciones acerca de cómo crear y administrar sus regímenes (van Ginneken, 1999b).

La experiencia ha demostrado que hacen falta por lo menos diez años para establecer regímenes de seguro de enfermedad comunitarios de colectivos profesionales, geográficos o de sexo. Una idea (Gbossa y Gauthé, 2002) consiste, pues, en crear las denominadas mutualidades de seguro de enfermedad «provisionales» para las personas cuyas asociaciones profesionales todavía no ofrecen ninguna mutualidad de seguro de enfermedad específica y para microempresarios y cualesquiera personas que puedan cotizar pero que todavía no hayan podido elegir un régimen adecuado de microseguro. Esos regímenes provisionales dependerían del Estado — y serían supervisados por éste —,

---

pero el Estado no se injeriría en sus actividades cotidianas. La creación de esos regímenes provisionales sería un primer paso hacia la cobertura obligatoria de los trabajadores de todo el país.

El carácter heterogéneo de las personas que habrán de cubrir estas mutualidades provisionales exige armonizar la periodicidad de la cobranza y el nivel de las cotizaciones y, por consiguiente, para suscitar la solidaridad todos tendrán que cotizar parejamente por los mismos tipos de prestaciones; en cuanto a la periodicidad, se recomienda cierta flexibilidad a fin de que los asalariados y demás trabajadores cuyas actividades no están sometidas a las variaciones climáticas puedan cotizar mensualmente, mientras que se recomienda un régimen de pago anticipado durante la estación activa en el caso de algunas categorías de trabajadores estacionales (como los horticultores).

Steinwachs (2002) también propone una manera nueva de abordar la afiliación obligatoria de los trabajadores en el marco de regímenes nacionales obligatorios de seguro de enfermedad. A propósito de la situación reinante en la República Unida de Tanzania, está a favor de que el Estado acepte que la gente pueda escoger — dentro de la estructura general de la afiliación obligatoria — entre los regímenes puestos en marcha por el Estado, la Caja Nacional de Seguridad Social o la Caja Nacional del Seguro de Salud, o bien un régimen de seguro de enfermedad homologado. Esta posibilidad de elección ofrecería varias ventajas, entre ellas:

- los empleados de la economía regular podrían dotar de una mayor estabilidad de ingresos a los regímenes de seguro de enfermedad homologados;
- habría una mayor competencia entre diversos regímenes en torno a la calidad y los costos;
- la existencia de una red de regímenes de seguro de enfermedad mayor permitiría recurrir en mayor medida a diferentes prestatarios de todo el país.

Evidentemente, para aplicar este método haría falta que el Estado pudiese llevar la cuenta de la afiliación activa de todos los trabajadores inscritos y que pusiera en marcha un proceso riguroso de homologación y control de calidad.

Además de expandir los regímenes comunitarios, se puede aumentar su impacto mediante su multiplicación y generalización (Uvin y Jain, 2000), lo cual significa que se puede considerar que los pequeños regímenes son catalizadores de innovaciones, creadores de conocimientos estratégicos y programáticos que se pueden extraer indirectamente de tres elementos centrales de la sociedad o integrar en ellos: las autoridades públicas, la sociedad civil y los mercados. Así pues, cabe juzgar el éxito de esos experimentos no sólo atendiendo a su tamaño, sino también a sus resultados indirectos, al número de proyectos que han asumido otros agentes y a la medida en que hayan contribuido a la diversidad social e intelectual de la sociedad civil.

Ahora bien, al difundirse los regímenes comunitarios, también pueden ser necesarias otras formas de asociación. La experiencia en materia de intentos de ampliación que han arrojado buenos resultados demuestra que se precisan cambios de dos tipos: en la cultura y la organización de los propios regímenes comunitarios y en las vinculaciones y modalidades de colaboración con otras entidades (Gaventa, 1997). Los regímenes comunitarios pueden colaborar con entidades mayores de la sociedad civil (cooperativas y sindicatos, por ejemplo) o recibir apoyo de ellas; también pueden tratar de hacer participar a empresas privadas y organismos de seguridad social cuya administración funciona correctamente.

---

La función de las autoridades públicas es esencial para el éxito de la ampliación de estos regímenes. Los poderes públicos locales deben desempeñar un importante papel en la creación de regímenes de seguridad social territoriales, en asociación con grupos locales de la sociedad civil. En el plano nacional, el Gobierno está en situación inmejorable para lograr que se puedan repetir experiencias aisladas en otras profesiones y otros sectores o zonas. Además, puede crear un entorno propicio a la difusión y el florecimiento de los regímenes territoriales. A este respecto, podemos distinguir entre cuatro formas posibles de apoyo del Gobierno (Carrin, Desmet y Basaza, 2001):

- Promover el seguro de enfermedad mediante recomendaciones sobre su estructura (conjunto de prestaciones, afiliación y administración) y la instauración de un sistema de información sobre gestión.
- Supervisar los resultados de los regímenes comunitarios, tal vez en el contexto de las medidas legislativas referentes a la administración eficaz y transparente de los regímenes.
- Realizar y organizar actividades de formación basadas, entre otras cosas, en la promoción y la supervisión de las actividades mencionadas en los dos puntos anteriores.
- (Co)financiar el acceso de los colectivos de bajos ingresos al seguro de enfermedad, tal vez mediante subvenciones (por ejemplo, tasas de capitación) o contribuciones equivalentes a las que abonen sus miembros.

## **2.4. Conclusiones y cuestiones de política**

Atendiendo a imperativos políticos, financieros y materiales, al extender el seguro de enfermedad social, la mayoría de los países en desarrollo han aplicado la estrategia de la «puesta en práctica gradual», con el resultado de que se limitó la cobertura obligatoria conforme a diversos criterios, como las zonas geográficas, el tamaño de las empresas, las categorías de familiares a cargo y los tipos de prestaciones médicas. Países como la República de Corea y Taiwán, China, alcanzaron la cobertura universal mediante la difusión del seguro de enfermedad social y, en cambio, algunos países latinoamericanos como Chile y Costa Rica la han alcanzado prácticamente gracias a una combinación del seguro social y del acceso a las instalaciones estatales (públicas). El ejemplo más llamativo es probablemente el de la República de Corea, que llegó a la cobertura universal en 12 años, entre 1977 y 1989.

Los resultados de estos países se deben ante todo a su empeño político, pero únicamente fue posible lograrlos una vez alcanzados niveles relativamente altos de desarrollo económico, cuando esos países estuvieron en gran medida urbanizados y tuvieron sectores de actividades asalariadas grandes en relación con los sectores informales. Con todo y eso, las decisiones que adoptaron difieren enormemente. En comparación con Taiwán, China, la República de Corea, por ejemplo, optó por un conjunto de prestaciones relativamente reducido, tasas de cotización muy bajas y pagos de los afiliados relativamente elevados. Los ejemplos de la República de Corea y de Costa Rica muestran igualmente el complejo equilibrio existente entre la participación de los asalariados y los trabajadores por cuenta propia, que suelen pagar cotizaciones relativamente bajas y tienen más posibilidades de no declarar totalmente sus ingresos. Por último, también es digno de señalar que la marcha hacia la cobertura universal en Costa Rica se inició con un cambio de la Constitución a principios del decenio de 1960.

Hay una gran variedad de países de ingresos medios que se esfuerzan en alcanzar la cobertura universal. Algunos, como Colombia, han preferido ponerla en práctica

---

rápidamente y otros — por ejemplo, Túnez — han seguido el método gradual. El aumento de la cobertura del seguro de enfermedad social de Colombia parece haberse detenido, a resultas de una explosión del gasto público en sanidad, que probablemente se explica por el hecho de que la implantación de los «subsidios a la demanda» no suprimió los «subsidios a la oferta» concedidos a los hospitales públicos. El logro de la cobertura universal en Túnez dependerá probablemente de que se sigan aplicando o no mecanismos eficaces de observancia. Para alcanzarla, Tailandia y el Viet Nam están experimentando con sistemas de atención de salud que proporcionan acceso a cuidados médicos y que están respaldados por tasas de capitación ajustadas al riesgo y financiadas por el erario.

Para los países de ingresos medios que se esfuerzan en llegar a la cobertura universal, la cuestión política clave es a qué nivel de la cobertura del seguro obligatorio resulta viable extender un nivel estándar de prestaciones a toda la población. Una cuestión conexas con lo anterior es si los progresos al respecto dependen inevitablemente del aumento del empleo en la economía regular y/o si podrían desempeñar algún papel los regímenes de afiliación voluntaria destinados a los trabajadores de la economía informal. La experiencia del Viet Nam en materia de regímenes de seguro de enfermedad basados en las comunas puede constituir un ejemplo interesante para otros países. En todas las circunstancias, el Estado tendrá que financiar en parte la extensión, sobre todo a los trabajadores por cuenta propia y a otros trabajadores de bajos ingresos.

En los países de bajos ingresos, normalmente el seguro de enfermedad social obligatorio no ampara a más del 5 por ciento de la población activa, siendo al respecto excepciones notables Cuba y Mongolia, que han llegado a la cobertura universal a través, respectivamente, de un sistema nacional de salud y de un régimen de seguro de enfermedad social obligatorio. Los gobiernos de la mayoría de los demás países de bajos ingresos no facilitan acceso gratuito o subvencionado a la atención básica de salud, lo cual ha contribuido a que aparezcan los regímenes de seguro de enfermedad comunitarios y territoriales, cuya ventaja principal radica en que mejoran la eficiencia del gasto en sanidad o la relación entre la calidad y los costos de los servicios. En qué medida han dado buenos resultados ha dependido de las características de las entidades (basadas en la profesión, el sexo, la zona o la religión, por ejemplo), de la concepción de los regímenes y del contexto en que actúan. Como la mayoría siguen siendo muy pequeños, importa saber bajo qué modalidades y asociaciones se puede ampliar su ámbito. Una posibilidad es constituir organizaciones entre las entidades; otra, establecer asociaciones con instituciones mayores, como los gobiernos locales, las instituciones de la seguridad social o las compañías de seguros privadas, si se puede confiar en ellas.

Una idea relativamente nueva (Gbossa y Gauthé, 2002) consiste en que las autoridades públicas creen las denominadas mutualidades de seguro de enfermedad «provisionales», es decir, entidades destinadas a microempresarios y a todas las personas que pueden cotizar pero que todavía no han podido elegir un régimen de microseguro adecuado. Otra idea novedosa (Steinwachs, 2002) es que las autoridades públicas acepten que la gente tenga la posibilidad — en el marco de la afiliación obligatoria — de afiliarse a regímenes de microseguro de enfermedad homologados, con lo cual los regímenes de seguro de enfermedad social obligatorio perderían el monopolio de la afiliación de los trabajadores de la economía regular. De este modo, los regímenes comunitarios tendrían una mayor estabilidad de ingresos y habría más competencia, o posibilidades de utilizar en mayor medida a prestatarios de atención de salud de todo el país. Ahora bien, para ello sería menester que el Estado llevase la cuenta de la afiliación activa y pusiera en marcha un proceso riguroso de homologación y control de la calidad. Para respaldar la difusión de los regímenes de microseguro, el Estado también debería prestar asistencia técnica sobre diseño y administración, supervisar los resultados de esos regímenes y, tal vez (co)financiar el acceso de los colectivos de bajos ingresos al microseguro de enfermedad. Merecería la pena ensayar ambas ideas.

---

Además de estas tendencias y experiencias, quedan varios problemas y cuestiones de política general que habría que aclarar. La primera y más importante de estas cuestiones se refiere al papel que corresponde en todo ello al Estado. Es creencia común que las autoridades públicas desempeñan el papel de «administradores» de la política sanitaria, es decir, que deben concebir el sistema en conjunto, supervisar su evolución y orientar a todos los interlocutores hacia la obtención de mejores resultados en el terreno de la salud. Aparte de la prestación directa de servicios, pueden establecer incentivos, fijar normas y velar por su observancia. También se está de acuerdo en que el Estado debe financiar el acceso a la atención de salud de los pobres y cofinanciar el de los trabajadores autónomos. Hace falta un apoyo financiero internacional, sobre todo para los países de bajos ingresos.

La segunda cuestión se refiere a la concepción de la cobertura de la atención de salud universal. La mayoría de los países en desarrollo se apartan del modelo de «servicio de salud nacional» por falta de fondos públicos y la por deficiente gestión del sector público. Si se opta por el seguro de enfermedad social obligatorio, se alivia al Estado de algunos de sus compromisos financieros, pero con ello no se resuelve la cuestión de la deficiente administración. Además, habida cuenta de la heterogeneidad de los trabajadores, los regímenes de seguro social obligatorio no pueden poseer una tendencia intrínseca hacia la cobertura universal. Se está de acuerdo en que el seguro social es una solución más equitativa para financiar la atención de salud que el sistema de las tasas desembolsadas por los usuarios.

La tercera cuestión se refiere a las maneras en que se puede utilizar lo más eficazmente posible a los proveedores privados y públicos de atención de salud. La manera clásica consiste en adoptar varios sistemas de pago a los proveedores, pero también es necesario definir asociaciones entre agentes públicos y privados en el sector de la sanidad. Esas asociaciones pueden aumentar la competencia, porque las autoridades públicas permiten a otros agentes participar en la financiación, la prestación y la gestión de los servicios de salud. Según Jütting (2002), ello tiene consecuencias positivas en la eficiencia, la equidad y la calidad de dichos servicios.

Por último, se debe dedicar más reflexiones y — efectuar experimentos — a los regímenes comunitarios y territoriales, sobre todo en los países de bajos ingresos. Por ahora, han demostrado ser económicos, pero no que se pueda reproducirlos a gran escala. Una de las posibilidades más prometedoras sería experimentar con regímenes de seguro de enfermedad social territoriales, que buscan la plena cobertura dentro de una zona y que son administrados fundamentalmente por las autoridades públicas (locales) en colaboración con una amplia gama de posibles asociados en la seguridad social. En comparación con los regímenes sectoriales o profesionales, los territoriales ofrecen la ventaja de que sus costos administrativos son bajos y de que se puede incluir en su diseño la participación y el control locales. Además — y esto tiene suma importancia —, se puede ampliar la cobertura a otras zonas con relativa rapidez, porque los poderes públicos podrían reproducirlos en las mismas condiciones.

### **3. Las pensiones contributivas**

Buena parte de los debates recientes en torno a la seguridad social, sobre todo los habidos en los países desarrollados, han tenido por eje los grandes cambios efectuados en la política de jubilación. Gran número de países en desarrollo están planeando o poniendo en práctica cambios capitales en sus regímenes nacionales de pensiones. Algunos están pasando de un régimen de reparto a cuentas individuales de capitalización total y otros de regímenes de previsión que entregan una cantidad global a la jubilación a un régimen de seguridad social que concede prestaciones periódicas. Este proceso mundial de cambio está siendo alimentado por factores múltiples, como el envejecimiento de la población, la reconocida endebles de la gestión administrativa y política de algunos regímenes de

---

pensiones públicos, el aumento en todo el mundo del empleo en el sector informal y la consiguiente pérdida de cobertura de pensión de jubilación, además de la transición hacia una mayor influencia de la economía de mercado.

Uno de los problemas más graves a que se enfrentan los regímenes de pensiones es determinar en qué medida se debe financiar las pensiones contributivas conforme a un régimen de reparto. En la obra de referencia de la OIT sobre las pensiones de la seguridad social (Gillion y colaboradores, 2000) se observa que la forma de financiación tradicional mediante un régimen de reparto vincula fundamentalmente las prestaciones de pensión a la situación del mercado laboral, en particular al aumento de los salarios. La financiación mediante cuentas individuales de capitalización total vincula las prestaciones de jubilación al mercado de capitales, en particular al rendimiento de las acciones y los bonos. Ambas formas de financiación tienen ventajas e inconvenientes, tanto en la práctica como en teoría. El libro recomienda el régimen de reparto en tanto que forma más apropiada generalmente para financiar los sistemas obligatorios que ofrecen prestaciones de pensión mínimas. Admite el régimen de reparto y los regímenes de financiación individual para las prestaciones por concepto de pensión obligatoria vinculada a los ingresos y considera que el segundo sistema es más apropiado en el caso de los regímenes de pensión voluntarios.

Los problemas concretos de la reforma de las pensiones que guardan relación con la extensión de la cobertura personal se plantean a propósito de las tendencias generales que han estado influyendo en la economía y el mercado laboral, así como de las necesidades específicas de quienes hasta ahora no han estado amparados por ningún tipo de pensión. El colectivo de las personas no amparadas es muy heterogéneo. En los países en desarrollo, se trata, en primer lugar, de los trabajadores por cuenta propia, sobre todo de empresas pequeñas y medianas y de la economía informal — cada vez más extendida — de las zonas urbanas y rurales. Además, hay los colectivos todavía grandes de trabajadores familiares no remunerados, que trabajan fundamentalmente en la agricultura y en zonas rurales. A continuación viene un gran colectivo de trabajadores eventuales, intermitentes, que puede que ni siquiera tengan un contrato escrito. Por último, está el gran colectivo de trabajadoras — y algunos trabajadores varones — empleadas que son empleadas domésticas.

Las pensiones, tal como se entienden en este análisis, comprenden la protección frente a tres contingencias primordiales: la vejez, la incapacidad y la sobrevivencia. La medida en que los colectivos que hemos mencionado se ven afectados por ellas varía según su actividad laboral concreta, sus ingresos y su situación familiar. Además, hay varias maneras en que la gente y las sociedades pueden protegerse frente a esas contingencias. Este punto de vista condice con el planteamiento más «orientado al desarrollo» de la seguridad social adoptado en este documento y reflejado además en el método de la «gestión del riesgo social» elaborado por el Banco Mundial (Holzmann y Jørgensen, 2000). Por ejemplo, entre los trabajadores por cuenta propia la decisión de jubilarse es mucho menos clara que entre los trabajadores asalariados, que dependen de un contrato de trabajo. Aquéllos pueden tener más alternativas para protegerse en la vejez, porque poseen activos, como tierras y equipo, y pueden trabajar a tiempo parcial durante más tiempo que éstos. Por otra parte, tanto los trabajadores asalariados como los autónomos de la economía informal son probablemente mucho más propensos a accidentes y enfermedades laborales, lo cual acarrea que su esperanza de vida sea mucho menor que la de quienes trabajan en la economía regular. Así pues, el fallecimiento y la incapacidad para trabajar, así como el hecho de que la vida familiar esté más fragmentada, pueden constituir en el caso de los trabajadores de la economía informal necesidades más apremiantes que la vejez para obtener una pensión (van Ginneken, 1999b).

Los valores en que se fundan las recomendaciones de la OIT sobre la reforma de las pensiones han sido recogidos en un cuerpo de convenios, en los que se insta específicamente a (Fultz, 1999):

- 
- extender la cobertura a todos los miembros de la población;
  - prever la protección frente a la vejez;
  - sustituir en determinada medida los ingresos perdidos;
  - ajustar sistemáticamente las prestaciones para tener en cuenta la inflación o el aumento del nivel de vida;
  - crear un entorno propicio a la difusión de regímenes voluntarios de complemento de los ingresos por jubilación.

Al perseguir estos objetivos, la OIT busca promover, además, algunas metas secundarias pero importantes: la igualdad de trato en los mercados de trabajo, entre los inmigrantes y los trabajadores del país y entre las mujeres y los hombres (para la dimensión de género, véase el capítulo 6); la gestión democrática de los regímenes de pensiones, organizados de manera tal que puedan intervenir aquellos cuyos fondos se utilizan como fuente de la financiación; y la responsabilidad del Estado en lo que se refiere a velar por que se reúnan las condiciones necesarias para una prestación eficaz de la protección que las pensiones otorgan.

La mayoría de los analistas coinciden en que un sistema de múltiples niveles caracterizado por la diversificación de los mecanismos de financiación y prestaciones proporciona la mayor seguridad de ingresos a largo plazo. Normalmente, no hay desacuerdo acerca de una garantía mínima para los pobres (el primer nivel) y el ahorro voluntario para la jubilación (el tercer nivel). También se está de acuerdo en general en que un vínculo más estrecho entre las cotizaciones y las prestaciones, e incentivos adecuados para promover las cotizaciones y la transparencia, son algo conveniente en el régimen intermedio, de seguro obligatorio (el segundo nivel). Según Augusztinovic (2002), el debate gira en torno al engaste institucional del segundo nivel: el método de la financiación (régimen de reparto o ahorro individual) y el tipo de gestión (pública o privada). Existen interrelaciones muy sólidas entre estos niveles. Por ejemplo, si en un país existe un nivel inferior bien desarrollado y sostenido, el porcentaje del nivel obligatorio contributivo puede ser relativamente menor, y se puede poner más el acento en regímenes voluntarios.

Este capítulo estará consagrado a los regímenes de pensiones contributivas, en particular a las distintas opciones existentes para extender los regímenes obligatorios. También examinaremos en él sus posibles vinculaciones con las instituciones de microfinanciación (IMF) en ciernes, que atienden fundamentalmente a la economía informal y que están empezando a proponer seguros de vida y otros productos conexos de seguros de pensión. En el capítulo 5 examinaremos la función de las prestaciones de jubilación financiadas con cargo al sistema impositivo.

### **3.1. La reforma de las pensiones y su cobertura en América Latina**

Es sobre todo en América Latina (Cruz-Saco, 2002) donde las reformas han cambiado los principios en que se basaban la financiación y la administración de los regímenes de pensiones. Los antiguos principios de solidaridad, redistribución, administración pública, prestaciones definidas y regímenes de pensión financiados parcialmente por los beneficiarios han sido sustituidos por cotizaciones definidas, cuentas individuales de capitalización total, administradores de los fondos de pensiones del sector privado (con estados financieros separados) y la garantía del Estado de una pensión mínima.



---

Las reformas estructurales han modificado radicalmente el sistema público, reemplazándolo totalmente por otro privado (modelo de sustitución), introduciendo un componente privado que se suma al público (modelo paralelo), o bien creando un sistema privado que compite con el público (modelo mixto) (véase Mesa-Lago, 2001b). Hasta ahora, cinco países han adoptado el modelo de sustitución: Bolivia, Chile, El Salvador, México y Nicaragua. Colombia y Perú han aplicado el modelo paralelo y el modelo mixto existe en la Argentina, Costa Rica y el Uruguay. En otros dos países se está estudiando posibles reformas estructurales: el Brasil se inclina por un modelo mixto y Honduras por un modelo de sustitución.

Uno de los supuestos en que se han fundado las reformas estructurales de las pensiones era que si el sistema privado fuese mejor que el público, se crearía un incentivo para afiliarse a aquél y, por consiguiente, aumentaría la cobertura de la población activa. Antes de las reformas estructurales de las pensiones, los países «adelantados» como la Argentina, Chile y el Uruguay tenían la mayor cobertura (del 70 al 80 por ciento). Los «intermedios» — Colombia, México y Perú — tenían tasas de cobertura que oscilaban entre el 20 y el 45 por ciento. Los «tardíos» — Bolivia y El Salvador —, inferiores al 20 por ciento. De todos los países que reformaron las pensiones, sólo Colombia alcanzó una cobertura de cotizantes activos superior a la anterior a las reformas (en el cuadro 4 pueden verse las pertinentes comparaciones). En el cuadro 4 se expresa asimismo las cifras de la cobertura atendiendo al número de afiliados, que son sistemáticamente superiores a las basadas en las cotizaciones activas, diferencia que probablemente se explique porque los cotizantes pueden estar afiliados a más de un régimen de pensiones.

En algunos países el trabajador por cuenta propia puede cotizar voluntariamente, en cuyo caso por lo general deberá pagar el equivalente de la cotización del trabajador y del empleador, es decir, aproximadamente el doble de la cantidad asignada al trabajador asalariado. La instauración de un salario mínimo como base fiscal no soluciona el problema porque la gran mayoría de esos trabajadores tienen ingresos inferiores a ese mínimo. De ahí el que la gravosa carga financiera que se les impone se convierta en un obstáculo importante para la cobertura (Mesa-Lago, 1998).

Los casos de la Argentina y el Uruguay son diferentes porque en esos países es obligatoria la cobertura de los trabajadores autónomos. En Chile existe un sistema voluntario para el número relativamente pequeño de esos trabajadores, sólo el 10 por ciento de los cuales están registrados como afiliados, en su mayoría profesionales liberales de elevados ingresos, mientras que sólo el 4 por ciento son cotizantes activos (Mesa-Lago, 2001b). Si, al cabo de casi dos decenios de funcionamiento, el sistema de pensiones chileno no ha extendido su cobertura más allá de este colectivo relativamente reducido, les resultaría difícilísimo a otros países con colectivos mayores de trabajadores por cuenta propia, campesinos y trabajadores de la economía informal extender la cobertura a esos colectivos tradicionalmente subrepresentados (Mesa-Lago, 1998).

**Cuadro 4. Evaluación comparativa de países en que se ha efectuado una reforma estructural de las pensiones, América Latina, en torno al año 2000**

Países	Porcentaje de la población activa cubierto por los dos sistemas, 1999-2000		Cotizantes activos sobre el total de las personas aseguradas en el nuevo sistema (%)	Núm. de entidades administradoras	Costos administrativos (comisión y prima) (en % del salario)
	Según el número de afiliados (%)	Según los cotizantes activos (%)			
Argentina	66	29	44	13	3,41
Bolivia	13	n.a.	n.a.	2	2,50
Chile	109	60	53	8	2,61
Colombia	44	23	48	6	3,50
El Salvador	32	19	58	2	3,18
México	36	23	87	13	4,13
Perú	26	13	44	5	3,80
Uruguay	72	66	59	6	2,68

Fuente: Mesa-Lago (2001b).

Se daba por supuesto que las reformas de las pensiones disminuirían el fraude y la inobservancia de las leyes, en la creencia de que los trabajadores tendrían gran interés en ahorrar para la jubilación. Pues bien, las constataciones recogidas en el cuadro 4 indican que, normalmente, no más del 40 al 60 por ciento de las personas aseguradas (salvo en México) son cotizantes activas al nuevo régimen, situación de la que cabe dar varias explicaciones:

- Los afiliados tal vez hayan dejado de estar activos y/o los empleadores pueden haber aplazado el pago de las cotizaciones deducidas de la remuneración de sus empleados.
- A menudo se exagera la cantidad de personas aseguradas por contar a algunas dos o más veces y porque los registros no son fidedignos.
- Los asegurados de bajos ingresos pueden reducir sus cotizaciones al mínimo para tener derecho a una pensión y aprovechar de ese modo lo más posible la subvención estatal que les garantiza una pensión mínima.
- Hay, empero, otro motivo fundadísimo que explica el fraude: los costos administrativos excesivos, a pesar del supuesto fundamental del sistema privado de pensiones de que — a diferencia de lo que sucede en el sistema público — es competitivo, mejora la eficiencia y maximiza el rendimiento de las inversiones.

En la competencia que existe en el mercado de las pensiones influye mucho el número de las entidades administradoras, que es muy grande en la Argentina y México (13), correcto en Chile (8) y en Colombia y el Uruguay (6) y escaso en el resto de los países (2 en Bolivia y El Salvador y 5 en el Perú). En Bolivia, en 1998 sólo había 350.000 asegurados, que estaban afiliados a sólo dos entidades administradoras (duopolio). En la mayoría de los países se tiende hacia la concentración entre dos o tres entidades, que cubren por lo menos al 75 por ciento de los asegurados. Mesa-Lago (2001b) señala que esta concentración no se basa en los menores costos administrativos, ni en los mayores rendimientos de las inversiones, sino en la comercialización y el número de agentes de ventas.

Los sistemas de pensiones privados cobran comisiones, cuya cuantía sirve de indicación de su eficiencia. Normalmente, la comisión consta de dos elementos: una parte se paga a la entidad administradora por gestionar la cuenta individual, los intereses del

---

fondo y la pensión de jubilación; la otra, se abona a una compañía privada de seguros por los riesgos de incapacidad y fallecimiento (salvo en Colombia y México, donde cubre esos riesgos el sistema de seguro social obligatorio). En el cuadro 4 puede verse que esas comisiones son elevadas: varían entre el 2,5 y el 4 por ciento de la nómina, es decir, aproximadamente entre el 15 y el 25 por ciento de las cotizaciones.

Los costos administrativos del sistema de pensiones privado también son altos a causa del problema de los traspasos. Como los trabajadores asegurados o afiliados pueden escoger la entidad que consideren que es la mejor administradora, pueden pasar libremente de una a otra con algunas limitaciones: por ejemplo, pueden cambiar cada seis meses, o hacer dos cambios en un año. Los administradores de las pensiones han creado todo tipo de atractivos y prestaciones adicionales para aumentar el número de miembros cuyas cuentas gestionan (obsequios o servicios electrónicos adicionales para tener acceso a informaciones personales, por ejemplo). Utilizan a agentes de ventas que tienen por misión persuadir al asegurado para que cambie de entidad administradora y que, a su vez, perciben una comisión por cada cambio que consiguen. Va, pues, en interés de los agentes de ventas alentar al mayor número posible de afiliados a cambiar y, como consecuencia de ello, hay una cantidad muy elevada y costosa de traspasos, que ha llevado a los organismos públicos de supervisión a imponer limitaciones ulteriores al traspaso de los afiliados.

Por lo dicho anteriormente, los fallos principales de las reformas de las pensiones han sido los siguientes: las graves limitaciones con que tropieza la expansión de la cobertura, los elevados costos de transacción, el fraude y la inobservancia de las leyes, más la inexistencia de competencia. Algunos de estos fallos o fracasos han dado lugar a distintas formas de excesiva regulación por las autoridades públicas, como la imposición a las entidades administradoras de las pensiones de la obligación de pagar un rendimiento mínimo anual de las inversiones a los asegurados, la prohibición o la restricción legal de invertir en instrumentos extranjeros y de prescribir métodos para fijar las comisiones por administrar el fondo de pensiones.

La experiencia de América Latina parece haberse repetido, hasta cierto punto, en lo sucedido más recientemente en Europa central y oriental. Según una comparación reciente entre Hungría y Polonia, países que han instaurado regímenes de pensiones gestionados por el sector privado, los costos administrativos son elevados y el valor real de los ahorros de los trabajadores ha disminuido en los primeros años de funcionamiento (Fultz, 2002). En ese estudio se señala además la importante variación de la renta de la pensión a tenor de los resultados del mercado de capitales en el momento de la jubilación. Además, se calcula en él que el Estado debe asumir unos costos elevadísimos por la transición de un régimen de reparto a otro financiado individualmente por los beneficiarios. Chile todavía está abonando los costos de esa transición a los 20 años de haberla iniciado. En Hungría y Polonia, se calcula que el costo de la financiación de la transición superarán, respectivamente, el 100 por ciento del PIB en los 50 años próximos y el 1 por ciento del PIB hasta 2020 y el 2 por ciento durante muchos años después.

### **3.2. Algunos ejemplos prácticos de la extensión de los regímenes de pensión obligatorios**

Tanto los regímenes de financiación individual total como los de reparto se enfrentan en buena medida al mismo problema en lo que hace a la extensión de la cobertura, es decir, al hecho de que en muchos países una gran parte — a menudo en aumento — de la población activa trabaja en la economía informal. Ahora bien, hay varias maneras en que los regímenes de pensión obligatorios pueden preparar el camino para una mayor extensión. Como ya se ha dicho, esas medidas serán menos eficaces si no se adapta la estructura de las cotizaciones y las prestaciones a las necesidades y capacidad de cotizar concretas de esos trabajadores. Por último, los poderes públicos también deben establecer,

---

y financiar parcialmente, regímenes de pensiones que cubran sólo a determinados colectivos, como los trabajadores autónomos y los empleados del hogar.

En la mayoría de los países en desarrollo la administración de los regímenes de seguridad social ha sido incapaz muchas veces de abordar las circunstancias especiales de los trabajadores por cuenta propia y los trabajadores asalariados eventuales (Jenkins, 1993). Cuando se extiende el seguro social obligatorio a las pequeñas empresas, cada nuevo empleador debe ser identificado, inscrito, instruido y persuadido para que cumpla todas las normas del régimen referentes a la inscripción de los empleados existentes o nuevos y al método y el momento del pago de las cotizaciones. Como los trabajadores eventuales trabajan intermitente e irregularmente para diferentes empleadores, es difícil recaudar las cotizaciones y resulta complicado administrativamente mantener los correspondientes registros actualizados y fidedignos. Además surge una discrepancia acerca del concepto en que se funda el cobro de las prestaciones, esto es, los ingresos «de sustitución», por tratarse de situaciones en que no siempre se puede determinar claramente qué ingresos hay que sustituir.

Será, pues, necesario suprimir o reducir gradualmente las restricciones legales que excluyen de la cobertura a determinados colectivos de trabajadores, como los que trabajan en pequeñas empresas o en actividades agrícolas. Antes de hacerlo, habrá que verificar si la entidad que administra el régimen puede hacer frente a su ampliación. Si la ley prescribe un calendario, éste fijará el marco obligado para velar por que se adopten las medidas administrativas necesarias para preparar la ampliación de la cobertura, y además ofrece la ventaja de evitar ulteriores tandas de negociaciones y reflexión política.

Las reformas administrativas son otra medida importante para mejorar la observancia de las obligaciones legales y la represión de las infracciones, por ejemplo al establecer una cooperación con otros organismos públicos, como la administración fiscal, a fin de determinar qué personas y empresas deberán quedar cubiertas. Además, unos procedimientos y unas facultades en materia de cumplimiento y represión de fraudes que refuercen el carácter obligatorio del régimen deberán sustentar una mejor administración, respaldada por unas relaciones públicas eficaces y por actividades de información que instruyan acerca de los derechos y deberes. En algunos países como Filipinas, se concibió el régimen del Sistema de Seguridad Social para proporcionar una cobertura universal, pero su puesta en práctica tropezó con la endeblez de la gestión del sector público y el poco interés puesto en hacer observar sus disposiciones.

El ejemplo de Túnez (Chaabane, 2002) muestra, en cambio, que una buena aplicación y una estimación más correcta de los ingresos de los trabajadores por cuenta propia pueden dar lugar a una extensión eficaz de la cobertura. El sistema de inspección del Fondo Nacional de la Seguridad Social comporta inspecciones *in situ* y la comprobación de las cuentas de las grandes empresas para detectar si hay trabajadores no declarados y fraudes. La ley impone graves sanciones financieras a las empresas infractoras. Gracias a ello, se han calculado escalas de ingresos realistas de diferentes categorías de trabajadores autónomos, en las que se toma en cuenta la profesión de los asegurados y el tamaño de la empresa o explotación agrícola. Los trabajadores autónomos tienen que pagar cotizaciones con arreglo a esas escalas, a menos de que demuestren que ganan menos (o más). Con estas medidas, junto con una campaña concienzuda de sensibilización de los empleadores y organizaciones de trabajadores, se consiguió que en 1996 hubiese casi 70.000 nuevos afiliados en un período de dos años.

En 1999, la República de Corea amplió su Programa Nacional de Pensiones a toda la población trabajadora, conforme a la doctrina del bienestar social productivo adoptada por el Presidente entrante Kim, según la cual las políticas sociales no son sólo un instrumento para aumentar la competitividad económica, sino que además garantizan que se cumplan los derechos sociales básicos de todos los ciudadanos. Ahora bien, muchos empleados

---

temporarios, en su mayoría de empresas medianas y pequeñas, no abonon sus cotizaciones. Además, como el Programa Nacional exige por lo menos 20 años de cotización para tener derecho a una pensión plena, hasta ahora en lo fundamental ha acumulado fondos. Una vez que se empiece a pagar las pensiones, a partir de 2003, se espera que el fondo se agote al cabo de 30 años, a menos de que se reforme la estructura de financiación (Kwon, 2002).

En China (Hu, Cai y Zhai, 1999), la revisión de la estructura de las prestaciones y las cotizaciones ha facilitado el ingreso de los trabajadores autónomos y los trabajadores de la economía informal. En primer lugar, se estableció una diferenciación clara entre los regímenes de pensión obligatorios de los trabajadores urbanos y el régimen de pensiones de los trabajadores rurales, el cual cuenta con el respaldo del Estado y dispone la afiliación voluntaria de los trabajadores. Ahora bien, hay además variaciones considerables en las estructuras de las prestaciones y las cotizaciones de los regímenes de pensiones de los diferentes colectivos de trabajadores de las zonas urbanas. También cabe dejar a los trabajadores por cuenta propia cierta libertad para elegir los ingresos asegurables empleados para calcular las cotizaciones que deben pagar, cosa que se puede conseguir prescribiendo unos niveles mínimos de ingresos asegurables para diferentes profesiones (método aplicado, por ejemplo, por Egipto).

Otra manera de adaptar las pensiones a las prioridades y capacidades de cotizar de los diferentes colectivos de trabajadores consistiría en concebir conjuntos de prestaciones para los trabajadores autónomos y del sector informal que irían desde un núcleo básico de protección social obligatoria para todas las personas activas remuneradas hasta prestaciones más amplias que serían obligatorias para determinados colectivos de trabajadores (de la economía regular). Las prestaciones de sobrevivientes y de invalidez serían las primeras en formar parte de ese conjunto de prestaciones básicas. Los regímenes de seguro social obligatorio tendrían una ventaja comparativa en lo referente a asumir esas prestaciones, ya que el seguro contra esos riesgos necesita agrupar las cotizaciones de una gran cantidad de afiliados. Habida cuenta de esto, el Gobierno de Malasia está estudiando una propuesta de la OIT consistente en imponer por vía legislativa un régimen obligatorio para los trabajadores autónomos, el cual proporcionaría prestaciones similares a las de los empleados y cubriría los gastos de rehabilitación y prestaciones en efectivo por accidentes laborales graves e invalidez. Se ha propuesto que el régimen sea administrado por la Organización de la Seguridad Social, pero que sea independiente financieramente del de los empleados.

Como puede que la extensión o la adaptación del régimen de pensiones obligatorio no dé lugar a la cobertura de muchos trabajadores más, habría que preguntarse si — y en qué medida — es viable concebir regímenes especiales para los trabajadores autónomos y otros colectivos de la economía informal. Dos son en lo fundamental los modos de hacerlo (Bailey y van Ginneken, 2000): el primero consiste en concebir un régimen público especial que corresponda a las necesidades y circunstancias del colectivo excluido, y que sea autónomo administrativa y financieramente del régimen obligatorio; lo financian los asegurados totalmente, o parcialmente con una subvención estatal; la segunda opción es fomentar (y prestarle asistencia) la aparición de mecanismos de apoyo mutuo (o sector privado) que amparen a grupos profesionales o comunidades, posibilidad ésta que examinaremos en la siguiente sección (la 3.3).

Habría que acometer, empero, varios problemas, a fin de crear por lo menos cierta compatibilidad entre los regímenes obligatorios y los especiales. Como muchas personas estarían en algún período de sus vidas laborales aseguradas dentro del régimen obligatorio, se tendría que estudiar la manera de vincular esa situación con la afiliación a un régimen especial. Además, aunque el régimen especial habría sido concebido de manera tal que atrajese a los colectivos excluidos, probablemente fracasaría si la afiliación a él fuese voluntaria, dado que consideraciones relativas al riesgo moral harían que los afiliados maximizaran sus derechos en relación con las cotizaciones que debiesen pagar. También

---

resultaría difícil asegurar la observancia de las normas en un régimen obligatorio, según las categorías de personas que se incluyese en él. Si un porcentaje importante de ellas no encontrase ventaja alguna en semejante sistema, o se sintiera incapaz de pagar la cotización, se menoscabaría su viabilidad financiera y su base de solidaridad. Así pues, está la opción de que los poderes públicos subvencionen el régimen a fin de asegurar un nivel superior de participación, como se ha hecho en el Ecuador, la República Islámica del Irán, la República de Corea y Turquía.

Otra opción consiste en instaurar impuestos finalistas destinados específicamente a sustentar un régimen colectivo, como los Fondos para el Bienestar de los Trabajadores de la India. Por ejemplo, el Fondo para el Bienestar de los Trabajadores Manufactureros de cigarrillos bidi financia la cobertura de unos 400.000 trabajadores, fundamentalmente a domicilio, que elaboran esos cigarrillos, en el marco de la ley del fondo de Previsión de Empleados. Además, se distribuyeron a esos trabajadores tarjetas de identidad que desempeñaron un papel importante en hacer esas prestaciones obligatorias accesibles a varias categorías de trabajadores del sector informal (Jain, 1999).

Habida cuenta de la diversidad de los países en desarrollo en lo que respecta a su nivel de desarrollo y al de las instituciones de la seguridad social, es difícil proponer algunas conclusiones políticas generales. Cabe distinguir entre dos tipos de países en desarrollo: los primeros son países de ingresos medios, algunos de los cuales poseen instituciones de seguridad social muy desarrolladas, que podrían fijarse por meta la cobertura de toda su población mediante la extensión del programa de seguro social obligatorio; los segundos son el gran grupo de países de bajos ingresos en los que sólo se puede alcanzar un aumento rápido de la cobertura de la seguridad social instaurando regímenes de seguro social concebidos especialmente para diferentes colectivos de trabajadores de la economía informal.

### **3.3. La microfinanciación y las pensiones**

Tradicionalmente, las instituciones especializadas en microcréditos se han consagrado a facilitar créditos para capital de explotación a microempresas como instrumento para romper el círculo de la pobreza. Muchas de ellas han crecido hasta convertirse en IMF porque se precisa un planteamiento más global, integrado, que permita prestar todos los servicios financieros que necesitan las familias de bajos ingresos, no sólo los microempresarios. A menudo, se vincula un seguro de vida a los préstamos comerciales para garantizar la devolución del préstamo en caso de que el prestatario fallezca y, en algunos casos, entregar una cantidad global a los sobrevivientes. En el marco de sus mayores responsabilidades, las IMF se esfuerzan ahora en atender a colectivos más amplios de clientes y ampliar sus servicios de seguro a la sanidad y el aseguramiento de los activos.

Por distintas razones, para llevar los servicios financieros a las comunidades de bajos ingresos, la oferta de productos de seguro debería venir probablemente después de la de productos de ahorro. En primer lugar, porque los ahorros son más eficaces que los seguros para disminuir la vulnerabilidad frente a contingencias sociales y económicas únicas muy variadas, como los gastos que acarrea la celebración de un matrimonio; además, el seguro protege más adecuadamente frente a contingencias previsibles, que a menudo entrañan graves pérdidas, como los gastos de hospitalización, el fallecimiento, la vejez y la discapacidad. En segundo lugar, las cuentas de ahorro son probablemente una base más sólida que los préstamos para proporcionar servicios de seguros porque la vinculación entre el crédito y el seguro sólo ofrece una cobertura cuando el cliente tiene un crédito pendiente de devolución. Por último, el vínculo entre los ahorros y el seguro aumenta la probabilidad de que los clientes de ingresos bajos e irregulares tengan acceso al seguro, pues pueden utilizar sus cuentas para economizar las primas del seguro o bien pagar éstas

---

con los intereses devengados por sus ahorros. Es, pues, más probable que la manera más eficaz de proporcionar una cobertura a largo plazo minimizando los costos de transacción consista en recurrir a las innovaciones que acumulan el seguro con los productos de ahorros (Brown y Churchill, 2000).

Zeller (2000) afirma que las IMF pueden desempeñar un importante papel en la cobertura de los riesgos de la vejez y el fallecimiento de los familiares mediante servicios de ahorros cautelares (depósitos a largo plazo con tasas de interés superiores) y seguros de vida. Por ahora, abundan más los ejemplos de IMF que comercian seguros de vida que pensiones de vejez periódicas. El Banco Rakyat Indonesia vende seguros de vida que sólo cubren la deuda de los prestatarios. El Comité de Progreso Rural de Bangladesh (BRAC) paga un seguro de vida a los sobrevivientes designados por el asegurado. La entrega de una cantidad global al «heredero» constituye un incentivo implícito para atender en la vejez al asegurado en el BRAC. Aunque algunas IMF aceptan ahorros cautelares, la mayoría lo hacen cuando están inscritas como bancos.

Existen varios mecanismos para aumentar la accesibilidad de los productos de seguros de vida, y con el tiempo las pensiones, a los hogares de bajos ingresos, proceso en el que las IMF pueden desempeñar un papel importante, porque en general se trata de entidades en las que se confía y ya han establecido cauces de crédito y ahorro a los clientes pobres, con frecuencia de costo relativamente bajo. En cambio, normalmente carecen de experiencia en seguros y su base de clientes es relativamente pequeña. Si son los bastante grandes y disponen de capacidad de supervisión y gestión suficiente, pueden establecer una unidad comercial aparte y contratar a los especialistas necesarios. De otro modo, pueden actuar en tanto que agentes y contratar en el exterior la parte de su negocio consistente en seguros — o determinadas actividades a largo plazo del ámbito de los seguros — a una aseguradora o una empresa especializada. Además, es posible que deseen externalizar el riesgo por conducto de una reaseguradora. En tal caso, las tareas que las IMF asumirían serían vender las pólizas a sus clientes a cambio de una comisión y, habida cuenta de su relación de confianza con los clientes, ocuparse de la póliza, es decir, de verificar las reclamaciones y presentar las solicitudes de indemnización (Churchill y colaboradores, 2002).

En todo ello desempeñarán una importante función indirecta las autoridades públicas. Muchas de las normas reguladoras fijadas a los aseguradores comerciales que atienden mercados de elevados ingresos pueden limitar sin pretenderlo la posibilidad de ofrecer seguros de pequeñas cuantías a clientes de bajos ingresos. Mediante medidas de regulación e incentivos financieros, las autoridades pueden asimismo desear influir en las prestaciones de los seguros de vida, y a la larga de las pensiones, que ofrece el sector privado. De hecho, desde el punto de vista de la seguridad social, por lo general los poderes públicos favorecen el pago periódico de prestaciones frente al de cantidades globales. Al Estado le interesan los pagos periódicos porque si el pago único no se utiliza correctamente, la persona beneficiaria puede tener que volver a recabar ayuda de la asistencia social, que a fin de cuentas se financia con dinero público. Por éste y otros motivos, al Estado podría interesarle, pues, subvencionar esos regímenes, ya fuese haciendo aportaciones similares a las de los cotizantes, ya fuese ofreciéndoles respaldo técnico. Algunos de los posibles métodos de intervención son similares a los que vimos en la sección 2.3.3 a propósito de los regímenes de seguro de enfermedad comunitarios.

### **3.4. Observaciones finales**

Un gran número de países en desarrollo está planeando o poniendo en práctica cambios de importancia en sus regímenes de pensión nacionales. Algunos están pasando de regímenes de reparto a cuentas de ahorro individuales de capitalización total y otros de regímenes de previsión que entregan una cantidad global a la jubilación a un régimen de

---

seguridad social que proporciona prestaciones periódicas. Las pensiones corresponden a tres contingencias primordiales: la vejez, la incapacidad para trabajar y la sobrevivencia. La medida en que estas contingencias afectan a los distintos colectivos de la economía regular y de la informal difiere conforme al trabajo concreto a que se dediquen, los ingresos y la situación familiar. Es necesario efectuar más investigaciones de las realidades «sobre el terreno» de las disposiciones oficiales en materia de pensiones (Charlton y McKinnon, 2001) y de las repercusiones de la vejez, la discapacidad y el fallecimiento en los ingresos, los activos y las relaciones familiares.

Ha sido sobre todo en América Latina donde las reformas de las pensiones han modificado los principios en que se basan la financiación y la administración de los regímenes de pensiones. Las reformas no han cambiado las diferencias sustanciales de cobertura que existen entre los países, y probablemente la cobertura general haya disminuido en los 20 años últimos. Los países adelantados (la Argentina, Chile y el Uruguay) cubren del 60 al 80 por ciento de la población activa, y el resto — con una economía informal mucho mayor — a menos del 30 por ciento. Se preveía que esas reformas mejorarían la cobertura al disminuir el fraude y la inobservancia de las leyes, en la creencia de que los trabajadores se sentirían más atraídos por los ahorros para la pensión acumulados que por las prestaciones de los regímenes de reparto. Puede que hayan aumentado el fraude y la inobservancia, al parecer a causa de los excesivos costos administrativos y del denominado problema de la transición, pero ambos tipos de regímenes se enfrentan en gran medida a un mismo problema por lo que respecta a la extensión de la cobertura, es decir, al hecho de que en muchos países una gran parte de la población activa, a menudo en aumento, trabaja en la economía informal.

Los métodos utilizados por las autoridades públicas para integrar a los trabajadores por cuenta propia en los programas de seguro de pensión obligatorio han arrojado resultados muy diversos. Normalmente, esos trabajadores no están dispuestos a pagar el «doble», es decir, las cotizaciones de los trabajadores y de los empleadores. Ahora bien, algunos países como Túnez han incrementado considerablemente su cobertura, en particular gracias a la aplicación de escalas de ingresos realistas como base de las cotizaciones de diferentes colectivos de trabajadores autónomos. Algunos regímenes especiales para esos trabajadores también han dado buenos resultados, sobre todo cuando las autoridades públicas están dispuestas a subvencionarlos y si pueden estar respaldados por impuestos destinados específicamente a ellos. La India, por ejemplo, ha conseguido amparar a unos 400.000 trabajadores manufactureros de cigarrillos bidi —fundamentalmente, a domicilio— en el marco de la *ley del fondo de previsión de los empleados* financiada por un impuesto específico. China también ha facilitado la afiliación de los trabajadores autónomos y de la economía informal adaptando las estructuras de las prestaciones y cotizaciones a las circunstancias propias de los trabajadores urbanos y rurales. Egipto ha sido uno de los países que ha prescrito unos niveles mínimos de ingresos asegurables para diferentes profesiones a fin de dotar a los trabajadores autónomos de cierto margen de maniobra en cuanto a las cotizaciones que deben pagar.

Los países de ingresos medios podrían tratar de cubrir a toda su población mediante la extensión del programa de seguro de pensión obligatorio. Los de bajos ingresos pueden probablemente aumentar sustancialmente la cobertura por conducto de instituciones intermedias, como las IMF, las cuales pueden desempeñar un importante papel en hacer accesibles los seguros de vida y, a más largo plazo, las pensiones a los hogares de bajos ingresos. Se trata, en general, de instituciones que gozan de confianza y que ya han establecido cauces de crédito y ahorro para clientes pobres, con frecuencia de costo relativamente bajo. Las IMF podrían administrar directamente el negocio de los seguros o convertirse en agentes de compañías de seguros exteriores.

Cabe proponer algunas de las conclusiones siguientes a los países de bajos ingresos o medios:



- 
- Estudiar la conveniencia de revisar el régimen obligatorio para facilitar la afiliación parcial.
  - Reforzar la capacidad administrativa (observancia de las normas, llevanza de registros y gestión financiera).
  - Llevar a cabo programas de educación y sensibilización para mejorar la imagen del sistema de seguridad social.
  - Extender la cobertura conforme a un calendario fijado de antemano a todas las personas que trabajan como empleadas, salvo las pertenecientes a colectivos especiales, como el servicio doméstico, los trabajadores familiares y los eventuales.
  - Abrir nuevas «ventanillas» y ofrecer prestaciones que se adapten a las necesidades y capacidad de cotizar de los colectivos no amparados.

## 4. La protección de los desempleados

Según el *Informe sobre el empleo en el mundo 2001* (OIT, 2001b), a finales del año 2000 aproximadamente un tercio de los trabajadores del mundo — es decir, cerca de mil millones de personas — se encontraba en situación de desempleo o subempleo. En todo el planeta había unos 160 millones de desempleados, es decir, de personas que buscaban trabajo o estaban disponibles para trabajar, pero no conseguían empleo; más de la mitad de ellos vivían en países en desarrollo. Más de 800 millones de personas, predominantemente de países en desarrollo, eran consideradas subempleadas, esto es, que trabajaban mucho menos de la jornada completa, pero deseaban trabajar más horas, o que ganaban menos del salario vital. En general, forman parte de la economía informal, en zonas urbanas o rurales. Unos 500 millones no ganan bastante para mantener a sus familias por encima del umbral de la pobreza de un dólar estadounidense por persona y día.

La primera protección contra el desempleo y el subempleo es una política firme orientada hacia el pleno empleo, consistente en políticas macroeconómicas en los planos nacional e internacional; políticas sectoriales, regionales y locales y, por último, políticas referentes al mercado del trabajo y a la formación profesional. Ahora bien, hay una necesidad cada vez más aguda de políticas específicas de protección de los desempleados, porque las políticas de pleno empleo, o bien no existen, o bien tardan en dar frutos, y porque varias crisis han provocado niveles inaceptables de penuria.

Algunos países de ingresos medios han establecido, para los trabajadores de la economía regular titulares de contratos laborales, regímenes de prestaciones de desempleo que normalmente sólo amparan a un pequeño porcentaje de los desempleados. Algunos trabajadores de la economía regular pueden estar amparados también por medidas de protección del empleo, por ejemplo, medidas legislativas sobre la seguridad de empleo e indemnizaciones por despido. En este capítulo examinaremos la eficacia de las prestaciones de desempleo y de las medidas de protección del empleo y analizaremos de qué manera pueden complementarse mutuamente mejor.

El grueso de la población activa de los países en desarrollo está formado por los trabajadores subempleados de las zonas rurales y de la economía informal urbana, que no tienen prácticamente ninguna protección contra el desempleo. Muchos países de ingresos bajos y medios han establecido Programas Intensivos de Empleo que facilitan empleo a los subempleados. En este capítulo analizaremos las condiciones en que esos programas pueden proporcionar una garantía limitada de empleo a determinadas categorías de trabajadores subempleados.

---

## 4.1. Las prestaciones de desempleo y la protección del empleo

La misión fundamental de las prestaciones de desempleo consiste en proporcionar seguridad de ingresos durante los períodos de desempleo involuntario. Pueden, pues, contribuir a que no se bloquee el consumo, en los planos individual y macroeconómico, y fomentar una búsqueda eficiente de trabajo, al facilitar un mejor ajuste entre la oferta y la demanda en el mercado laboral. Al igual que en cualquier otro régimen de seguridad social, el seguro de desempleo transfiere la incertidumbre del riesgo de la persona a la comunidad (OIT, 1976), con el resultado de que mejora la aceptación por los trabajadores del ajuste económico y disminuye el costo que para los empleadores supone el ajuste de la mano de obra (OIT, 1999b).

En principio, cabe considerar aleatoria la contingencia del desempleo de breve duración y friccional (los desfases cronológicos entre puestos de trabajo) y, por consiguiente, que puede ser objeto de protección en el marco de la seguridad social. En cambio, el desempleo resultante de las recesiones nacionales o internacionales sólo puede ser objeto de protección parcial mediante la cobertura de un seguro social que se autofinancie. En la práctica, empero, los regímenes de prestaciones de desempleo han mantenido su viabilidad mediante diversos mecanismos, como los consistentes en definir con precisión la contingencia, ser explícitos — y a menudo restrictivos — en lo referente a la cobertura, y vincular la concesión de las prestaciones a una serie de controles y otras condiciones, la más importante de la cual probablemente sea la de la duración de las prestaciones. Ahora bien, está claro que, en períodos de crisis, el gasto de los regímenes de seguro de desempleo será superior a sus ingresos, en cuyo caso la diferencia se podría financiar con las reservas del régimen, aumentando las cotizaciones y con préstamos y/o subvenciones oficiales. Durante la grave recesión de 1998, por ejemplo, la República de Corea concedió una sustanciosa subvención extraordinaria al seguro de desempleo y a los regímenes de asistencia social para compensar el lucro cesante de los desempleados.

### 4.1.1. América Latina y el Caribe

En la regulación de los mercados laborales de los países de América Latina se ha puesto tradicionalmente el acento en garantizar la estabilidad en el empleo protegiendo a los trabajadores frente a los despidos arbitrarios (Márquez, 1995). La mayoría de esos países recurren a regímenes de indemnización por despido para ayudar a los trabajadores a arreglárselas en los períodos de desempleo. Esos regímenes pagan únicamente una cantidad global única. Aunque algunos de los regímenes de indemnización por despido han sido integrados en el régimen general de la seguridad social, su carga recae predominantemente sobre los empleadores. En lo fundamental, están vinculados a la antigüedad en el empleo y a los ingresos, de manera que su costo para los empleadores es mayor en el caso de los trabajadores con mayor antigüedad. Algunos países han financiado fondos de despido con aportaciones del Estado y de los empleadores. Otros, como Chile y Colombia, han hecho experiencias con cuentas individuales de capitalización para el despido, en las que se acumula un fondo que el trabajador retira en caso de cancelación de su contrato. Varios países efectuaron cambios en sus reglamentos sobre rescisión de contratos en el decenio de 1990. La orientación de esas reformas ha consistido en disminuir las restricciones y costos para los empleadores de la rescisión de los contratos y en transformar los regímenes de indemnización por despido en regímenes obligatorios de capitalización para despido.

Sólo unos cuantos países (Argentina, Barbados, Brasil, Ecuador, México, Uruguay y Venezuela) han puesto en práctica regímenes de seguro de desempleo integrados en sus regímenes de seguridad social. De hecho, ha contenido la difusión de los regímenes de seguro de desempleo el que las indemnizaciones por despido ya proporcionan una seguridad de ingresos considerable a los trabajadores despedidos con contratos laborales que comportan la plenitud de las prestaciones sociales. Las cotizaciones de los

---

empleadores y los empleados son la fuente de financiación principal de los regímenes de seguro de desempleo, salvo algunas excepciones: en el Brasil, el seguro de desempleo se financia con cargo a un impuesto sobre los ingresos de las empresas, y en el Uruguay con las cotizaciones al seguro social y una porción del impuesto sobre el valor añadido.

El derecho al seguro de desempleo es muy restrictivo. Normalmente, quedan excluidos de su cobertura los asalariados más vulnerables a padecer períodos de desempleo, como los de la construcción, el servicio doméstico, la agricultura y los jóvenes. En México, se limita a los trabajadores de 60 a 64 años de edad. Además, el derecho a recibir esta prestación depende del historial de cotización del trabajador. El porcentaje de desempleados que percibía el seguro de desempleo ascendía al 10 por ciento en la Argentina y al 16 por ciento en el Uruguay en diciembre de 1994 (CIEDESS, 1994; AISS, 1997b; Pessino, 1997). En el Brasil, el 77 por ciento de los trabajadores despedidos de empresas de más de cinco empleados percibieron una prestación del seguro de desempleo en 1993, lo cual indica que las tasas de cobertura son más elevadas en las empresas mayores (Amadeo y Camargo, 1997). En Barbados es donde mayor es la cobertura, pues se calcula que en ese país el 60 por ciento de la población activa cotizaba al seguro de desempleo en 1994, cifra inferior al 73 por ciento de 1986 (AISS, 1997a).

La magnitud y la duración de las prestaciones son relativamente bajas en comparación con las de los países más desarrollados. Las tasas de sustitución suelen ser del 50 al 60 por ciento de los últimos salarios devengados, con máximos vinculados al salario mínimo en el caso de los salarios más altos. Las prestaciones se conceden por períodos que normalmente no superan los cuatro meses (Márquez, 2001).

En 2002, Chile puso en marcha un nuevo régimen de prestaciones de desempleo, una parte del cual consiste en ahorros individuales obligatorios y la otra parte en prestaciones suplementarias. Los trabajadores cotizan el 0,6 por ciento y los empleadores el 1,6 de la nómina al sistema de cuentas individuales. Una cotización del 0,8 por ciento de los empleadores y una subvención estatal financian el «fondo de solidaridad». El régimen ampara a todos los trabajadores cubiertos por el Código del Trabajo, es decir, los titulares de un contrato de trabajo de larga duración o temporal. Cuando los trabajadores han cotizado durante más de 12 meses, pueden retirar fondos de su cuenta personal para un amplio abanico de contingencias definidas claramente, como el despido, la renuncia, la jubilación y el fallecimiento, respecto de cada una de las cuales se han fijado las prestaciones a tenor del período de cotización y de los últimos ingresos. En el caso del desempleo involuntario, el fondo de solidaridad financia algunas de las prestaciones, por ejemplo, cuando en la cuenta individual no hay capital suficiente para financiarlas. Lleva la administración del régimen una empresa (privada) seleccionada mediante licitación pública (Bertranou, 2001a).

Según Conte-Grand (1997), en la región se ha hecho más hincapié en establecer servicios de empleo para los desempleados y en unas políticas activas del mercado del trabajo en general. Mazza (2000) dice, en cambio, que por lo general los sistemas de seguro de desempleo no están conectados con otros servicios intermediarios del mercado del trabajo y de colocación. En un país como el Brasil, por ejemplo, los trabajadores no están obligados a inscribirse en el servicio intermediario y el abono de la prestación no depende de la verificación de los intentos de encontrar empleo. A resultas del fraude y a veces de la colusión entre las empresas y los trabajadores, varios colectivos de trabajadores tienen empleo y perciben las prestaciones de desempleo al mismo tiempo.

Por ahora, no es probable que la cobertura de los regímenes de seguro de desempleo se extienda a los segmentos todavía no protegidos de la población, porque probablemente tropezará con la firme oposición de sus beneficiarios actuales y de las empresas que actúan en el sector regulado. Sólo en el Brasil se ha realizado cierta expansión a nuevos colectivos (a los pescadores tradicionales y a los trabajadores damnificados por la sequía en el

---

Nordeste), pero ha sido temporal y se ha financiado con fondos excedentarios. La mayoría de estos regímenes — que se financian con cargo a los impuestos sobre las nóminas — es probable que tengan problemas para mantener las prestaciones en épocas de aumento del desempleo.

#### **4.1.2. El Asia Meridional y Sudoriental**

A finales del decenio de 1990, sólo en tres economías de estas regiones (las de China, la República de Corea y Mongolia) había alguna modalidad de régimen de prestaciones de desempleo. Allá donde existen prestaciones oficiales, son por lo general modestas, como en la República de Corea. En China, las tasas, fijadas localmente, son por lo general bajas. La cobertura es asimismo muy baja: apenas la mitad de los empleados están protegidos en la República de Corea y en los demás países sólo lo está una minoría de los empleados de la economía regular.

La crisis financiera asiática ha dejado claro que el seguro de desempleo podría desempeñar un papel sustancial para hacer frente a niveles inaceptables de penuria provocados por un aumento rápido del desempleo. Si la cobertura del seguro de desempleo hubiese sido suficientemente amplia en los países afectados por la crisis — por ejemplo, si hubiese amparado a todos los empleados de las empresas de más de cinco trabajadores —, la mayoría de quienes quedaron cesantes hubiesen tenido derecho a prestaciones por desempleo. Según un estudio de viabilidad realizado por la OIT para Tailandia (OIT, 1998), para que un régimen pagase durante seis meses prestaciones equivalentes al 50 por ciento de los ingresos anteriores, la tasa de cotización necesaria habría ascendido al 2,5 por ciento de la nómina en el primer año de funcionamiento, pero habría disminuido rápidamente después, hasta ser el 0,6 por ciento en el séptimo año. Esa tasa hubiese permitido acumular reservas equivalentes al costo de un año de prestaciones.

La República de Corea es uno de los países en que existía antes de la crisis un seguro de desempleo, que fue creado en 1995 y que los interlocutores sociales decidieron expandir y mejorar a un ritmo excepcionalmente rápido a principios de 1998, inmediatamente después del inicio de la crisis, dentro de un conjunto de medidas en que se equilibraba una disminución de la protección del empleo con un aumento de la cobertura del seguro de desempleo. De ese modo, los poderes públicos y las organizaciones de empleadores obtuvieron el acuerdo de las organizaciones de trabajadores para legislar cambios concebidos para facilitar los despidos en determinadas circunstancias.

Tailandia está estudiando cuidadosamente la implantación de un seguro de desempleo. El Gobierno y los interlocutores sociales han llegado al convencimiento de que es necesario un régimen de esa índole, que se financiaría con una deducción del 3 por ciento de la nómina y cubriría a unos siete millones de trabajadores, aproximadamente el 20 por ciento de la población activa del país. Se ha previsto varias medidas, entre ellas obras públicas con gran intensidad de mano de obra y otros regímenes de protección social, para asistir a los desempleados y subempleados que no trabajan en la economía regular. La Oficina para la Seguridad Social administrará el sistema, pero, para disminuir la posible dependencia de la asistencia social y fomentar la autonomía, los solicitantes deberán formular sus reclamaciones al inscribirse en la Oficina del Servicio de Empleo.

---

**Cuadro 5. Prácticas en materia de indemnización por despido de varios países asiáticos**

País	Indemnización por despido obligatoria
Camboya	Dos semanas de salario por año, con un máximo de seis meses de salario.
China*	Normalmente, un mes por año.
Hong Kong, China	Al cabo de dos años de servicio, un máximo de dos tercios del último salario por año, o 22.500 dólares de Hong Kong (la cantidad menor de las dos).
India	El salario de 15 días por año.
Indonesia	Un mes por año, con un máximo de cinco años.
Corea, República de *	30 días por año.
Malasia	Diez días por el primer año, 15 días por los años segundo a quinto y 30 días por año por los períodos superiores a cinco años.
Filipinas	Un mes por año.
Singapur	Ninguna, salvo lo que determinen los convenios colectivos aplicables.
Sri Lanka	El Comisario General del Trabajo determina los derechos, pero las directrices impartidas a los empleadores recomiendan pagar de dos a tres meses de salario por año de servicio, o el salario completo correspondiente al período que quede hasta la jubilación (la cantidad menor entre ambas opciones), con un máximo de 50 meses de salario.
Viet Nam	Por lo general, medio mes de salario por año de servicio.

\* Existe un régimen de seguro de desempleo obligatorio.  
Fuente: Termination of employment digest: A legislative review. OIT, Ginebra, 2000.

---

Hay muchos países asiáticos en los que existen regímenes de indemnización por despido (véase el cuadro 5), aunque normalmente sólo protegen a un pequeño porcentaje de la población activa, es decir, a los trabajadores de las grandes empresas de la economía regular. La vinculación de esas prestaciones a la antigüedad en la empresa las hace más similares a una disposición en materia de jubilación de empleados de gran antigüedad que a un régimen de prestaciones de desempleo. Estos regímenes de indemnización de despido y el recurso a los ahorros acumulados en los fondos de previsión (Betcherman e Islam, 2001) sólo desempeñaron un papel reducido en las indemnizaciones por las consecuencias negativas de la crisis asiática de 1997. En cuanto a la indemnización por despido, muchas empresas quebradas no cumplieron sus obligaciones. En la República de Corea y Tailandia, se establecieron fondos especiales para garantizar el pago de las indemnizaciones de despido (Lee, 1998). Algunos trabajadores despedidos también podían retirar sus ahorros de los fondos de previsión administrados por el Estado cuya finalidad era distribuir prestaciones de jubilación. El porcentaje de trabajadores activos que tenían derecho a esa prestación variaba considerablemente según el país de que se tratase, y ascendía únicamente al 12 y al 16 por ciento en Indonesia y Tailandia, respectivamente. Debe observarse, además, que el saldo medio de cada trabajador en el fondo de previsión nacional de Indonesia era muy pequeño en 1997 (el equivalente de 22 dólares estadounidenses).

#### 4.2. Hacia una garantía de empleo para los desempleados

En principio, los programas de infraestructuras con gran intensidad de mano de obra podrían ayudar a la gran mayoría de los trabajadores subempleados de los países en desarrollo de bajos ingresos y medios. Las obras de construcción y reparación de infraestructura se efectúan principalmente durante la época del año en que menos trabajo hay, cuando los pequeños campesinos y los jornaleros (asalariados) sin tierras no se dedican a los trabajos de la tierra y no tienen otras fuentes de empleo. En las zonas urbanas, en cambio, también se pueden efectuar en períodos de recesión o crisis. Pueden generar empleo y disminuir considerablemente la pobreza aplicando técnicas de

---

construcción que emplean mucha mano de obra (pero en las que no se derrochan recursos) a programas de inversión de interés general y orientando las inversiones cada vez más hacia las necesidades productivas y sociales de los pobres y los colectivos de bajos ingresos de la población. Se puede conseguir garantías de empleo limitadas mediante una reorientación de las inversiones en curso y planeadas y, por consiguiente, no hace falta financiarlas apelando a gastos que aumenten el déficit público.

#### **4.2.1. Las características de los programas intensivos de empleo**

Buena parte de la infraestructura indispensable para el funcionamiento de una economía moderna tiene por definición gran intensidad de capital. Los métodos basados primordialmente en la mano de obra no son una alternativa a la tecnología con gran intensidad de maquinaria en lo que se refiere a proyectos de infraestructura a gran escala, como los referentes a la energía, las telecomunicaciones, los aeropuertos o las carreteras pavimentadas. Ahora bien, también hay muchos tipos de infraestructura pública en los que las técnicas que emplean mano de obra y recursos locales ofrecen una alternativa mejor en cuanto a creación de empleo, sostenibilidad de la infraestructura y ahorro de divisas. Nos referimos a la infraestructura productiva (carreteras secundarias, bonificación de tierras, pequeñas represas, pozos y redes de regadío, drenaje y alcantarillado) y a la infraestructura social (escuelas y centros de salud).

Varios estudios han demostrado (Keddeman, 1998) que las técnicas basadas en la mano de obra pueden resultar más económicas que las basadas en el equipamiento. En Lesotho, por ejemplo, de un análisis comparado del sector de las vías de comunicación se desprende que las primeras eran un 37 por ciento menos caras que las segundas en zonas montañosas remotas pagándose un salario diario de 4,90 dólares estadounidenses (el salario mínimo oficial del momento en que se efectuó el estudio). Un estudio nacional de simulación de construcción de carreteras en Madagascar, basado en la experiencia de varios proyectos, ha demostrado que la construcción de carreteras con empleo intensivo de mano de obra llevada a cabo por pequeños contratistas locales cuesta por kilómetro del 30 al 80 por ciento menos que los proyectos en que se utiliza mucha maquinaria ejecutados directamente por el Estado. Además, generan de dos a tres veces más empleos y ahorran hasta el 30 por ciento en divisas. Como los programas intensivos de empleo (PIE) trabajan muchos supervisores, su eficacia en función de los costos guarda estrecha relación con la calidad de los directivos y de su organización.

Las obras públicas son financiadas y planeadas por los poderes públicos; los proyectos comunitarios, en cambio, se ejecutan a iniciativa de colectivos locales y en beneficio de éstos. La experiencia en materia de PIE demuestra que lo mejor sería que las obras de interés comunitario se ejecutaran compartiendo su costo; las comunidades suelen utilizar su propia mano de obra (no remunerada) y materiales locales, y necesitan apoyo exterior para obtener insumos complementarios (por ejemplo, transportes o cemento). Algunos proyectos comunitarios benefician a toda la población del lugar (por ejemplo, las escuelas, los centros de salud, el abastecimiento de agua a una aldea, las carreteras secundarias) y otros a determinados grupos de usuarios (los planes de regadío, la conservación de los suelos...). En muchos países en desarrollo, las organizaciones no gubernamentales y otras instituciones locales movilizan la autoayuda y recursos en efectivo para obras comunitarias cuando los órganos de gobierno locales carecen de los necesarios recursos financieros y humanos. En determinados casos, las instituciones locales oficiales (por ejemplo, los comités de desarrollo de aldea) pueden asumir la responsabilidad principal de esas obras. En cambio, en las obras comunitarias que satisfacen las necesidades económicas y sociales de colectivos concretos suelen intervenir instituciones locales que representan los intereses privados de los futuros beneficiarios (por ejemplo, asociaciones de campesinos, cooperativas, colectivos de jornaleros, etcétera).

---

En ambos casos, a través de las instituciones locales se expresan las necesidades locales de servicios colectivos, se planean las obras comunitarias, se movilizan los recursos locales y se negocia el apoyo financiero y técnico exterior. Actuando en nombre de sus representados, pueden ser socios bajo contrata de servicios estatales y organismos de financiación que prestan apoyo financiero y técnico a las obras comunitarias. Normalmente, en esos contratos se define cómo se compartirán los recursos y las responsabilidades respectivas en lo tocante a las obras en la fase de construcción y además se establecen disposiciones referentes a la gestión y el mantenimiento en el futuro de los activos creados.

Uno de los rasgos salientes de los PIE es que «seleccionan automáticamente» a los trabajadores pobres que participan en ellos, evitando los costosos y engorrosos trámites característicos de los mecanismos de selección de las prestaciones asistenciales (véase el capítulo 5). Como en estos programas se pagan salarios bajos (es decir, el salario de los jornaleros agrícolas de la región por un trabajo similar, o el salario mínimo si éste es realista), sólo los trabajadores poco cualificados de familias de bajos ingresos desean trabajar para ellos. Varios estudios han demostrado que esta forma de focalización es más eficiente porque los PIE no sólo reducen la pobreza, sino que además contribuyen a la creación de activos productivos. Aplicando un modelo de equilibrio general a la economía india, Parikh y Srinivasan (1993) compararon la eficacia de tres intervenciones políticas contra la pobreza y constataron que una política focalizada consistente en dar más oportunidades de empleo mediante PIE rurales bien concebidos y ejecutados tenía un efecto mucho mayor en los pobres que las subvenciones generales de alimentos destinadas a toda la población y que una política de aumento de la producción de alimentos mediante la subvención de los abonos o el aumento de las superficies de regadío. En Botswana y Kenya, los PIE benefician fundamentalmente a los trabajadores pobres, pero disminuyen la intensidad de la pobreza, es decir, la brecha de la pobreza en lugar de su difusión (Teklu y Asefa, 1999). Esta parece ser la orientación correcta en los países cuyos habitantes viven mayoritariamente por debajo del umbral de la pobreza (o en él).

#### **4.2.2. La garantía de empleo como forma de seguro de desempleo**

Se puede organizar el empleo en el marco de un PIE de manera tal que los trabajadores puedan obtener una garantía de empleo durante cierto número de días al año. Cabe considerar, pues, la garantía individual de empleo como una forma de seguro de desempleo, en la que se proporciona seguridad de empleo y, por consiguiente, de ingresos. Cuando los trabajadores piden trabajo y las autoridades públicas satisfacen esa demanda organizando un PIE, la garantía es amplísima. En ello se basa el Régimen de Garantía de Empleo Maharashtra, existente desde 1977 (OIT, 2000). Ofrece una garantía menos generosa el Régimen de Seguro de Empleo indio, que proporciona 100 días de trabajo a quienes los solicitan (Ranade, 1998). Según muchos estudios de la pobreza, normalmente es la carencia de empleo y de ingresos de 60 a 100 días, sobre todo durante el período de inactividad agrícola, el factor que expulsa a los trabajadores de la agricultura. También es posible proporcionar a una comunidad *una garantía de empleo colectivo*, por ejemplo, mediante una garantía de inversiones en infraestructura, que crearía una cantidad mínima de jornadas de empleo poco cualificado al año. Las comunidades podrían designar a los trabajadores más pobres de ellas o bien individualizar el derecho al empleo distribuyendo bonos.

En la estela de la crisis asiática, varios países del Asia Sudoriental ejecutaron programas de obras públicas. En la República de Corea, esos programas generaron 440.000 puestos de trabajo en 1998 y casi 1.200.000 en 1999 — aproximadamente el 70 por ciento del 1.700.000 desempleados de ese año. En Tailandia también se pusieron en marcha grandes programas recurriendo a fondos públicos y de donantes. Un problema común a todos ellos fue que en muchos casos se fijaron niveles salariales demasiado altos, lo que hizo que no se seleccionara automáticamente a los trabajadores más necesitados. En países

---

como Indonesia y Tailandia, ya se había suprimido los programas de obras públicas, de manera que no había capacidad para planear ni ejecutar otros nuevos. Además hubo problemas de supervisión y coordinación. En Filipinas, por ejemplo, los retrasos administrativos hicieron perder tiempo y no se pudo empezar a ejecutar los programas hasta después de la estación seca (que es cuando conviene llevar a cabo las obras de construcción). Así pues, la experiencia del Asia Sudoriental demuestra que: i) si se efectúa una selección cuidadosa, es posible alcanzar simultáneamente los objetivos de crear puestos de trabajo y la infraestructura necesaria; ii) el éxito depende en gran medida de la preparación y la organización de respuestas ante las crisis; y iii) hay que focalizar cuidadosamente los programas, no sólo mediante los salarios, sino también territorialmente (Betcherman e Islam, 2001).

Tras un examen de la situación de América Latina, Márquez (2001) ha llegado a la conclusión de que los programas de obras públicas que emplean gran número de trabajadores deben tener tres características esenciales para que arrojen buenos resultados en tanto que mecanismos de apoyo a los ingresos: en primer lugar, tienen que estar financiados por el Estado y ser ejecutados por entidades locales; en segundo lugar, también deben ser las autoridades centrales las que determinen el nivel de los salarios y seleccionen a los beneficiarios, mientras que las entidades locales deben encargarse del proceso mismo de selección; por último, para dirigir los recursos hacia los colectivos necesitados, hay que fijar los salarios a los bajos niveles apropiados. El impacto general de esos programas depende además de los recursos que se les asigne, pero lo más difícil será conseguir que el programa esté sincronizado con el ciclo económico, aumentando cuando la economía empeore y disminuyendo cuando mejore. Si va a decir verdad, la experiencia demuestra igualmente que, una vez creados los programas, es difícilísimo reducir su tamaño.

Las autoridades públicas y las comunidades sólo pueden ofrecer garantías de empleo significativas, más permanentes, cuando se puede hacer que los PIE no sean un elemento periférico de la actuación del Gobierno y reproducirlos a gran escala, como ha sucedido en Bangladesh, Ghana, la India, Kenya y Madagascar, países que han demostrado que la adhesión a una política de esa índole es esencial para su éxito, ya que pueden surgir numerosos obstáculos, entre ellos, que su financiación no sea sostenida, que no haya coherencia entre distintos programas, problemas de personal y la inexistencia de una política nacional correctamente planteada de alivio de la pobreza. Un factor fundamental del éxito es la transparencia de los procedimientos de selección, gestión de los contratos y evaluación.

Para que los programas encajen correctamente en la actuación normal del Estado es necesario llevar a cabo actividades de formación profesional y creación de capacidades en los planos microeconómico, mesoeconómico y macroeconómico: desde los órganos de poder locales a los del país y desde las instituciones o asociaciones locales a las nacionales. Debe impartir la formación un proyecto institucional que trabaje paralelamente al proyecto operativo de PIE. Las actividades de formación deben centrarse directamente en el ramo de la pequeña construcción que mejores resultados obtenga en cuanto a fomentar métodos basados en la mano de obra. La formación y la creación de capacidades deben extenderse asimismo a la masa crítica de técnicos y gestores oficiales basados en la mano de obra.

Se refuerza la función de garantizar empleo de los PIE cuando:

- la evaluación permanente garantiza que las metas estén definidas adecuadamente y que se disponga de recursos para alcanzarlas;
- los beneficiarios tienen confianza en las instituciones y los mecanismos de los PIE;
- una autofocalización eficaz reduce al mínimo la corrupción y la arbitrariedad;



- 
- se instauran medidas complementarias para asegurar la supervivencia de los activos, regular su utilización e iniciar un proceso colectivo en el que participen los usuarios directos y los beneficiarios indirectos, además de las instituciones locales que apoyan el PIE (alcaldes, concejos municipales, servicios técnicos...), las organizaciones no gubernamentales, etcétera;
  - se aplica una combinación de medidas diversas, como programas de capacitación y crédito así como regímenes de seguro de desempleo en las temporadas altas para jornaleros sin tierras (contratados), garantizados parcialmente por el Estado y parcialmente por los órganos de poder locales.

### 4.3. Cuestiones de política

Es probable que no más de una quinta parte de los cerca de 100 millones de desempleados del mundo en desarrollo gocen de algún tipo de seguro de desempleo. Hay, además, muchos más de 750 millones de trabajadores subempleados (los trabajadores pobres), que casi no tienen protección frente al desempleo. Muchos países en desarrollo protegen el empleo de los trabajadores de la economía regular, fundamentalmente mediante restricciones legales a los despidos y el pago de una indemnización por despido. En algunos países de ingresos medios existen prestaciones de desempleo, regímenes, que, a raíz de la crisis asiática, han despertado un interés cada vez mayor. Respaldada por un consenso tripartito, la República de Corea decidió atenuar las restricciones sobre los despidos a cambio de una mejora de la cobertura del seguro de desempleo. En varios países latinoamericanos existen programas de seguro de desempleo, pero no han aumentado su cobertura; en general, disminuyeron las restricciones a los despidos y promovieron regímenes de cotizaciones definidas e indemnizaciones por despido financiadas con las cotizaciones de los trabajadores.

La gran ventaja que ofrece el seguro de desempleo radica en que proporciona una verdadera seguridad de ingresos. Contribuye a «allanar» el consumo, fomenta una búsqueda de empleo eficaz y la aceptación del ajuste económico. Es superior a las medidas consistentes en el abono de una indemnización por despido porque perciben sus prestaciones los desempleados y dependen de cotizaciones colectivas, en lugar de la capacidad o la voluntad de cotizar de los diferentes empleadores cuyas empresas pueden estar en mala situación financiera. En general, esos regímenes son, además, más beneficiosos para los desempleados de bajos ingresos. El ejemplo reciente de Chile es interesante al respecto porque conjuga las cuentas de capitalización individuales con prestaciones de desempleo complementarias financiadas por un fondo de solidaridad integrado por las cotizaciones de los empleadores y subvenciones del Estado.

Los regímenes de seguro de desempleo pueden proporcionar una gran protección en un número cada vez mayor de países de ingresos medios. Ahora bien, al implantarlos habrá que tener en cuenta cuatro cuestiones de política primordiales:

- i) Si el sector informal de la economía es grande, puede menoscabar la utilidad del seguro de desempleo, porque puede suceder que mucha gente perciba las prestaciones y siga trabajando en la economía informal (Mazza, 2000).
- ii) Debe buscarse la complementariedad entre las prestaciones de desempleo y las medidas de protección del empleo (indemnización por despido y restricciones legales a los despidos). En los países de la OCDE ya se ha empezado a investigar esta cuestión (Auer, 2000), pero debe hacerse asimismo en los países en desarrollo.

- 
- iii) Probablemente no se pueda extender el seguro de desempleo a los desempleados jóvenes; habrá que aplicarles medidas específicas de fomento del empleo (Mazza, 2000).
  - iv) Hay que integrar estrechamente los programas de prestaciones de desempleo y las políticas referentes al mercado laboral (Thuy, Hansen y Price, 2001), con inclusión de los intermediarios, la formación profesional, los PIE y el apoyo a los trabajadores por cuenta propia. En algunos casos, se podría financiar parcialmente estas políticas con cotizaciones procedentes de la nómina.

La concesión de una garantía de empleo durante cierto número de días al año sería una forma ideal de seguridad de ingresos para los subempleados de los países de desarrollo de ingresos bajos y medios. Las características atrayentes de esos programas son que seleccionan automáticamente a su beneficiarios y crean activos productivos para las comunidades locales. Ahora bien, por ahora, sólo se dan garantías en circunstancias muy concretas, como el Régimen de Garantía de Empleo Maharashtra de la India. La experiencia de algunos países del Asia Sudoriental demuestra que esos programas pueden crear una gran cantidad de puestos de trabajo contracíclicos, sobre todo si el país está preparado en el plano de la organización para situaciones de crisis. En América Latina, por lo general ha sido difícil financiar los programas de manera sincronizada con el ciclo económico. Para crear directamente puestos de trabajo — más permanentes — en las zonas rurales y en el contexto de los PIE, sería posible facilitar alguna forma limitada de garantía de empleo si se reuniesen estas tres condiciones fundamentales: i) un firme empeño político en el plano nacional; ii) la existencia de capacidad en el plano local para gestionar los PIE; y iii) la aplicación de procedimientos transparentes a la selección de los proyectos, la gestión de los contrastos y la evaluación.

## **5. Las prestaciones sociales financiadas por el sistema impositivo**

Siguiendo los planteamientos de Sen, en el capítulo primero desarrollamos la idea de que se debe considerar la pobreza como una privación de capacidades. Las personas son pobres cuando están en mal estado de salud y son analfabetas, cuando están subalimentadas y no viven en casas que reúnen condiciones mínimas de habitabilidad y cuando son vulnerables a diversos riesgos que reducen o eliminan su capacidad de trabajar y su funcionamiento social. Las políticas (de protección) sociales y el seguro social fortalecen y salvaguardan esas capacidades, pero muchas veces no impiden que la gente tenga bajos ingresos ni que viva en la pobreza.

Muchas personas — que trabajan en la economía informal o que no tienen ninguna vinculación con los mercados laborales — no poseen capacidad alguna, o muy poca, de cotizar, a resultas de lo cual las prestaciones financiadas por el sistema impositivo constituyen para ellas la única perspectiva de estar amparadas por la seguridad social. Un número considerable de países en desarrollo han instaurado regímenes de prestaciones sociales financiadas con los impuestos que proporcionan una seguridad de ingresos elemental a las personas necesitadas. En unos cuantos países, financian parcialmente esas prestaciones las cotizaciones a la seguridad social. En comparación con la situación existente en los países desarrollados, el alcance de estas prestaciones es mucho menor en los países en desarrollo, donde el Estado tiene menos ingresos fiscales. Ahora bien, en el futuro se podría ampliar, si se pudiese financiar con recursos internacionales algún apoyo básico a los ingresos.

En este capítulo examinaremos primero las condiciones fijadas para tener derecho a esas prestaciones y cuestiones como a quién se destinan y los criterios de idoneidad. A continuación, veremos las características de los regímenes de prestaciones financiadas con

---

cargo a los impuestos, como la cobertura, la financiación y la administración, y luego valoraremos el impacto de algunos de ellos en la reducción de la pobreza. Concluiremos el capítulo abordando algunas cuestiones esenciales de política.

## 5.1. La cuestión de las finalidades y los destinatarios y de los criterios de idoneidad

Siempre que haya en juego gastos financiados por el sistema impositivo, debe tenerse presente que «la política pública, al igual que la política en general, es el arte de lo posible... que combina apreciaciones teóricas con interpretaciones realistas de la viabilidad en la práctica». Sen (1999) subraya además que no basta con considerar que el derecho a prestaciones sociales básicas (atención médica, educación, seguridad de ingresos) es un derecho inalienable de los ciudadanos, sino que — habida cuenta de que los recursos económicos son limitados — es menester adoptar graves decisiones que entrañan escoger.

Sen (1999) afirma que cuando se presta apoyo social fundándose en el diagnóstico directo de una necesidad concreta (como padecer determinada enfermedad o ser analfabeto), no habrá muchos abusos en la prestación gratuita de educación y atención de salud. De modo similar, van de Walle (1998) distingue entre una selección amplia de finalidades y destinatarios y una más ceñida. La primera se aplica a partidas del gasto público como las consagradas a la sanidad y la educación básicas, que benefician fundamentalmente a los pobres, aunque también a los ricos. En estos casos se justifica por los muchos efectos beneficiosos que reporta a toda la sociedad. La selección más ceñida es más adecuada en el caso de las prestaciones sociales financiadas por el sistema impositivo que tienen por finalidad prestar apoyo a las personas pobres y vulnerables.

Ahora bien, cuando los servicios públicos se basan en los ingresos de la persona (en que sea o no pobre), se plantea la cuestión de verificar sus circunstancias económicas. Como, en este caso, los beneficiarios en potencia tampoco son meros sujetos inertes, para determinar su idoneidad será preciso evaluar los distintos tipos de comportamiento que pueden adoptar. La selección puede dar lugar a las siguientes distorsiones (Sen, 1999):

- i) **Distorsión de la información.** El sistema de control puede conseguir reducir al mínimo la inclusión de beneficiarios que no sean pobres (error de «tipo 1»), pero al hacerlo puede excluir a algunas personas realmente necesitadas (error de «tipo 2»).
- ii) **Distorsión de los incentivos.** El apoyo focalizado puede influir en el comportamiento económico de la gente (por ejemplo, disuadir de llevar a cabo actividades económicas) e incluso provocar la pérdida de crecimiento económico en general.
- iii) **Estigmatización.** Cuando un sistema exige que se identifique a una persona en tanto que pobre, influye negativamente en su amor propio y en el respeto que los demás sienten por ella.
- iv) **Costos administrativos, pérdidas generalizadas y corrupción.** El mecanismo de selección impone una amplia burocracia que se entromete en la vida privada y se presta a corrupción.
- v) **Sostenibilidad política y calidad.** Los beneficiarios del apoyo social focalizado son muchas veces débiles políticamente y pueden carecer de poder bastante para reclamar servicios de calidad. En esta consideración se han fundado muchas veces quienes propugnan programas «universales», que, a su juicio, serían apoyados por más gente

---

Estas distorsiones afectan, en mayor o menor grado, a todos los mecanismos de selección, lo cual ha llevado a algunos analistas (Standing, 1999a) a abogar por la instauración de unos ingresos mínimos no sometidos a condición alguna, planteamiento que posee algunos rasgos atractivos, en particular el hecho de que el índice de personas idóneas para percibirlos, y su eficacia para reducir la pobreza, es en principio muy elevado en comparación con las prestaciones asistenciales concedidas previa verificación de los medios de subsistencia. La mayoría de las investigaciones efectuadas acerca de esta idea se han centrado en los países desarrollados, y las dos incógnitas principales que plantea su viabilidad son el costo de su financiación y sus posibles repercusiones en el empleo. Entre los países en desarrollo, probablemente sea Sudáfrica el primero en estudiar la implantación de un Subsidio de Ingresos Básicos, que prestaría un apoyo general a los ingresos además de las prestaciones del seguro social financiado por el sistema impositivo ya vigentes (Samson y colaboradores, 2002). Probablemente la manera menos problemática de seleccionar a los beneficiarios consista en conceder unos ingresos básicos, sujetos a escasas condiciones o a ninguna, a colectivos de la población sin nexos con el mercado laboral, por ejemplo, los niños y los ancianos.

También cabe idear mecanismos de selección que reduzcan al mínimo las variadas distorsiones antes mencionadas. Es, pues, útil examinar las diferentes maneras en que se puede aplicar con más eficacia la selección de los beneficiarios idóneos. Algunos mecanismos pueden dar mejores resultados que otros en distintas circunstancias. Esencialmente, los mecanismos de selección desempeñan dos funciones diferenciadas: identificar a las personas que reúnen las condiciones exigidas (criterios de idoneidad) y los (cuatro) cauces para llegar a los beneficiarios (administrativos, comerciales, comunitarios e individuales). A fin de conciliar ambas funciones, Devereux (2000 y 2002) ha analizado la eficacia de cuatro mecanismos de selección:

La **evaluación individual** es en teoría el mecanismo de selección más objetivo y fidedigno, pero el más difícil y costoso de llevar a la práctica. Para verificar los medios de existencia es necesario valorar los ingresos de cada solicitante, compararlos con un nivel mínimo (por ejemplo, el umbral de la pobreza local) y complementar los déficit de ingresos registrados con efectivo financiado públicamente o transferencias en especie. En los países en desarrollo, muchas veces es imposible averiguar los ingresos y activos de las personas o las familias, por lo que se recurre a una selección mediante indicadores, que es una forma de comprobación de ingresos por categorías.

Los **indicadores indirectos** o **sustitutivos** de la pobreza y la vulnerabilidad son más sencillos administrativamente y más baratos que la evaluación individual y se prestan menos a ser manipulados por los solicitantes, ya que es más difícil ocultar o cambiar las características físicas que los ingresos o el consumo de alimentos. Los indicadores sustitutivos son demográficos (características personales como la edad, el sexo y la incapacidad), geográficos («zonas damnificadas») u otras características colectivas (situación familiar, jornaleros sin tierras, etc.).

En un modelo menos tradicional, se puede informatizar el proceso de averiguación de la idoneidad y verificación de los medios de vida basándose en varios indicadores indirectos. Un ejemplo es la «Comprobación de los medios de existencia mediante indicadores indirectos para la distribución de ayuda humanitaria» en Armenia que se aplicó por vez primera en 1994. El sistema se basa ahora en la inscripción voluntaria, para la cual las personas deben presentar diversos documentos referentes a la composición de su familia, el salario, las pensiones y los activos (propiedad de tierras, automóvil, ganado, máquinas). Luego se utiliza una fórmula para calcular una puntuación atribuible a la familia que indica su condición social y económica. Las familias en que hay alguien empleado y que poseen un automóvil quedan excluidas de la asistencia. Se está utilizando un método similar en el Programa de Educación, Salud y Alimentación (PROGRESA) de México, destinado a aldeas y familias pobres, con un modelo econométrico que suma

---

diversas variables socioeconómicas. En este caso, se ha estructurado el modelo económico de manera tal que se atribuya gran importancia a las familias con hijos a cargo y se les incentive para que esos menores acudan a la escuela. En una evaluación reciente del procedimiento se llega a la conclusión de que basta con focalizarse en las localidades pobres y de que no se aumenta la eficacia de la selección si se efectúa una selección complementaria más compleja de las familias pobres (Skoufias, Davis y De La Vega, 2001).

La **selección comunitaria** aprovecha el conocimiento personal que los miembros de la comunidad tienen unos de otros, de manera que la propia comunidad asume la responsabilidad de determinar quiénes son las personas y las familias vulnerables. Los administradores del programa pueden imponer criterios de idoneidad que la comunidad está en condiciones óptimas para observar y verificar (por ejemplo, propiedad de reses), o bien la comunidad puede seleccionar a los beneficiarios sin criterios explícitos (por ejemplo, tras un debate de la cuestión). En un análisis hecho a conciencia de mecanismos de selección basados en la comunidad, Conning y Kevane (2002) llegaron a tres conclusiones: la primera es que los beneficios que reporta el utilizar la información y el capital social locales pueden resultar obliterados por una onerosa captación de rentas por parte de políticos que tal vez deseen establecer organizaciones comunitarias que distribuyan los fondos públicos; la segunda, que se debe atemperar la mejora en potencia de los resultados de la selección a partir de la concepción que en el lugar de que se trate se tenga de qué es privación con la posibilidad de que el programa sea captado por las elites locales y asimismo por la posibilidad de que las preferencias locales no sean favorables a los pobres; la tercera, que los resultados pretendidos pueden ser desvirtuados por una selección estratégica efectuada por las comunidades locales en respuesta a los criterios nacionales de financiación y evaluación, o a causa de una disminución del respaldo político. Los autores mencionados consideran que se puede sortear algunos de estos escollos mediante un planteamiento más híbrido, del que formen parte la selección por categorías y la imposición de normas en materia de selección y rendición de cuentas.

La **autoselección o selección automática** es una solución muy apreciada por quienes proyectan programas de transferencias de recursos porque arroja resultados casi tan fidedignos como la evaluación individual — y considerablemente más solventes que los indicadores indirectos rudimentarios —, pero de aplicación mucho más barata. Los mecanismos de autoselección buscan registrar el comportamiento puesto de manifiesto por los beneficiarios en lugar de sus ingresos, que tienen incentivos para ocultar. Los ideadores de los programas persuaden a los beneficiarios para que se seleccionen a sí mismos manipulando la proporción entre la prestación y el costo a fin de seleccionar a quienes no están necesitados de una de las dos maneras siguientes: o bien el valor de la transferencia es tan bajo que disuade a todos menos a los pobres de la idea de solicitarla (por ejemplo, subvenciones de los precios de los alimentos menos preferidos), o bien se hace que los costos de evaluar la transferencia resulten prohibitivos para quienes no sean pobres. Como observamos en el capítulo anterior, los programas de obras públicas aprovechan la autoselección ajustando ambos elementos. Los participantes deben trabajar a cambio de la transferencia — un «costo de acceso» importante por el tiempo y la energía que necesita, a más de la estigmatización que comporta y de sus costos de oportunidad — y normalmente se fija su valor (en salario en efectivo o en raciones de alimentos) por debajo del salario local. Tenemos otro ejemplo de prestaciones en especie que sólo aceptarían personas de bajos ingresos en Mongolia, donde los consejos de asistencia locales facilitan ropa de invierno y botas a niños que, sin ello, no acudirían a la escuela. Además, proporcionan comidas gratuitas y rebajas de los alquileres y el precio del combustible a personas con discapacidad y ancianos que no tienen apoyo de familiares o no han podido asegurarse cuando trabajaban (van Ginneken, 1995).

Las prestaciones sociales financiadas con los ingresos fiscales también pueden estar sometidas a criterios de idoneidad distintos de la justificación de ingresos y las variables

---

sustitutorias, que inducen a la gente a adoptar determinado comportamiento. En esos criterios se pone el acento en la complementariedad que existe entre diversas políticas de lucha contra la pobreza y además pueden promover determinados conceptos sociales. En la India, por ejemplo, las prestaciones de asistencia a la maternidad sólo se conceden por los dos primeros hijos nacidos vivos. Además, en Gujarat, las pensiones de las viudas sólo se perciben durante un año, tiempo en el cual se les imparte formación para que adquieran una competencia que les permita ganarse la vida (Sankaran, 1998). En Ecuador (Velásquez Pinto, en prensa), la prestación financiada por el sistema impositivo denominada «Bono Solidario» sólo se concede si los beneficiarios aceptan participar en actividades de formación que los preparen para el empleo. En tales casos, esa concesión contribuye además al logro de los objetivos establecidos por las autoridades públicas en materia de planificación familiar y empleo.

## **5.2. Cobertura, financiación y administración**

En la mayoría de los países en desarrollo las prestaciones financiadas con las entradas fiscales tienen una prioridad relativamente baja entre las políticas sociales, lo cual hace que su cobertura sea normalmente reducida y que su nivel esté muchas veces por debajo del umbral de la pobreza. Como ya hemos dicho, los regímenes de prestaciones financiadas con cargo al sistema impositivo de los países en desarrollo suelen tener por objeto contingencias determinadas y ciertos colectivos necesitados como las viudas, los huérfanos, los niños, las personas con discapacidad y los ancianos. En comparación con otros países en desarrollo, los de América Latina y el Caribe poseen los programas de asistencia social más desarrollados, tal vez porque (véase la sección 3.1) la cobertura personal de los regímenes de pensiones del seguro social apenas ha aumentado en los 10 a 20 años últimos (Bertranou, Solorio y van Ginneken, 2002). Han establecido regímenes de pensiones no contributivas, y más recientemente algunos de ellos han instaurado prestaciones por los hijos, condicionadas a la asistencia a la escuela. En otros países en desarrollo hay unos cuantos regímenes de prestaciones sociales financiadas por el sistema impositivo, por ejemplo en China, la India y Sudáfrica.

### **5.2.1. América Latina y el Caribe**

Han establecido por ley pensiones asistenciales para los pobres once países, seis de América Latina y cinco del Caribe (Mesa-Lago, 2001), la mayoría de los cuales aplican una verificación de los medios de existencia basada en los ingresos *per cápita* de la familia observados. Esas pensiones son siempre de vejez o incapacidad, y mucho menos frecuentemente a familiares sobrevivientes. En algunos países, como la Argentina, se extiende su cobertura a otros colectivos vulnerables, como las madres con grandes familias. La cantidad de beneficiarios y los gastos de las pensiones asistenciales son normalmente inferiores a los de las pensiones de la seguridad social. Además, la pensión asistencial media es y debería ser inferior a la pensión del seguro, para evitar desincentivos que afecten a la observancia de las normas por los asegurados e incentivos que propicien el «gorroneo» (véase el cuadro 6).

**Cuadro 6. Prestaciones de las pensiones asistenciales en algunos países de América Latina y el Caribe, 1997-1998**

País	Porcentaje de la asistencia social sobre el total de la seguridad social		Proporción entre la pensión media del seguro social y la asistencial	Pensión asistencial media mensual (dólares EE.UU.)
	Número de pensionistas <sup>a</sup>	Gasto en pensiones		
Argentina	8,2	4,0	2,5	150,00 <sup>b</sup>
Bahamas <sup>c</sup>	76,5	45,5	1,5	–
Barbados <sup>c</sup>	58,5	39,9	1,4	–
Brasil	10,2	5,7	1,9	108,72
Chile	34,7	7,4	2,9	52,37
Costa Rica	49,7	15,9	5,2	31,18
Cuba <sup>d</sup>	–	–	2,4	1,90
Uruguay	9,1	5,6	1,8	134,13

– = Datos no disponibles.

<sup>a</sup> En algunos países se refiere al número de pensiones (una misma persona puede percibir más de una pensión).

<sup>b</sup> Esta cifra podría ser superior a la realidad porque corresponde al promedio de varios programas, no todos los cuales son asistenciales.

<sup>c</sup> Datos correspondientes a 1986.

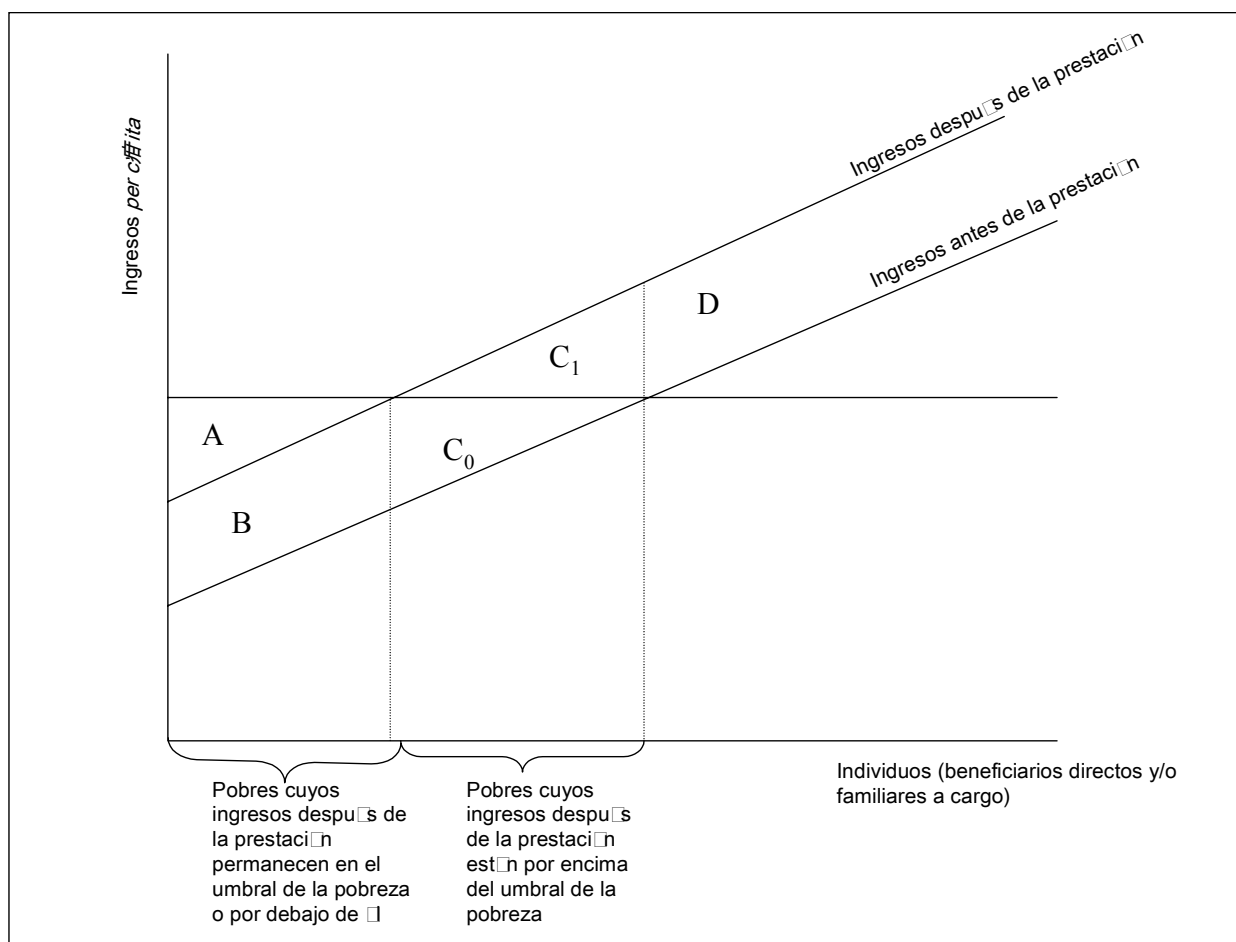
<sup>d</sup> Los datos de la tercera columna corresponden a 1995.

Fuente: Mesa-Lago (2001a).

En América Latina y el Caribe se financia la asistencia social con cargo a tres fuentes principales: i) los ingresos fiscales; ii) cotizaciones especiales que gravan la nómina, y iii) transferencias de fondos de seguro social. De los datos existentes se desprende que sólo se dedica un pequeño porcentaje de la seguridad social a la asistencia social y que los gastos asistenciales normalmente son inferiores al 0,5 por ciento del PIB. Los datos recogidos en el Brasil, Chile y Costa Rica muestran que se dedica el grueso de las subvenciones fiscales a pensiones de la seguridad social para colectivos privilegiados (por ejemplo, los congresistas, miembros del poder judicial, otros funcionarios públicos o miembros de las fuerzas armadas) y poquísimo, en cambio, a la asistencia social para pensiones. La administración de las pensiones asistenciales está muy centralizada, sin apenas participación de los niveles locales ni de los beneficiarios. A decir verdad, sería mejor que los institutos de la seguridad social no se encargasen de las pensiones asistenciales porque en algunos países, como Costa Rica (Durán, 2002), pagan esas pensiones, a pesar de que los impuestos y las cotizaciones no bastan para cubrir los costos. No es raro encontrar abusos en la asignación de las prestaciones. Según informes recientes sobre las pensiones asistenciales del Brasil y Costa Rica, se producen irregularidades, como simular pobreza (indigencia), clientelismo e intromisiones políticas en la selección de los beneficiarios (Mesa-Lago, 2001).

En sendos estudios efectuados para la OIT se intentó medir el impacto de las pensiones no contributivas en la reducción de la pobreza en tres países latinoamericanos: la Argentina (Bertranou y Grushka, 2002), el Brasil (Schwarzer y Querino, 2002) y Costa Rica (Durán, 2002). Se explica la metodología utilizada para ello en el gráfico 1, en el que se compara la situación de pobreza antes y después de la transferencia de determinadas prestaciones.

**Gráfico 1. Cambio de la situación de pobreza de la población destinataria gracias a las prestaciones (pensión)**



- A: Brecha de pobreza después de la prestación.
- B: Reducción real de la brecha de pobreza de los pobres (antes de la prestación) cuyos ingresos posteriores a la prestación permanecen en el umbral de la pobreza o por debajo de él.
- C<sub>0</sub>: Reducción real de la brecha de pobreza de los pobres (antes de la prestación) cuyos ingresos después de la prestación están por encima del umbral de la pobreza. Esta sección corresponde únicamente al porcentaje de la pensión que les permite llegar al umbral de la pobreza.
- C<sub>1</sub>: Cuantía de la prestación que eleva los ingresos después de ella de los pobres (antes de la prestación) por encima del umbral de la pobreza. Esas prestaciones no se justifican mientras haya una brecha de pobreza sin colmar.
- D: Cuantía de la transferencia que pasa a personas que no son pobres (antes de la prestación). Evidentemente, no se justifica que exista, ya que su reasignación a los necesitados disminuiría la brecha de pobreza residual.

Así pues, la parte de la prestación que disminuye la brecha de pobreza corresponde a la suma de las áreas señaladas con las letras B y C<sub>0</sub>. Al efectuar esta suma, importa tener presente que (dando por supuesta una distribución uniforme de los ingresos en el hogar), la cuantía de la pensión concedida a un beneficiario directa (salvo en el caso de las personas que viven solas) también contribuye a reducir la brecha de pobreza de los demás miembros de la familia.

En la Argentina en 1997 (véase el cuadro 7) en los hogares con beneficiarios de pensiones no contributivas disminuyó la incidencia de la pobreza en un 31 por ciento y la de la pobreza extrema en un 67 por ciento. Las mayores consecuencias en cuanto a reducción de la pobreza se registraron en las grandes familias con hijos a cargo. La eficacia en lo tocante a disminuir la pobreza es relativamente pequeña entre los ancianos, a causa de las denominadas pensiones «graciables», que representan casi la mitad de las no contributivas y son normalmente más elevadas que las otras pensiones y se conceden a personas conspicuas, entre ellas ex Presidentes de la nación, que por lo general no son pobres. En Chile, la reducción de la incidencia de la pobreza (extrema) mejoró



considerablemente en el decenio de 1990, sobre todo gracias a la mejora de la selección: se mejoraron los criterios con arreglo a los cuales se concedían las pensiones no contributivas.

**Cuadro 7. Eficacia de las pensiones no contributivas para reducir la incidencia de la pobreza y la pobreza extrema entre los hogares, Argentina, Brasil, Chile y Costa Rica, decenio de 1990 y año 2000 (en porcentaje)**

	Pobreza extrema			Pobreza		
	Con pensión	Sin pensión	Reducción de la incidencia	Con pensión	Sin pensión	Reducción de la incidencia
	(1)	(2)	(3) =*	(4)	(5)	(6) =**
Argentina (1997)	10,0	30,4	67,1	39,1	56,5	30,8
Brasil <sup>1, 2</sup>	1,2	26,6	95,5	4,6	6,5	29,2
Costa Rica <sup>1</sup> (2000)	32,0	40,7	21,4	18,7	24,7	24,3
Chile (1990)	12,8	20,3	37,1	25,0	27,5	9,2
Chile (2000)	3,7	12,0	69,0	13,0	16,1	18,7

<sup>1</sup> Se mide esta incidencia por personas en lugar de por hogares.

<sup>2</sup> Los porcentajes correspondientes a «con pensión» comprenden también el impacto de las pensiones contributivas.

\*  $((2) - (1)) * 100 / (2)$ .

\*\*  $((5) - (4)) * 100 / (5)$ .

Fuente: Bertranou, Solorio y van Ginneken (2002).

Las cifras relativas a Brasil y Costa Rica no son enteramente comparables porque los «ingresos después de la prestación» abarcan además de las prestaciones de las pensiones no contributivas las de las contributivas. Las cifras ponen de manifiesto una disminución grandísima de la extrema pobreza en Brasil, donde la población rural es la más beneficiada por las pensiones no contributivas. En ese país existen dos programas de pensiones de cuantía uniforme: el rural, que tiene cerca de siete millones de beneficiarios, y el urbano, con aproximadamente 2.100.000. En total, unos 14 millones de personas salen de la pobreza sobre una población pobre «antes de las transferencias» de unos 94 millones de personas. El programa brasileño es el más eficaz de todos, probablemente porque cubre a la población relativamente más pobre de las zonas rurales mejor que en Costa Rica.

El gráfico 1 muestra que existe además otro indicador que mide la eficacia de la reducción de la brecha de pobreza y que consiste en el porcentaje del gasto en prestaciones que se consagra a la reducción de la pobreza  $((B+C_0)/(B+C_0+C_1+D))$ . Aunque no se efectuaron cálculos oficiales, Argentina obtuvo resultados algo peores que los de los otros tres países, sobre todo porque una gran parte de las pensiones no contributivas se concede a personas que no son pobres.

Varios países latinoamericanos (Lavinás, 2001) han empezado a conceder prestaciones que incentivan la matriculación escolar y la asistencia a clase. Brasil, mediante el programa Bolsa Escola, y México en el marco del programa PROGRESA, que aplica un enfoque integrado de los servicios de sanidad, nutrición y educación. PROGRESA llega a unos dos millones de familias pobres que tienen hasta tres hijos en 41.000 localidades de 30 Estados. La prestación para educación aumenta con el nivel de instrucción y — por un hijo en tercer curso de enseñanza secundaria — puede ascender a una cantidad igual al 46 por ciento de los ingresos medios de un jornalero agrícola varón (Banco Interamericano de Desarrollo, 2000). Las comparaciones entre grupos de las tasas de matriculación escolar mostraron que era mayor la probabilidad de que los pobres de las comunidades beneficiarias inscribiesen a sus hijos en la escuela que la de que lo hicieran los pobres de las comunidades que sirvieron de control. La tasa de matriculación de los niños que reunían las condiciones para que se concediese la prestación que habían

---

terminado el sexto curso ascendió al 55 por ciento, frente al 43 por ciento en las comunidades a las que el programa no llegaba. Sin embargo, las constataciones preliminares de la oferta de mano de obra no muestran que hayan disminuido los índices de trabajo infantil.

### **5.2.2. Algunos países seleccionados de Asia y Africa**

En varios países del Africa Meridional como Namibia, Sudáfrica y Zimbabwe, existen disposiciones legales en materia de prestaciones de la asistencia social, que en Zimbabwe cubren a una porción reducida de la población (urbana) y cuya concesión está condicionada a que el beneficiario no consiga trabajo ni pueda recibir asistencia de su familia. Los programas de Namibia y Sudáfrica son mucho más amplios. Se iniciaron como prestaciones universales a la población blanca, pero ahora han sido extendidos a toda la población. Como ya se ha observado, Sudáfrica está estudiando la posibilidad de implantar un subsidio de ingresos básicos, que otorgaría un complemento general de los ingresos, además de las prestaciones existentes financiadas con cargo a los impuestos y de la seguridad social. En Namibia (Schleberger, 2002) hay planes de convertir el programa universal en un programa de asistencia social condicionada a la justificación de los medios de existencia.

Una de las innovaciones de las prestaciones de Namibia — y Sudáfrica — consiste en que la mayoría de los pagos han sido subcontratados por el Ministerio de Salud y Servicios Sociales a una empresa denominada United Africa Pay Masters (UPM) que ganó una licitación abierta. La UPM implantó un sistema totalmente nuevo, cuya descripción a lo que más se ajusta es a un «banco itinerante» que emplea cajeros automáticos para efectuar los pagos. Cada beneficiario de una pensión recibe una tarjeta electrónica en la que figuran su número de identificación personal y sus huellas dactilares, que la máquina lee para verificar la identidad. Se envían equipos itinerantes de seis personas a las zonas en que el Ministerio ha establecido puntos de pagaduría en efectivo. Gracias a esta tecnología se puede reducir la irregularidad de los pagos característica de los programas de asistencia social de muchos países en desarrollo.

En los países en desarrollo asiáticos existen diversas medidas asistenciales destinadas a los pobres, aunque en su mayoría se han tomado una por una y como reacción, en lugar de formar parte de un sistema coherente de asistencia social. Sin embargo, en los dos países mayores de la región, China y la India, se ha intentado concebir un sistema más coherente. A mediados de 1995, el Gobierno de la India instauró el Programa Nacional de Asistencia Social, consistente en tres prestaciones en efectivo (Jain, 1999), la primera de las cuales de una pensión mensual de 75 rupias (menos de dos dólares estadounidenses) para las personas mayores de 65 años de bajos ingresos y generalmente sin parientes próximos. En 1990-2000, la percibieron más de seis millones de jubilados ancianos, a menudo complementada por los poderes públicos del Estado en que viviesen con cuantías que oscilaban entre 25 y 75 rupias. Otras prestaciones asistenciales son un pago único de 5.000 rupias a las familias cuyo sostén principal fallece antes de cumplir 60 años y un pago de 300 rupias por embarazo, hasta los dos primeros hijos nacidos vivos.

En marzo de 1999 el Gobierno de la India dio a conocer otro régimen de asistencia social, denominado «Annapurna», en virtud del cual cada anciano indigente recibirá gratuitamente 10 kilos de arroz o trigo al mes por conducto de la red pública de distribución. Se pretende llegar con este régimen a los indigentes que también pueden acogerse al Régimen Nacional de Pensiones de Vejez. Se calcula (Irudaya Rajan, 2001) que una cuarta parte de los ancianos de la India ya recibe algún tipo de asistencia social del Régimen Nacional y del Régimen Annapurna financiados por el presupuesto de la República y de regímenes complementarios de los distintos Estados. Si los pensionistas viven con familiares, la pensión hace que sean una carga menor y mejora su aceptabilidad entre sus parientes más o menos próximos, vecinos y amigos.

---

En su transición a una economía de mercado, China también modernizó su sistema de asistencia social (Hu, Cai y Zhai, 1999). El régimen de protección del sustento mínimo para residentes de zonas urbanas concede subvenciones complementarias del Estado a los hogares urbanos pobres cuyos ingresos *per cápita* medios son inferiores al umbral de protección del sustento mínimo. En 1994, prestó asistencia a tres millones de personas, sobre 13 millones de pobres de las zonas urbanas. En las zonas rurales, el Gobierno empezó a experimentar con un sistema de protección del sustento mínimo que concede prestaciones en efectivo y en especie. A mediados del decenio de 1990, más de tres millones de pobres de esas zonas recibían regularmente prestaciones y subsidios.

Entre los países asiáticos en los que existe una política de asistencia social sistemática, ha sido en la India donde se han instaurado por vez primera en los Estados regímenes asistenciales que posteriormente han sido desarrollados o financiados por el presupuesto de la República. El Programa Nacional de Asistencia Social es financiado en la actualidad totalmente por el presupuesto de la nación, conforme a las directrices que emite el Gobierno central, pero lo administran los gobiernos de los diferentes Estados. Según una evaluación de los programas de los Estados de Gujarat, Orissa y Uttar Pradesh (Sankara, 1998), en la India se han producido diversos casos de clientelismo en la fase de selección y de abusos referentes a los pagos en efectivo. En ese análisis se subraya también los distintos problemas que plantea el determinar un método adecuado de verificación de los ingresos. En China, financian la asistencia social los órganos de gobierno de las ciudades o los distritos — con cierta financiación complementaria de las empresas. En las zonas urbanas, establecen y distribuyen las prestaciones las ramas ejecutivas locales del Ministerio de Asuntos Civiles, responsable general de la asistencia social. En las zonas rurales, determina la tasa de protección del sustento mínimo el ejecutivo del distrito o de la ciudad, que también administra los fondos de la asistencia social.

### 5.3. Cuestiones de política

Esta breve reseña ha demostrado que hay que coordinar los programas de prestaciones sociales financiados con los impuestos con otras políticas de lucha contra la pobreza y otras prestaciones básicas de la seguridad social, como la garantía de empleo (véase el capítulo 4). En un sentido más amplio, deben asimismo complementar las políticas referentes al empleo (capítulo 4), la sanidad (capítulo 2), la educación y la familia. Para establecer esta coordinación hay que fijar las prioridades que se habrán de financiar y añadir determinados criterios de idoneidad para poder percibir las prestaciones. Por último, existe una estrecha complementariedad entre el seguro social y las prestaciones sociales financiadas con cargo al sistema impositivo, ya que muchas veces es la inexistencia de regímenes de seguro social lo que suscita la demanda de esas prestaciones.

En muchos países en desarrollo, las prestaciones financiadas con los ingresos fiscales están destinadas a colectivos seleccionados por categorías (los ancianos, las viudas y los niños) que no tienen ningún vínculo en potencia con el mercado laboral, o que tienen escasos vínculos. En nuestro análisis hemos constatado que los niveles de las prestaciones son frecuentemente inferiores al umbral de la pobreza, fundamentalmente por falta de fondos públicos, si bien también sirven para mantener incentivos para cotizar al seguro social (en América Latina). Aunque los niveles de las prestaciones sociales sean bajos en la mayoría de los países en desarrollo, resultan un complemento muy apreciado de los ingresos de las familias y fomentan la integración de los hijos y los ancianos en el hogar.

En este capítulo hemos distinguido entre cuatro mecanismos de selección: el basado en los ingresos, el que se funda en indicadores distintos de los ingresos, el que toma por base la evaluación comunitaria y el de la autoselección. En los países en desarrollo es muchas veces difícil hacerse una idea precisa de los ingresos, por lo que en general es más conveniente efectuar la selección fundándose en indicadores y en la autoselección. La

---

dinámica del poder local puede hacer que la evaluación comunitaria esté sesgada. Lo que importa es que los requisitos de la verificación sean sencillos y claros para que los funcionarios públicos del lugar y los beneficiarios puedan cumplimentarlos y se reduzcan al mínimo las posibilidades de abusos. La utilización de los llamados «bancos itinerantes» — como muestra el ejemplo de Namibia — puede contribuir a que las prestaciones sociales se distribuyan de manera más fiable, sobre todo en las zonas rurales.

Hay combinaciones muy distintas entre la responsabilidad de los poderes públicos centrales y locales en lo que respecta a la financiación y la administración de las prestaciones sufragadas con los ingresos fiscales, y la combinación que conviene a un país no tiene por qué ser la apropiada para otro, ya que entre las naciones existen diferencias de niveles de desarrollo económico, valores y capacidad administrativa y estructuras (federales o unitarias, por ejemplo). Además, el que la combinación sea adecuada o no dependerá de la función de esas prestaciones en el contexto de las políticas de lucha contra la pobreza en general. Con todo, normalmente es mejor que sea el Estado el que financie estas prestaciones, porque con ello se garantiza que personas de todas las regiones del país tengan acceso a unas mismas prestaciones básicas, que, si fuese preciso, se pueden ajustar según las diferencias del costo de vida. Los ejecutivos locales y regionales pueden añadir otras prestaciones (a menudo en especie) a esas básicas, por ejemplo, para vivienda y alimentos o trabajo.

Los programas de prestaciones financiadas con cargo al sistema impositivo, en particular la asistencia social, son muchas veces objeto de diversas presiones políticas. Las clases medias son habitualmente las beneficiarias fundamentales del gasto público social, los pobres quedan al margen de ellas y los ricos tienen otras posibilidades en el sector privado, del país o extranjero. Las clases medias — muchas veces las partidarias más visibles e importantes políticamente de los gobernantes — tal vez no respalden un gasto centrado casi exclusivamente en los pobres. Por otra parte, los argumentos a favor del rigor fiscal pueden conducir a que se pase de las prestaciones «universales» a las condicionadas a la justificación de los medios de subsistencia. Por último, la selección de los beneficiarios y la ejecución de los programas pueden hallarse bajo la influencia directa del Parlamento nacional, como demuestra el ejemplo de Argentina. Es, pues, importante tender a regímenes de seguridad social de amplia base que tengan el respaldo de la mayoría de la población y que deberían consistir en un elemento robusto de seguro social complementado con prestaciones financiados con los ingresos fiscales y eficaces en relación con su costo.

Concluiremos este capítulo diciendo que en él nos hemos ocupado únicamente de los regímenes obligatorios financiados con recursos nacionales que garantizan un complemento básico de los ingresos. Cada vez está más difundido internacionalmente el consenso acerca de la necesidad de una financiación internacional de medidas temporales de asistencia social para los países damnificados por guerras, catástrofes y crisis. Ahora bien, es asimismo necesario empezar a reflexionar más sistemáticamente en la financiación mundial de la seguridad social básica. Según cálculos recientes, haría falta aproximadamente el 2 por ciento del PIB mundial para sacar de la pobreza a los 1.300 millones de personas que actualmente la padecen.

La OIT está estudiando la viabilidad de un «fondo fiduciario mundial» o de una «red social mundial» con objeto de sacar de la pobreza a los habitantes de los países más pobres con mayor rapidez gracias a la instauración de una seguridad social básica. El objetivo consiste en dotar, en el decenio o los dos decenios próximos, de algún tipo de seguridad social a los aproximadamente 100 millones de personas excluidas hoy día de cualquier forma de ella. Las principales prestaciones respaldadas por ese fondo fiduciario conjugarán iniciativas nacionales y comunitarias para proporcionar prestaciones básicas en materia de salud y apoyo a los ingresos para combatir la pobreza. Se espera financiarlas con una contribución voluntaria de los países más ricos a la seguridad social. Los programas se

---

ejecutarían por conducto de las instituciones de administración social existentes en los países receptores.

## 6. La dimensión de género

En los países en desarrollo, las mujeres predominan en el colectivo que más probabilidades tienen de carecer de seguridad social — los trabajadores familiares no remunerados y los trabajadores a destajo en el hogar —, aunque en los últimos veinte años ha habido un aumento general de la tasa de actividad de las mujeres, inclusive en la economía regular, si bien este aumento del número de mujeres que trabajan en la economía regular ha tenido lugar en momentos en que se está desregulando los mercados del trabajo, con lo que las condiciones de trabajo y empleo en ella han empezado a parecerse cada vez más a las de los segmentos más aquejados de precariedad del mercado del trabajo en que antes había trabajadoras. Dicho de otro modo, se ha producido una «feminización» dual de la actividad laboral (Standing, 1999b): una feminización por lo que se refiere a la composición por sexos de la mano de obra y una feminización en cuanto a las condiciones de trabajo y de empleo.

Es corriente que las mujeres estén en posición desventajosa en el mercado del trabajo. Pueden ser objeto de discriminación y formar parte de una división por sexos del trabajo a domicilio cuando realizan un porcentaje elevadísimo de las labores no remuneradas de atención de familiares, división que corresponde a determinados factores biológicos (por ejemplo, el embarazo, el parto, la lactancia natural y la sexualidad), a funciones y responsabilidades asignadas socialmente (cuidado de la prole y la familia; condición de «sostén secundario de la familia») y al estado civil. A causa de todo ello, las mujeres están en peores condiciones que los hombres para asumir un empleo a tiempo completo o conservarlo. Esta división influye en el tipo de trabajo que las mujeres pueden realizar y en el número de años que pueden desempeñar un empleo que conlleve la afiliación a la seguridad social. A menudo, tiene consecuencias negativas en sus ingresos reales y potenciales (a causa de las percepciones de los empleadores sesgadas por consideraciones de género), en su capacidad para lograr una formación profesional y en sus perspectivas de progreso profesional.

Por último, la seguridad social obligatoria existente en muchos países en desarrollo fundamentalmente de bajos ingresos no corresponde — o muy imperfectamente — a las necesidades de las trabajadoras. En primer lugar, hay los factores generales (en general, neutrales en cuanto al sexo) que excluyen a muchos trabajadores de la cobertura, por ejemplo los trabajadores agrícolas, los empleados del hogar y los que están fuera de los mercados del trabajo regulares, entre quienes predominan las mujeres. Estos factores guardan relación con la legislación y la gobernanza y con las estructuras de las prestaciones y las cotizaciones, que no se adecuan a las necesidades ni a la capacidad de cotizar de la mayoría de los trabajadores. Además, también está la influencia específica del modelo de «varón sostén único de la familia», en que se basa en parte la legislación sobre la seguridad social obligatoria.

En este capítulo ofreceremos primero una panorámica breve de la perspectiva de la OIT sobre el género y la seguridad social, tal como se refleja en varios convenios y en el planteamiento de las diferencias sociosexuales dentro de la estrategia sobre el trabajo decente. A continuación, examinaremos las distintas maneras en que los regímenes de seguridad social obligatorios pueden contribuir a la igualdad entre las mujeres y los hombres. En la tercera sección extraeremos algunas enseñanzas acerca de las necesidades de seguridad social de las mujeres que trabajan en la economía informal — y de los mecanismos al respecto —, basándonos en un examen más amplio de experiencias, proyectos y organizaciones. Concluiremos el capítulo con algunas observaciones finales.

---

## 6.1. La perspectiva de la OIT sobre el género y la seguridad social

A lo largo del tiempo ha habido un cambio en los tipos de normas de la OIT referentes a las mujeres: de los convenios protectores a los que tienen por objeto dar a las mujeres y a los hombres iguales derechos e iguales oportunidades. La adopción de los Convenios núms. 100, 111 y 156 supuso un giro en las actitudes tradicionales acerca de la función de la mujer; en ellos se reconoció que las responsabilidades familiares no sólo incumben a las trabajadoras, sino también a los trabajadores varones, a la familia y a la sociedad. Los convenios más recientes sobre seguridad social prohíben la discriminación. Uno de ellos es el Convenio sobre la protección de la maternidad (revisado), 1952 (núm. 103) — revisado nuevamente en 2000 (Convenio núm. 183) —, en el que se dispone que la empresa deberá pagar las cotizaciones correspondientes a todos los hombres y mujeres que emplee, sin discriminación alguna fundada en el sexo. El otro es el Convenio sobre el fomento del empleo y la protección contra el desempleo, 1988 (núm. 168), que exige igualdad de trato de todas las personas protegidas, sin discriminación entre otros motivos por el sexo, al tiempo que autoriza a los Estados Miembros a adoptar medidas especiales para atender las necesidades específicas de categorías de personas que tienen problemas particulares en el mercado del trabajo.

Otros convenios de la OIT que no se refieren específicamente a la seguridad social prohíben, claro está, expresamente la discriminación fundada en el sexo, en concreto, el Convenio sobre igualdad de remuneración, 1951 (núm. 100), el Convenio sobre la discriminación (empleo y ocupación), 1958 (núm. 111) y el Convenio sobre los trabajadores con responsabilidades familiares, 1981 (núm. 156). A fin de crear una verdadera igualdad de oportunidades y trato entre trabajadores y trabajadoras, prescriben que se deberán adoptar todas las medidas compatibles con la situación y las posibilidades nacionales para tener en cuenta sus necesidades en la seguridad social. La Recomendación sobre la discriminación (empleo y ocupación), 1958 (núm. 111) recomienda que todas las personas, sin discriminación alguna, disfruten de igualdad de oportunidades y trato en lo que se refiere a las medidas de seguridad social.

La protección de la función reproductora de la mujer está estrechamente vinculada al fomento de la igualdad entre hombres y mujeres. Las prestaciones del seguro de maternidad son esenciales para que las mujeres y sus familias mantengan su nivel de vida mientras la madre no pueda trabajar. A lo largo de su historia, el planteamiento al respecto de la OIT ha consistido en velar por que las trabajadoras tengan este derecho, desde la adopción en 1919 del Convenio sobre la protección de la maternidad (núm. 103), a la adopción el año 2000 del Convenio sobre la protección de la maternidad (revisado) (núm. 183) y la Recomendación (núm. 191) de igual título.

Como se observó en el capítulo primero, las reflexiones más recientes de la OIT sobre las diferencias sociosexuales han sido recogidas en la estrategia de «trabajo decente para todos», que fue presentada en el primer informe del Director General a la Conferencia Internacional del Trabajo (OIT, 1999a). La estrategia referente al trabajo decente adopta una perspectiva amplia del trabajo, que no sólo abarca el empleo (remunerado), sino también todas las formas de trabajo no remunerado, comprendido el trabajo en el hogar, a fin de tomar en consideración las funciones de los hombres y de las mujeres. Por consiguiente, una seguridad social decente puede desempeñar un importante papel en el logro de la igualdad entre unos y otras, si todas las personas — los trabajadores y las trabajadoras (remunerados o no), así como los niños y los ancianos —, tienen un acceso independiente a la seguridad social.

---

## **6.2. Los regímenes de seguridad social obligatorios**

Donde más se sienten las consecuencias de los regímenes de seguridad social es en el hogar, en particular en la distribución de las prestaciones entre hombres y mujeres. Ahora bien, si las prestaciones de la seguridad social se ajustaran más a las necesidades de las mujeres, podrían dar lugar a una mayor tasa de actividad, que a largo plazo aumentaría la cobertura personal de los regímenes de seguridad social y contribuiría a disminuir la pobreza. En cuanto al seguro social, las pensiones (de vejez) y las prestaciones de maternidad son las que tienen consecuencias más patentes en uno u otro sexo. Dependiendo de si los hombres o las mujeres de la familia perciben prestaciones sociales financiadas con cargo al sistema impositivo, pueden influir en el equilibrio de negociación entre los varones y las mujeres dentro del hogar y en sus pautas de gastos.

### **6.2.1. Reducir la diferencia entre las pensiones de los hombres y de las mujeres**

Algunas mujeres que trabajan en la economía de la atención personal o en la economía informal pueden estar protegidas gracias a las cotizaciones de sus cónyuges a regímenes de pensión obligatorios, que les dan derechos derivados a obtener una pensión, normalmente inferior a la de los hombres. Además, esos derechos dependen a menudo de que la pareja siga viviendo junta, con lo cual la posición de la mujer es en potencia vulnerable. Particularmente en América Latina, se ha investigado las consecuencias sobre uno y otro sexo de los regímenes de pensión obligatorios, sobre el telón de fondo de la instauración de regímenes de pensiones basados en la capitalización.

Bertranou (2001) ha constatado que — en la práctica — los regímenes de reparto con prestaciones definidas son más beneficiosos para las mujeres que los programas de cotizaciones definidas de capitalización total. Los primeros tienen una fórmula de prestaciones que se basa implícitamente en tablas actuariales unisexuales y a menudo aún otorgan a las mujeres prestaciones a una edad pensionable inferior a la de los hombres. En cambio, muchos de los segundos suelen basar las pensiones en los ingresos de los últimos años de la vida laboral. Como los hombres tienen perfiles de ingresos más acusados que las mujeres, pagan cotizaciones sobre remuneraciones relativamente inferiores en los primeros años de su vida laboral. Ahora bien, en principio ambos tipos de regímenes pueden ser diseñados de manera tal que contribuyan a la igualdad entre los sexos.

Bertranou (2001) ha examinado además varias opciones de política para superar la diferencia entre las pensiones de los hombres y las de las mujeres. La equiparación de las edades de jubilación de unos y otras favorecería a las mujeres en el marco de los regímenes de capitalización total, porque les ayudaría a acumular un ahorro mayor para la pensión. Ahora bien, las fórmulas de rentas vitalicias a tenor del sexo con arreglo a estos regímenes otorgan a las jubiladas pensiones relativamente inferiores, porque suelen vivir más años que los hombres. Dividir el capital y los derechos a la pensión sería una manera de proteger a las mujeres que se dedican a atender a los familiares frente al riesgo de dependencia financiera respecto del cónyuge y (parcialmente) al de perder competencias en el mercado del trabajo.

### **6.2.2. Prestaciones por los hijos y a los progenitores**

Estas prestaciones han sido instauradas por lo general para ayudar a las familias a hacer frente al costo de la crianza de los hijos. También les corresponde desempeñar un importante papel en la promoción de la igualdad entre los sexos. A lo largo de los años, algunos países han modificado sus regímenes sometiendo algunas prestaciones familiares a una verificación o justificación de los medios de vida, normalmente para economizar gasto público.

---

Los países en desarrollo han sido en muchos casos renuentes a introducir prestaciones familiares, en la creencia de que agravarían el problema de la elevada fertilidad, a pesar de que hay indicios de que las prestaciones por hijos a cargo pueden contribuir enormemente a la seguridad de los ingresos y fomentar la escolarización. Normalmente se pagan a la madre, por su condición de progenitor que más directamente se ocupa de la atención de los hijos, lo cual mejora la distribución de los ingresos dentro de la familia y ayuda a promover la igualdad entre los sexos. El aumento de la prestación de servicios de atención infantil ha contribuido también a este objetivo al dar a las madres mayor autonomía y posibilidad de ingresar en el mercado del trabajo.

La protección de la maternidad es un aspecto importante de la seguridad de los ingresos de las trabajadoras, que la OIT ha reforzado al revisar el pertinente Convenio Internacional del Trabajo. La concesión de prestaciones de maternidad por conducto de la seguridad social hace que los costos estén compartidos entre las trabajadoras y los trabajadores y sus respectivos empleadores. Hacer que estas prestaciones sean responsabilidad del empleador, como sucede en algunos países en desarrollo, no garantiza esta solidaridad y puede provocar que en la contratación se discrimine en contra de las mujeres en edad de procrear. Varios países (desarrollados) han instaurado la licencia parental — en lugar de prestaciones —, para que uno de los progenitores pueda dejar de trabajar y ocuparse del hijo en los primeros años de su vida. El principio rector es que los padres deben tener derecho a elegir cuál de ellos gozará de la prestación. Si desean compartirla, normalmente existe la opción de que cada progenitor perciba parte de la prestación, lo cual ha contribuido a una mayor igualdad entre los sexos.

### **6.2.3. El impacto de las prestaciones de la asistencia social en hombres y mujeres**

En la mayoría de los países en desarrollo, la familia es la institución social tradicional que cuida de los ancianos y se espera que siga haciéndolo en tanto que fuente principal de apoyo y seguridad en la vejez. El aspecto más fundamental del entorno inmediato de los ancianos es que conviven con sus hijos adultos en familias extensas u hogares multigeneracionales en los que los parientes aportan ingresos y prestan atención personal y apoyo psicológico a los ancianos. Al parecer, este sistema tradicional de valores está desapareciendo gradualmente a causa de múltiples factores, entre ellos, el menor tamaño de las familias, la mayor tasa de actividad laboral de las mujeres, la emigración de los familiares jóvenes y una quiebra general de las disposiciones en materia de propiedad colectiva de tierras y de sus medios de producción. Estos cambios sociales, económicos y demográficos están teniendo profundas consecuencias en las circunstancias en que los ancianos vivirán en el futuro. En los países desarrollados y en varios países de ingresos medios, estos cambios han llevado a la situación de que los ancianos ya no vivan con sus hijos.

En zonas rurales tradicionales, por ejemplo en Orissa (India), la mayoría de los ancianos viven con sus hijos casados, pero según un estudio efectuado recientemente, no todos los casos son homogéneos, sino que varían significativamente en función de la edad, el sexo, el estado civil y la condición económica. Por ejemplo, en comparación con los ancianos pobres, es mucho más probable que las ancianas pobres vivan solas. Ello se debe en parte a la mayor esperanza de vida de las mujeres, pero también al hecho de que, en una sociedad patrilineal como es la de Orissa, las mujeres no heredan tierras (Panda, 1998). Además, el momento crítico llega cuando uno de los padres fallece y el otro sufre alguna enfermedad grave que requiere atención constante; en tal caso no hay seguridad de que el progenitor sobreviviente reciba los cuidados que precisa (Shah, 1999).

La primera función de las pensiones financiadas con cargo al sistema impositivo es, pues, proporcionar una seguridad de ingresos a los ancianos, sobre todo a los más vulnerables. Además, las pensiones básicas de los ancianos alivian algo la presión sobre



---

los hijos para que mantengan financieramente a sus padres, lo cual da a su vez a la gente una mayor libertad para disminuir el tamaño de la familia, hecho éste especialmente beneficioso para las mujeres, pero asimismo esencial para los objetivos generales de desarrollo. Es evidente que las pensiones no bastan para resolver correctamente la situación de los ancianos, porque, aparte de la seguridad de ingresos y de la atención familiar, necesitan tener acceso a seguridad sanitaria, vivienda y probablemente atención especializada (Subrahmanya, 1999).

Muchos programas de prestaciones sociales financiados con los ingresos del sistema impositivo parten de supuestos similares a aquellos en que se funda el modelo de los economistas del hogar unitario, consistente en que con todos los recursos de éste se forma un fondo común que se distribuye igualitariamente. Pues bien, gran número de estudios de distintas disciplinas (Sabates-Wheeler y Kabeer, en prensa) indican que no siempre se forma un fondo común con los ingresos de los integrantes del hogar y que, cuando se hace, entran en juego complicadas dinámicas intrafamiliares que determinan la distribución de los ingresos entre sus miembros, con la consecuencia de que el diferente grado de control de los ingresos se traduce en pautas de gastos asimismo diferentes. Por ejemplo, datos de estudios monográficos indican que, en comparación con las mujeres, los hombres gastan un porcentaje mayor de los ingresos que controlan en bienes fungibles como bebidas alcohólicas, tabaco y objetos que realzan el prestigio social. Las mujeres, en cambio, es más probable que adquieran objetos para los hijos y para el consumo general del hogar. En cuanto a las pensiones financiadas por el sistema impositivo hallamos cambios similares en el consumo del hogar. Cuando los ancianos viven en hogares multigeneracionales, suelen contribuir al gasto de la educación de los nietos (Lund y Srinivas, 2000).

### **6.3. Atender las necesidades de las trabajadoras de la economía informal**

Las actividades organizadas por y para las trabajadoras de la economía informal se basan por lo general en un concepto global del desarrollo y la seguridad social. Organizaciones como ONG y cooperativas tienen una comprensión correcta de las necesidades y prioridades propias de los colectivos a cuyo servicio están y han desarrollado conjuntamente con ellos instituciones y políticas que se adecuan a su situación particular. Como ya se ha expuesto en el capítulo primero, su concepto de la seguridad social abarca no sólo las nueve contingencias definidas tradicionalmente por la OIT, sino también las oportunas medidas preventivas en los terrenos social y económico. En el social, la acción de las ONG integra medidas tradicionales de la seguridad social con medidas complementarias en materia de atención (primaria) de salud, cuidado de los hijos, vivienda y acción social focalizada. En el terreno económico, se puede alcanzar más seguridad mediante la autoayuda y el empleo por cuenta propia, que mejora los ingresos y crea activos productivos. Normalmente, esas iniciativas se llevan a cabo en el contexto de un plan de créditos o microfinanciación que ya tiene experiencia en recaudación de cotizaciones y administración de prestaciones.

En un análisis de distintas organizaciones — sobre todo del Asia Meridional — que han establecido regímenes de seguridad social con buenos resultados para trabajadoras de la economía informal, Sabates-Wheeler y Kabeer (en prensa) identifican cuatro factores clave que han contribuido a ese éxito:

La intervención y la participación a largo plazo. La Asociación de Mujeres Trabajadoras Independientes (SEWA) es señalada a menudo como ejemplo de régimen de seguro social autofinanciado que trabaja específicamente con mujeres de la economía no organizada o informal. Desde 1972, la SEWA — un sindicato legalmente reconocido — ha centrado sus actividades en facilitar empleo y seguridad de ingresos a las mujeres. Actualmente tiene cerca de 250.000 afiliadas, en su mayoría trabajadoras, como

---

quincalleras, vendedoras y trabajadoras a domicilio mal pagadas y que tienen pocas posibilidades de obtener trabajo mejor remunerado. Los componentes del régimen de la SEWA han sido elaborados basándose únicamente en la demanda puesta de manifiesto por casi 30 años de estrecha colaboración con sus miembros. La SEWA ha constatado una fuerte demanda de seguro social entre las mujeres del campo, a las que está atendiendo en la actualidad.

El Banco Grameen tiene por clientes a los trabajadores de la economía informal. Aunque no se dedica exclusivamente a las mujeres, la mayoría de sus clientes lo son. El banco reconoce explícitamente la situación especialmente vulnerable de las mujeres dentro de la familia y trata de atraerlas para que se afilien, para lo cual las operaciones de crédito a mujeres son totalmente independientes de las transacciones con prestatarios varones y no necesitan la intermediación de los cónyuges ni de parientes varones. El Grameen Kalyan, vástago del Banco Grameen, tiene por clientes a colectivos rurales de trabajadores informales cuyos riesgos se busca disminuir mediante un seguro de enfermedad. Aunque no atiende exclusivamente a mujeres, el programa de sanidad pone el acento en la planificación familiar, la salud maternoinfantil y la salud genésica y, por consiguiente, es probable que tenga consecuencias beneficiosas relativamente mayores en las mujeres que en los hombres.

**La financiación adaptativa y las estructuras administrativas.** Un hecho interesante que han constatado Lund y Srinivas (2000) es que si bien los programas de seguridad social pueden ser clasificados teóricamente según la índole de su estructura de gestión (es decir, redes oficiosas de protección social, cooperativas, programas basados en el mercado y regímenes de seguridad social obligatorios), un examen detallado de diversos programas de seguridad social muestra que no existe una separación tajante entre estas categorías. Por ejemplo, en su estructura de gestión, la SEWA vincula la seguridad social cooperativa con compañías de seguros nacionales y subvenciones estatales encauzadas a través de la empresa. La SEWA ha concebido además el pago de primas a diferentes grupos de ingresos entre las personas muy pobres. La SEWA permite efectuar pagos anuales y mensuales aunque los segundos entrañan costes de transacción superiores y requieren una mayor supervisión.

La financiación del programa de la SEWA tampoco se ajusta a patrones tradicionales y se adapta a las distintas oportunidades existentes. Un tercio de ella procede de las aportaciones de las trabajadoras; un tercio de la prima se obtiene gracias a los intereses devengados por una donación de la Agencia Técnica para el Desarrollo de Alemania (GTZ) y el resto procede de un programa de medidas subvencionadas (del Ministerio de Trabajo indio, ejecutado por las dos compañías de seguros indias antes mencionadas). Así pues, las cotizaciones proceden de fondos públicos y privados. La SEWA considera que la aportación de un tercio de la prima por sus socias es un inicio hacia un aumento de las cotizaciones y que gracias a ello las trabajadoras podrán intervenir en el diseño y la administración del programa.

**Guarderías (jardines de infancia): una prioridad elevada para las asalariadas.** Muchas de las organizaciones e iniciativas de los países en desarrollo logran superar vulnerabilidades concretas del ciclo vital y relacionadas con el trabajo por la sencilla razón de que corresponden a las necesidades puestas de manifiesto por distintos grupos de mujeres. La capacidad y el deseo de satisfacer esas preferencias declaradas guarda estrecha relación con la índole de esos programas, que se ajustan a la demanda. El programa de «madres comunitarias» de Colombia y la creación de guarderías son buenos ejemplos de estas iniciativas.

Un ejemplo especialmente interesante es el de la iniciativa de Guarderías Móviles de la India, que administra un promedio de 16 centros en lugares en que se realizan obras en Mumbai y dos en suburbios de esta ciudad. En Pune hay aproximadamente 11. En estas

---

guarderías se atiende a los hijos de los trabajadores de la construcción mediante diversos programas. Las Guarderías Móviles entran en contacto con los constructores a fin de abrir un centro en los lugares en que llevan a cabo obras. Si el constructor o contratista está de acuerdo, facilita un local, energía eléctrica y agua. El centro está dividido en una sección para bebés y otra para niños algo mayores («balwadis»). La sección de bebés se ocupa de los niños recién nacidos y un poco mayores. Se alienta a las madres a dar de mamar a sus hijos, pero cuando no pueden hacerlo se los alimenta con leche en polvo. En cuanto a los niños en edad preescolar, el programa les imparte educación extraescolar y los prepara para el ingreso en las escuelas a la edad apropiada.

Una iniciativa singular puesta en marcha por las Guarderías Móviles es el Programa de Formación Bal Palika (reconocido por la Universidad femenina S.N.D.T. de Mumbai), establecido para formar adecuadamente a las personas que se adhieren a la organización. Además ayuda a formar a jóvenes y mujeres de la clase media baja que, gracias a estos estudios, pueden dedicarse profesionalmente al cuidado de los niños. Una característica específica de las Guarderías Móviles es que facilita empleo a mujeres que sólo tienen una educación básica. Las forma en los métodos de enseñanza y atención adoptados por la organización. Esas mujeres están tan entusiasmadas con su labor que algunas de ellas llevan más de 25 años trabajando en el programa. Se constata su dedicación cuando se visita cualquier centro y se ve que los niños están felices y bien atendidos. En los últimos 25 años, las Guarderías Móviles se han ocupado de más de 200.000 niños en 369 centros. En la actualidad, el programa es financiado por la Fundación Concern India, la Junta Central de Bienestar Social y otras organizaciones, hogares corporativos y donantes a título personal.

**La ideología de la potenciación de la autonomía.** Una de las funciones de la SEWA ha consistido en organizar a las trabajadoras para que exijan a los grandes empleadores de las industrias de cigarrillos bidi y tabacaleras una protección social básica y que les paguen el salario mínimo. Para disminuir la carga del desempleo estacional entre las jornaleras agrícolas y aumentar su capacidad de negociación, la SEWA promueve estrategias de diversificación de ingresos mediante la revivificación de artesanías tradicionales como el tejido y la cerámica, a través de cooperativas artesanales, y mediante cooperativas de productos lácteos. Agarwal (1991) informa de que «al igual que el Banco Grameen, la SEWA ha logrado aumentar los ingresos, reforzar la posición de las mujeres en la familia, concienciar acerca de las ventajas de la solidaridad colectiva y, en el caso de las jornaleras agrícolas, incrementar los salarios agrícolas gracias al fortalecimiento de su capacidad de negociación frente a los empleadores».

## 6.4. Conclusiones

Buena parte de las medidas legislativas que rigen los programas de seguridad social (comprendidas algunas normas de la OIT) se basan todavía en el denominado concepto del «varón sostén único de la familia», según el cual las mujeres tienen por lo general derecho a prestaciones «derivadas», es decir, por conducto de sus cónyuges, lo cual hace que sean vulnerables, porque esas prestaciones suelen ser en general inferiores y el derecho a percibir las depende muchas veces de si la pareja sigue casada o de si sus miembros continúan viviendo juntos. Hay varias maneras de mejorar los derechos de las mujeres a las prestaciones («derivadas»), como la división de las prestaciones y del capital de la pensión. Los créditos por crianza de los hijos y por concepto de «responsabilidades del hogar» tienen la ventaja de que quienes se ocupan de los hijos y de esas tareas del hogar siguen acumulando derechos a la pensión. Su inconveniente es que son caros, porque los créditos son proporcionales a los ingresos obtenidos anteriormente y también porque pueden reforzar la pauta tradicional de la división de trabajo entre hombres y mujeres. En general, parece, pues, una solución mejor respaldar las actividades económicas de ambos

---

progenitores mediante prestaciones por maternidad, licencia parental, prestaciones por hijos y acceso asequible a servicios de guardería.

Las mujeres también están mejorando su derecho directo a las prestaciones de la seguridad social obligatoria gracias a su mayor participación en el mercado laboral formal. De esta manera, acumulan sus propios derechos independientes a una pensión y el derecho a prestaciones de desempleo y maternidad. Además, en los países en desarrollo cada vez están más difundidas las prestaciones (de asistencia social y familiares) financiadas con cargo al sistema impositivo. Esas prestaciones — que suelen ser bajas — son por lo general favorables a las mujeres, porque éstas tienen menor derecho a los programas de seguro social obligatorio.

Ahora bien, ni el seguro social obligatorio ni las prestaciones sociales con cargo al sistema impositivo parecen ser capaces por ahora de resolver el «gran» problema de la extensión de la seguridad social, sobre todo en los países de bajos ingresos. A este respecto, una novedad es la aparición de regímenes comunitarios, a menudo de seguro de enfermedad, que con frecuencia están organizados por trabajadoras de la economía informal o con la colaboración de éstas. Del examen de esos regímenes se deduce que son cuatro los factores clave que han contribuido al éxito de la instauración de regímenes de seguridad social para las mujeres que trabajan en la economía informal. En primer lugar, la entidad que administra las prestaciones debe llevar mucho tiempo actuando para poder atender las necesidades reales de los grupos destinatarios. Un segundo factor es que haya una estructura de financiación administrativa adaptativa. Algunas organizaciones, por ejemplo la SEWA, han dado muestras de gran inventiva para obtener muy diversos recursos financieros y han concebido calendarios flexibles de pago de cotizaciones que corresponden a las pautas irregulares de obtención de ingresos de las mujeres. El acceso a guarderías y atención infantil es en general otro factor importantísimo, que permite combinar el trabajo y el cuidado de los familiares. Por último, varias organizaciones que han obtenido buenos resultados se inspiran en una ideología de la potenciación de la autonomía. Han impulsado enormemente la confianza en las mujeres en sí mismas y han actuado como agentes de negociación para sus clientas frente a los empleadores y las autoridades públicas, tanto en el plano local como en el nacional.

En el proceso de extensión, es indispensable que participen e intervengan las mujeres, en su condición de trabajadoras y de beneficiarias. En cuanto a la extensión de los regímenes de seguridad social obligatorios, se debe consultar a las mujeres para que las prestaciones y las cotizaciones se adecuen a sus necesidades y capacidad de cotización. Hay que adoptar medidas para que posean alguna forma de derechos independientes, aunque únicamente tengan derecho a prestaciones «derivadas». También es fundamental una distribución más igualitaria de las responsabilidades del cuidado de las personas dentro de la familia, proceso que se puede promover mediante licencias parentales otorgadas a los trabajadores y a las trabajadoras. Por último, la estructura de las prestaciones sociales financiadas con cargo al sistema impositivo debe ser tal que se respalde a las mujeres en sus intentos de hallar empleo en el mercado del trabajo. Los servicios de guardería — prestados por el Estado o por el empleador — pueden promover más el que los padres alcancen una mayor productividad en su trabajo, sabedores de que sus hijos están bien atendidos.

## **7. Conclusiones y perspectivas**

Más de la mitad de la población del mundo está excluida de algún tipo de protección de seguridad social obligatoria. Suele tratarse de personas que trabajan en la economía informal y por lo general no están protegidas por la seguridad social en la vejez, ni frente a los costos de la atención de salud. En los países de bajos ingresos, por ejemplo en el África Subsahariana y en el Asia Meridional, más del 90 por ciento de la población en general no está amparada, y en los países de ingresos medios este porcentaje suele oscilar entre el 20 y

---

el 60 por ciento. Se calcula que en todo el mundo sólo el 20 por ciento de las personas disfrutan de una seguridad social correcta.

La tendencia a una cobertura de seguridad social baja, y en ocasiones en disminución, impulsó a la Conferencia Internacional del Trabajo a considerar en 2001 que se debía otorgar la máxima prioridad a las «políticas e iniciativas que puedan llevar la seguridad social a quienes no están amparados por los regímenes existentes». La Conferencia consideró que la seguridad social se había convertido en más necesaria que nunca a causa de la globalización y de las políticas de ajuste estructural, por lo que pidió a la Oficina que lanzase una gran campaña para promover la extensión de la cobertura de la seguridad social. La misma Conferencia convino en que la seguridad social desempeña un importante papel en el proceso de desarrollo, en la integración social y política, y en que, si se gestiona adecuadamente, mejora la productividad al proporcionar cuidados médicos, seguridad de ingresos y servicios sociales.

En este documento hemos interpretado, por consiguiente, la seguridad social como parte del proceso de desarrollo. Hemos utilizado — con algunas modificaciones — el planteamiento de Sen que considera que la pobreza es una privación de la capacidad de trabajar. Así pues, la primera tarea de la seguridad social — sobre todo en los países de bajos ingresos — es contribuir a la salud y la educación de todos, en particular de los pobres. En el capítulo 2 hemos analizado la experiencia de algunos países que han alcanzado una cobertura universal de atención de salud y analizado las distintas opciones de política que tienen ante sí los países de ingresos medios y bajos. En el capítulo 5 hemos analizado las pruebas existentes sobre las consecuencias de las prestaciones por hijos a cargo en la escolarización de éstos. En el documento no hemos estudiado las subvenciones a los consumidores para alimentos y vivienda, dos necesidades básicas cuya satisfacción contribuye al desarrollo de las competencias básicas.

También forma parte del proceso de desarrollo el que las personas puedan funcionar bien en la familia y en la sociedad. En este documento hemos considerado que la cohesión familiar y la capacidad para ocupar un empleo son dos conceptos básicos del funcionamiento social. Los programas clave de seguridad social, en particular en los países de bajos ingresos, son las prestaciones a los progenitores y por los hijos (véanse los capítulos 5 y 6) y la instauración de una garantía de empleo (véase el capítulo 4). Otros importantes programas de seguridad social — vinculados asimismo a la cohesión familiar y a la capacidad de empleo — son las pensiones (por vejez, invalidez y de sobrevivientes) (véase el capítulo 3) y las prestaciones de desempleo (véase el capítulo 4). Por último, cuando todos los demás programas de seguridad social fallan, algunas prestaciones sociales financiadas por el sistema impositivo pueden evitar que las personas caigan por debajo del umbral de la pobreza.

Hemos demostrado que la baja cobertura de la seguridad social se debe, en primer lugar, a la escasez de recursos financieros disponibles para el sector social, sobre todo en los países de bajos ingresos. En gran medida como consecuencia de políticas de ajuste estructural que llevan aplicándose desde hace decenios, la inmensa mayoría de esos países no dotan de atención de salud gratuita a sus habitantes y esta es la principal explicación de que hayan aparecido regímenes comunitarios. Además, en esos países y en los de ingresos medios normalmente existen modestísimos regímenes de prestaciones financiadas con cargo al sistema impositivo para quienes no han podido protegerse a sí mismos mediante programas de seguro social. Se plantea, pues, la necesidad apremiante de reorientar parte del gasto público nacional hacia el sector social y además de hallar nuevos recursos internacionales para financiar la seguridad social básica de los pobres del mundo.

Otra tendencia preocupante es que una parte cada vez mayor de los programas de seguridad social se financia con ingresos fiscales en lugar de con cotizaciones personales o colectivas. La ventaja que ofrece el seguro social es que las personas están deseosas de

---

cotizar por prestaciones que respondan a sus necesidades básicas y se ajusten a sus circunstancias. En este documento hemos formulado varias sugerencias acerca de cómo pueden los regímenes nacionales de seguridad social mejorar su gestión y su diseño. Además, es muy prometedor que hayan surgido muchos regímenes comunitarios financiados con cotizaciones. La tarea pendiente de los poderes públicos, los interlocutores sociales y la sociedad civil es crear las condiciones necesarias para que la gran mayoría de la población cotice a regímenes de seguro social básico.

## 7.1. Examen y cuestiones de política

Hemos mostrado cómo algunos países de ingresos medios del Asia Sudoriental y de América Latina han implantado el seguro de enfermedad universal. El ejemplo más notable es probablemente el de la República de Corea del Sur, que lo logró en 12 años, entre 1977 y 1989. Costa Rica es también un buen ejemplo de América Latina: dedica casi una tercera parte del gasto público a la seguridad social. Los resultados obtenidos por estos países se deben ante todo a su empeño político, pero no pudieron ser alcanzados hasta que se llegó a niveles relativamente elevados de desarrollo económico, los países estuvieron urbanizados en gran parte y tuvieron sectores asalariados grandes en comparación con los sectores informales. Con todo, hay una considerable diferencia en las decisiones adoptadas por esos países. La República de Corea, por ejemplo, optó por un conjunto de prestaciones relativamente limitado, unas tasas de cotización muy bajas y una participación de los afiliados en los gastos relativamente elevada. Los ejemplos de Costa Rica y de la República de Corea muestran también el complejo equilibrio que existe entre la participación de los asalariados y los empleados por cuenta propia que suelen pagar cotizaciones relativamente bajas y a los que les es más fácil no declarar todos sus ingresos.

En los países de bajos ingresos, los regímenes de seguridad social obligatorios no cubren a más del 5 al 10 por ciento de la población y por lo general el Estado no facilita acceso gratuito o subvencionado a atención de salud básica, lo cual ha provocado la aparición de regímenes de seguro de enfermedad comunitarios cuya principal ventaja es que mejoran la eficiencia del gasto en salud, o bien la relación entre la calidad y el costo de los servicios de sanidad. En qué medida han dado buenos resultados esos regímenes ha sido algo que ha dependido de las características de las entidades (que seleccionan a sus afiliados por su profesión, sexo, lugar de residencia o confesión religiosa, por ejemplo), del diseño del régimen y del contexto en que actúa.

Como la mayoría de estos regímenes son muy pequeños, es importante saber mediante qué formas y asociaciones puede ampliarse su cobertura. Una posibilidad es formar organizaciones entre ellos. Otra es establecer asociaciones con instituciones mayores, por ejemplo los gobiernos locales, las instituciones de seguridad social o las compañías de seguros del sector privado, si se puede confiar en ellas. Una idea relativamente nueva (Gbossa y Gauthé, 2002) es que el Estado establezca los denominados regímenes de seguro de enfermedad mutuo «provisionales», es decir, para microempresarios y para todas las personas que puedan cotizar pero que aún no han podido elegir un régimen adecuado de microseguro. Otra idea nueva (Steinwachs, 2002) es que el Estado acepte que los ciudadanos tengan la posibilidad — en el marco de la afiliación obligatoria — de pasar a ser miembros de regímenes de seguro de enfermedad comunitarios homologados por oficialmente. De este modo, los regímenes nacionales obligatorios de seguro de enfermedad social perderían el monopolio de la afiliación de los trabajadores del sector regular de la economía, lo cual tendría la ventaja de aumentar la estabilidad de los ingresos de los regímenes de microseguro, propiciar una mayor competencia y ofrecer la posibilidad de escoger entre los distintos proveedores de atención de salud del país. Es necesario someter a prueba ambas ideas.

---

Otra idea que convendría ensayar es la viabilidad de los regímenes de seguro de enfermedad territoriales. Estos regímenes buscan la plena cobertura dentro de una zona geográfica y por lo general son gestionados por las autoridades (locales) en cooperación con distintos asociados. En comparación con los regímenes sectoriales o con los que amparan a los miembros de una profesión, los territoriales tienen la ventaja de que sus costos administrativos son bajos y de que hay una participación y un control locales desde sus inicios mismos. Además — lo cual es más importante aún —, se puede extender con relativa rapidez su cobertura a otras zonas porque las autoridades podrían reproducirlos en condiciones similares.

Una de las conclusiones más interesantes acerca de las pensiones de la seguridad social ha sido formulada en América Latina donde el paso de los regímenes de pensiones con prestaciones definidas a los de capitalización total con cotizaciones definidas no ha aumentado la cobertura personal. Se preveía que estas reformas del régimen de pensiones iban a mejorar la cobertura al disminuir el fraude y el incumplimiento de las obligaciones, en la creencia de que los ahorros acumulados por concepto de pensión atraerían a los trabajadores. Ello se debe sin duda a que cada vez hay más trabajadores en la economía informal, pero asimismo al aumento del fraude y del incumplimiento, que parecen explicarse por los excesivos costos administrativos y el denominado problema de la transición. Por último, cuando los regímenes de capitalización total se basan en ahorros individuales, no resultan apropiados para los trabajadores de bajos ingresos, a causa de sus costos fijos relativamente elevados.

Los métodos adoptados por los poderes públicos para integrar a los trabajadores autónomos en los regímenes de pensiones obligatorios han dado resultados muy diversos. Por lo general, los trabajadores autónomos no están dispuestos a pagar el «doble», es decir, las cotizaciones de los trabajadores y las de los empleadores. Ahora bien, algunos países como Túnez han aumentado considerablemente la cobertura de los trabajadores autónomos, en particular mediante la implantación de escalas de ingresos realistas como base para la cotización de diferentes colectivos de trabajadores autónomos. China ha facilitado el ingreso de los trabajadores autónomos y de la economía informal adaptando las estructuras de las prestaciones y las cotizaciones a las circunstancias concretas de los trabajadores urbanos y rurales. Los países de ingresos medios podrían tratar de cubrir a todos sus ciudadanos extendiendo los programas de seguro de pensión obligatorios. Los de bajos ingresos probablemente podrían alcanzar aumentos significativos de la cobertura de los regímenes de pensiones mediante instituciones intermediarias, como las instituciones de microfinanciación, las cuales podrían desempeñar un importante papel en hacer accesible el seguro de vida y, en último término, las pensiones, a los hogares de bajos ingresos. Por lo general, son instituciones en las que se tiene confianza y ya han establecido cauces de créditos y ahorro para clientes pobres, con frecuencia de costo relativamente bajo. Las instituciones de microfinanciación podrían gestionar ellas mismas los seguros o convertirse en agentes de compañías de seguros exteriores.

Muchos países en desarrollo protegen el empleo de los trabajadores de la economía regular, sobre todo imponiendo restricciones a los despidos y con indemnizaciones por despido. Varios países latinoamericanos han disminuido esas restricciones a los despidos y promovido regímenes de cotización definida y de indemnización por despido financiados con las cotizaciones de los trabajadores. Durante la crisis asiática, en la República de Corea se disminuyeron las restricciones a los despidos a cambio de una mejora de la cobertura del seguro de desempleo. El seguro de desempleo proporciona una seguridad de ingresos eficaz y contribuye a que no disminuya el consumo y a que se pueda buscar eficazmente un nuevo puesto de trabajo. Es superior a las disposiciones en materia de indemnización por despido, ya que sus prestaciones van destinadas a los desempleados y dependen de cotizaciones colectivas, en lugar de en la capacidad o la disponibilidad de pago de los empleadores cuyas empresas puedan tener problemas financieros. Los regímenes de seguro de desempleo pueden ser adaptados al nivel de desarrollo económico

---

y a las características del mercado del trabajo de los distintos países. Deberían estar estrechamente coordinados con las políticas del mercado del trabajo y respaldados por éstas. Por ahora, ningún país latinoamericano ha ampliado la cobertura de esos regímenes, pero se ha extendido la cobertura personal en varios países asiáticos y en algunos africanos.

Los programas que garantizaran empleo durante un número limitado de días al año serían una forma ideal de seguridad de ingresos para los subempleados de los países en desarrollo de bajos ingresos y medios. Tienen las atractivas características de que ellos mismos seleccionan a los beneficiarios y crean activos productivos en las comunidades locales. La experiencia de algunos países del Asia Sudoriental demuestra que pueden crear una cantidad masiva de puestos de trabajo contracíclicos (en las zonas urbanas), sobre todo si el país está preparado en el plano de la organización para hacer frente a situaciones de crisis. En cuanto a la creación directa de puestos de trabajo — más permanentes — en las zonas rurales, sería posible facilitar alguna modalidad limitada de garantía de empleo en el marco de programas intensivos de empleo.

En muchos países en desarrollo las prestaciones sociales financiadas por el sistema impositivo se destinan a grupos concretos (ancianos, viudas y menores) que tienen escasa o ninguna vinculación con el mercado de trabajo. En este documento hemos mostrado que es difícilísimo verificar realmente los medios de existencia a partir de los ingresos observados y que es preferible orientar las prestaciones con ayuda de variables más fácilmente mensurables, por ejemplo, los activos (tierras, vivienda y automóviles) y de factores demográficos (edad, composición de familia, etc.). El acceso a estas prestaciones puede regirse también por criterios que induzcan a las personas a adoptar determinado comportamiento (aceptar un empleo o buscarlo, cursar estudios, etc.). En la mayoría de los países en desarrollo los niveles de las prestaciones sociales son bajos, pero se consideran un suplemento de los ingresos familiares que viene muy bien.

Los programas de prestaciones sociales financiados por el sistema impositivo, en particular la asistencia social, son a menudo objeto de diversas presiones políticas. Normalmente, las clases medias son las beneficiarias fundamentales del gasto social público, los pobres quedan al margen de él y los ricos tienen alternativas en el sector privado, en el país o el extranjero. La clase media a menudo la partidaria más visible e importante políticamente del gobierno, tal vez no respalde un gasto focalizado únicamente en los pobres. Además, diversos argumentos en favor del rigor fiscal pueden hacer que se pase de prestaciones «universales» a prestaciones dependientes de la verificación de los medios de existencia. En general, es importante tender a regímenes de seguridad social de base amplia que cuenten con el apoyo de la mayoría de la población y que deberían consistir en un elemento importante de seguro social complementado por prestaciones sociales eficaces habida cuenta de su costo financiadas por el sistema impositivo.

Muchas veces, las mujeres se encuentran en posición desfavorable en el mercado del trabajo. Pueden enfrentarse a discriminación directa y forman parte de una división por sexos del trabajo en el hogar cuando asumen un porcentaje importantísimo del trabajo no remunerado de cuidado de los familiares. A resultas de ello, tienen menos posibilidades de asumir un empleo a tiempo completo o de conservarlo, lo cual influye en los tipos de trabajos que las mujeres pueden realizar y en el número de años que pueden permanecer empleadas y amparadas por la seguridad social. Además, la seguridad social obligatoria existente en muchos países en desarrollo, sobre todo de bajos ingresos, no corresponde — o sólo muy imperfectamente — a las necesidades de las trabajadoras. En primer lugar, están los factores generales (normalmente, neutrales en cuanto al sexo) que excluyen a muchos trabajadores de la cobertura, como los trabajadores agrícolas, los empleados del hogar y los que no forman parte de los mercados del trabajo regulares. Pero también está la influencia específica del modelo de «varón sostén único de la familia» en que se basa parte de las disposiciones en materia de seguridad social obligatoria.



---

Las mujeres están mejorando su derecho directo a las prestaciones de la seguridad social obligatoria gracias a su mayor participación en la economía regular, acumulando de ese modo sus propios derechos independientes a pensión y el derecho a prestaciones de desempleo y maternidad. Además, en los países en desarrollo cada vez están más difundidas las prestaciones (de asistencia social y familiares) financiadas con cargo al sistema impositivo. Esas prestaciones — que por lo general son bajas — son normalmente favorables a las mujeres, porque éstas tienen menor derecho a los programas de seguro social obligatorio.

Hay cuatro factores clave que han contribuido a la instauración con buenos resultados de regímenes de seguridad social para trabajadoras de la economía informal. En primer lugar, la entidad que administra las prestaciones debe llevar haciéndolo mucho tiempo para poder atender las necesidades reales de los colectivos que son clientes de ella. Un segundo factor es que haya una estructura financiera y administrativa adaptativa. Algunas organizaciones, por ejemplo, la SEWA de la India, han dado muestras de gran inventiva para obtener diversos recursos financieros y han concebido calendarios flexibles de pago de cotizaciones que corresponden a las pautas irregulares de obtención de ingresos de las mujeres. Otro factor importantísimo es el acceso a las guarderías y al cuidado de los hijos a la hora de combinar el trabajo y la vida familiar. Por último, varias entidades que han obtenido buenos resultados están inspiradas por la ideología de la potenciación de la autonomía. Han impulsado la confianza de las mujeres en sí mismas y han actuado como agentes negociadores de sus clientas ante los empleadores y las autoridades, en los planos local y nacional.

## **7.2. Estrategias nacionales e internacionales**

Después de haber estudiado las pruebas empíricas y de haber determinado las cuestiones y los problemas de política esenciales ¿qué perspectivas existen?

En el plano nacional, hay en lo esencial tres planteamientos políticos para extender la seguridad social. El primero consiste en extender y adaptar los regímenes de seguro social obligatorio. Algunos países en desarrollo de ingresos medios han alcanzado aumentos importantes de la cobertura de los regímenes de seguridad social, por ejemplo del seguro de enfermedad, y en algunos casos la plena cobertura. Para ello, fueron importantes factores el empeño político, los recursos públicos y la movilización de los trabajadores. Otros países han intentado adaptar la estructura de las prestaciones y cotizaciones de la seguridad social a las necesidades prioritarias y a la capacidad de cotizar de los trabajadores de la economía informal. En algunos, se logró en el marco de regímenes de seguro social obligatorio; en otros, mediante regímenes públicos especiales para trabajadores como los trabajadores autónomos, los empleados del hogar y los trabajadores de la agricultura o de la construcción.

El segundo método consiste en promover regímenes contributivos para los trabajadores de la economía informal, sobre todo en los países en desarrollo de bajos ingresos. Por distintos motivos, en esos países hay regímenes de seguro social obligatorios poco sólidos que a menudo no constituyen una base suficiente para una extensión importante de la cobertura en un futuro previsible. Es en esos países donde han surgido nuevos regímenes de microseguro y comunitarios, cuya cobertura, hasta ahora, es reducida, pero, si se les proporciona el adecuado apoyo técnico e institucional, podrían mejorarla notablemente, sobre todo en el marco de estrategias locales y territoriales enderezadas a disminuir la exclusión social.

El tercer método consiste en promover prestaciones sociales financiadas por el sistema impositivo para los colectivos vulnerables que no pueden beneficiarse de los regímenes financiados por cotizaciones. Muchas veces, los recursos públicos para esas

---

prestaciones escasean, sobre todo en los países en desarrollo de bajos ingresos, pero habrá que hallar la manera de establecer esas prestaciones con ayuda de recursos internacionales complementarios. Esas prestaciones podrían estar destinadas a los ancianos, las víctimas del VIH/SIDA o los niños (a condición de que acudan a la escuela).

Además hace falta una estrategia internacional que respalde las estrategias nacionales de extensión de la seguridad social. Las cuatro medidas siguientes podrían contribuir a establecerla.

La primera medida de una estrategia internacional es llegar a un acuerdo sobre sus objetivos. En este documento hemos mostrado que muchos países en desarrollo procuran una cobertura universal de seguridad social en aspectos esenciales como la salud y las pensiones. Algunos países la han logrado y otros llevan camino de hacerlo. Para centrar en ello la atención de las personas y de los encargados de formular las políticas será necesario elaborar indicadores internacionales de la cobertura de la seguridad social que posteriormente puedan constituir la base de la formulación de un Objetivo de Desarrollo del Milenio, como los definidos por las Naciones Unidas.

Una segunda medida es lograr la adhesión. La OIT está adherida a esta idea, como demuestra el consenso a que se llegó en la Conferencia Internacional del Trabajo de 2001 (OIT, 2002a). La seguridad social es un elemento vital de la lucha contra la pobreza y, por lo tanto, debería ser posible establecer asociaciones con todos quienes apoyan el Objetivo de Desarrollo del Milenio de las Naciones Unidas de Reducción de la Pobreza. Para cultivar y aumentar ese compromiso, la OIT ha lanzado a principios de 2003 la «Campaña mundial sobre seguridad Social y cobertura para todos».

La tercera medida es mejorar nuestros conocimientos. Hay muchas cosas que desconocemos, sobre todo en lo que se refiere a la extensión de la seguridad social en los países de bajos ingresos. El proceso de extender la seguridad social es algo nuevo y complejo y el conocimiento del mismo tendrá que ser desarrollado mediante experimentación y diálogo. Hay que trabajar mucho en la elaboración de estrategias innovadoras y el ensayo de mecanismos útiles para extender la seguridad social. En el contexto de la Campaña mundial, habrá que poner el acento en las actividades siguientes:

- Diseñar y poner a prueba métodos para evaluar y supervisar las necesidades de seguridad social no atendidas y las distintas opciones que se ofrecen para ello.
- Identificar, documentar, analizar y compartir información sobre prácticas (buenas y malas) existentes en el mundo.
- Concebir y poner a prueba nuevos mecanismos para atender distintas necesidades prioritarias de los trabajadores de la economía informal.
- Llevar a cabo y respaldar investigaciones sobre las vinculaciones existentes entre el mensaje de la extensión y otros valores y metas aceptados internacionalmente, como el desarrollo humano, la reducción de la pobreza, el trabajo decente y los bienes públicos internacionales.
- Elaborar directrices y herramientas para poner en prácticas mecanismos de extensión, así como para evaluar su impacto y sus resultados.
- Establecer y reforzar asociaciones con estudiosos e instituciones académicas pertinentes.

La cuarta medida consiste en prestar servicios técnicos a los países, los interlocutores sociales y otros agentes del desarrollo. Los futuros servicios de asistencia técnica se centrarán en:

- 
- El diagnóstico de las necesidades en materia de seguridad social de la gente, de las capacidades, las posibilidades y los costos.
  - La formulación y la ejecución de estrategias nacionales.
  - La formación de los agentes e interlocutores.
  - El fortalecimiento de las instituciones y del diálogo social.
  - La creación de redes de personas e instituciones comprometidas con esta tarea.
  - La supervisión y la evaluación de los procesos y los resultados.

Las estrategias nacionales e internacionales para extender la seguridad social se basan en que ésta es un derecho humano básico. Su cumplimiento contribuirá a alcanzar varios Objetivos de Desarrollo del Milenio, es decir, a reducir la mortalidad infantil y materna y a reducir en un 50 por ciento en el año 2015 el porcentaje de personas cuyos ingresos son inferiores a un dólar al día. La seguridad social ayuda a asegurar un nivel de vida decente y saca a muchas personas de la pobreza. Está estrechamente vinculada al empleo y a menudo proporciona apoyo a quienes no pueden trabajar. Gracias a la difusión del trabajo decente, la seguridad social puede ser extendida gradualmente a todos.

---

## Bibliografía

- Agarwal, B. 1991. «Social security and the family: coping with seasonality and calamity in rural India», en E. Ahmad, J. Dreze, J. Hills y A. Sen (directores), *Social Security in Developing Countries*. Oxford, Clarendon Press.
- AISS (Asociación Internacional de la Seguridad Social). 1997a. «Barbados. Régimen de prestaciones de desempleo», *Revista Internacional de Seguridad Social*, vol. 50, núm. 4, págs. 127-137. Ginebra.
- AISS 1997b. «Uruguay. Seguro de desempleo», *Revista Internacional de Seguridad Social*, vol. 50, núm. 4, págs. 137-146. Ginebra.
- Akal, A. 2001. *Health insurance and financing reform*. Informe de misión de la OMS MR/2001/0040.
- Amadeo, E.J., y Camargo, J.M. 1997. «Brazil: Regulation and flexibility in the labor market», en S. Edwards y N.C. Lustig (directores), *Labor Markets in Latin America. Combining social protection with market flexibility*. Washington, Brookings Institution.
- Asís Beirute, L.; Piedra, M. 1994. «El reto de la cobertura», en Jiménez Fonseca, E., *La seguridad social en Costa Rica: Problemas y perspectivas*. San José, Caja Costarricense de Seguro Social, págs. 35-53.
- Atim, C. 1998. *The contribution of mutual health organizations to financing, delivery, and access to health care: Synthesis of research in nine West and Central African countries*. Bethesda, Abt Associates Inc.
- Auer, P. 2000. *Employment revival in Europe: Labour market success in Austria, Denmark, Ireland and The Netherlands*. Ginebra, OIT.
- Augusztinovics, M. 2002. «Issues in pension design», *International Social Security Review* 55(1), págs. 21-35.
- Baeza, C.; Montenegro, F., y Nuñez, M. 2002. *Extending social protection in health through community based health organizations: Evidence and challenges*. Ginebra, OIT/STEP.
- Bailey, C., y van Ginneken, W. 2000. «Coverage and its shortfalls» (capítulo 8) y «Extending coverage (capítulo 16)», en Gillion, C.; Turner, J.; Bailey, C., y Latulippe, D. (directores), *Social security pensions: Development and reform*. Ginebra, OIT.
- Banco Asiático de Desarrollo. 1999. *Fighting poverty in Asia and the Pacific: The poverty reduction strategy of the Asian Development Bank*. Manila.
- Banco Interamericano de Desarrollo. 2000. *Social protection for equity and growth*. Washington, John Hopkins University Press.
- Banco Mundial. 2000. *Informe sobre el desarrollo mundial 2000/2001: Lucha contra la pobreza*. Madrid/México, Mundi-Press.
- Barr, N. 1992. «Economic theory and the welfare state: A survey and interpretation», *Journal of Economic Literature* (Nashville, Tennessee), vol. 30 (junio de 1992), págs. 741-803.

- 
- Bayarsaikhan, D., y Ron, A. (en prensa). «Is health insurance feasible in low-income countries: Successes and challenges of social health insurance development in Mongolia», *Bulletin of the World Health Organization*.
- Bennett, S.; Creese, A., y Monash, R. 1998. *Health insurance schemes for people outside formal sector employment*. Ginebra, División de Análisis, Investigaciones y Evaluación de la OMS, ARA Paper N° 16).
- Bertranou, F. 1999. «Are market-oriented health insurance reforms possible in Latin America? The cases of Argentina, Chile and Colombia», *Health Policy* 47 (1999), págs. 19-36.
- Bertranou, F. 2001a. «Protección a los desempleados: los seguros de desempleo en América Latina», *Panorama laboral 2001*. OIT, Lima.
- Bertranou, F. 2001. «Pension reform and gender gaps in Latin America: What are the policy options?», *World Development*, vol. 5, págs. 911-923.
- Bertranou, F., y Grushka, C.O. 2002. *The Non-Contributory Pension Programme: Assessing the Impact on Poverty Reduction*. Ginebra, OIT, Documentos sobre Extensión de la Seguridad Social, núm. 5. Ginebra, OIT.
- Bertranou, F.; Solorio, C., y van Ginneken, W. (directores). 2002. *Pensiones no contributivas y asistenciales. Argentina, Brasil, Chile, Costa Rica y Uruguay*. OIT, Santiago, Chile.
- Betcherman, G., e Islam, R. 2001. «East Asian labor markets and economic crisis: An overview», e Betcherman, G., e Islam, R. (directores), *East Asian labor markets and the economic crisis. Impacts, responses and lessons*. Washington, Banco Mundial y Oficina Internacional del Trabajo, Ginebra.
- Brown, W., y Churchill, C. 2000. *Insurance provision in low-income countries. Part II: Initial lessons from micro-insurance experiments for the poor*.
- Burgess, R.S.L., y Stern, N. 1991. «Social security in developing countries: What, why, who, and how?», en Ahmad, E.; Dreze, J.; Hills, J. y Sen, A.K. (directores), *Social security in developing countries*. Oxford, Clarendon Press.
- Carrin, G.; Desmet, M. y Basaza, R. 2001. «Social health insurance development in low-income developing countries: new roles for government and non-profit health insurance organizations», en Scheil-Adlung, X. (director), *Building social security: The challenge of privatization*. Londres, Transaction Publishers.
- Chaabane, M. 2002. *Towards the universalization of social security: The experience of Tunisia*. Documentos sobre Extensión de la Seguridad Social, núm. 4. Ginebra, OIT.
- Charlton, R. y McKinnon, R. 2001. *Pensions in development*. Aldershot, Ashgate.
- Chu, K. y Gupta, S. 1998. *Social safety nets. Issues and recent experiences*. Washington, FMI.
- Churchill, C.; Liber, D.; McCord, M. y Roth, J. 2002. *Making micro-insurance work for MFIs*. Ginebra, OIT, publicado por SFU y SEED.
- CIEDESS (Corporación de Investigación, Estudio y Desarrollo de la Seguridad Social). 1994. *Modernización de la seguridad social en Chile*. Santiago, Chile.

- 
- Conning, J. y Kevane, M. 2002. «Community-based targeting mechanisms for social safety nets: A critical review», *World Development* 30(3), págs. 375-394.
- Conte-Grand, A. M. 1997. *Seguros de desempleo, formación profesional y servicios de empleo. Sus relaciones y posibilidades en el proceso de reconversión económica*. OIT, Santiago, Chile.
- Criel, B. 1998. *District-based health insurance in sub-Saharan Africa*. Studies in health services organisation and policy, núm. 9, Amberes.
- Cruz-Saco, M. 2002. *Labour markets and social security coverage: The Latin American experience*. Documentos sobre Extensión de la Seguridad Social, núm. 2. Ginebra, OIT.
- Cruz-Saco, M. y Mesa-Lago, C. 1998: «Conclusion: Conditioning factors, cross-country comparisons, and recommendations», en Cruz-Saco, M. y Mesa-Lago, C. (directores), *Do options exist? The reform of pension and health care systems in Latin America*. Pittsburg, University of Pittsburg Press, págs. 377-428.
- Dahlgren, G. 2001. «The medical poverty trap», en Rainhorn, J-D. y Burnier, M-J, *La santé de marché, Incertitudes a l'aube du XXIe siècle*. Presses Universitaires de France, París, y Nouveaux Cahiers de IUED, Ginebra.
- Devereux, S. 2000. *Targeting social protection programmes: Case study examples of issues*. Easthampstead Park Conference Centre, Inter-Agency Workshop on Social Protection, 22 y 23 de marzo.
- Devereux, S. 2002. *Social protection for the poor: Lessons from recent international experience*. Brighton, Institute of Development Studies, documento de trabajo núm. 142.
- Drèze, J. y Sen 1991. «Public action for social security: Foundation and strategy», en Ahmed, E. y colaboradores (directores), *Social security in developing countries*. Oxford, Oxford University Press.
- Dror, D. 2001. «Re-insurance of health insurance for the informal sector», *Bulletin of the World Health Organization* 79(7), págs. 672-678.
- Dror, D.M. y Jacquier, C. 1999. «El microseguro: extensión del seguro de salud a los excluidos», *Revista Internacional de Seguridad Social*. Ginebra, AISS, vol. 52, núm. 1, págs. 83-114.
- Dror, D. y Preker, A. (directores). 2002. *Social Re Insurance. A new approach to sustainable community health financing*. OIT, Ginebra y BIRD, Washington.
- Durán, F. 2002. *Anti-poverty programmes in Costa Rica: The non-contributory pension scheme*. Documentos sobre Extensión de la Seguridad Social, núm. 8. Ginebra, OIT.
- Enríquez, A. 2002. *Extensión de la cobertura de la protección de la seguridad social en salud para el sector informal del Perú*. OIT, Lima (mimeografiado).
- Ergo, A. 2001. *Social health insurance in Vietnam: Towards universal coverage*. OMS, Hanoi, documento de debate.
- Eurostat. 1996. *ESSPROS Manual 1996*. Luxemburgo.

- 
- Fall, C. 2002. *Extending health insurance in Senegal: Options for statutory schemes and mutual organizations*. Documentos sobre Extensión de la Seguridad Social, núm. 9. Ginebra, OIT.
- Fultz, E. 1999. *Social security pension reform: Perspectives from the International Labour Organization*. Budapest, Equipo de Europa Central y Oriental de la OIT (mimeografiado).
- Fultz, E. 2002. *Pension reform in Central and Eastern Europe, volume I. Restructuring with privatisation: Case studies of Hungary and Poland*. OIT, Budapest.
- Gaventa, J. 1997. *Participation, poverty and social exclusion*. Presentación para «Superar la exclusión social: la contribución de la OIT». Ginebra, OIT, 20 y 21 de mayo.
- Gbossa, F.L. y Gauthé, B. 2002. *Social protection and crises in the Congo: From humanitarian aid to sustainable social protection*. Documentos sobre Extensión de la Seguridad Social, núm. 12. Ginebra, OIT.
- Gertler, P.J. 1998. «On the road to social health insurance: The Asian experience», *World Development* (26)4, págs. 717-732. Elsevier Science Ltd.
- Gillion, C. y colaboradores (directores). 2000. *Social security pensions: Development and reform*. Ginebra, OIT.
- Ginneken, W. van 1995. «Employment promotion and the social safety net», en Griffin, K. (director), *Poverty and the transition to a market economy in Mongolia*. Nueva York, St. Martin's Press.
- Ginneken, W. van (director). 1998. *Social security for all Indians*. Nueva Delhi, Oxford University Press.
- Ginneken, W. van 1999a. «Seguridad social para el sector informal: un nuevo desafío se presenta a los países en desarrollo», *Revista Internacional de Seguridad Social*, vol. 52, núm. 1, Ginebra, AISS, págs. 57-81.
- Ginneken, W. van (director). 1999b. *Seguridad social para la mayoría excluida. Estudios de casos de países en desarrollo*. Ginebra, OIT.
- Ginneken, W. van. 2000. «The extension of social protection: ILO's aim for the years to come», en Conway, T., de Haan, A., y Norton, A. *Social protection: New directions of donor agencies*. Londres, DFID Social Development Department, págs. 33-48.
- Ginneken, W. van 2001. «Social protection for workers in the informal economy: New challenges for Asia and the Pacific», in *Towards more effective social security in Asia and the Pacific*. Manila, Asia and Pacific Series, ISSA Social Security Documentation N° 26, págs. 65-95.
- Guhan, S. 1994. «Opciones de los países en desarrollo en materia de seguridad social», *Revista Internacional del Trabajo*, vol. 133, núm. 1, págs. 37-58. Ginebra, OIT.
- Hagemejer, K. 2000. *Social protection expenditure and performance reviews. Methodological note on definitions, classifications and performance indicators*. Ginebra, OIT (mimeografiado).
- Holzmann, R. y Jørgensen, S., 2000. *Social Risk Management: A new conceptual framework for social protection, and beyond*. Washington, documento de debate del Banco Mundial sobre la protección social, núm. 6.

- 
- Hsiao, W. y Sen, P.D. 1995. *Cooperative financing for health care in rural India*. Ponencia presentada en el Taller internacional sobre «El seguro de enfermedad en la India». Bangalore, IIM, 20-22 de septiembre.
- Hu, X.; Cai, R., y Zhai, X. 1999. «Extensión de la cobertura de la protección de la seguridad social en China», capítulo 3, en van Ginneken, W. (director), *Seguridad social para la mayoría excluida. Estudios de casos de países en desarrollo*. Ginebra, OIT.
- Irudaya Rajan, S. 2001. «Social assistance for the poor elderly: How effective?», *Economic and Political Weekly*. Mumbai, 24 de febrero.
- Jack, W. 2000. *Health insurance reform in four Latin American countries. Theory and practice*. Washington, Banco Mundial, Policy Research Working Paper N° 2492.
- Jain, S. 1999. «Seguridad social básica en la India», capítulo 2, en van Ginneken, W. (director), *Seguridad social para la mayoría excluida. Estudios de casos de países en desarrollo*. Ginebra, OIT.
- Jenkins, M. 1993. «Extensión de la protección social a toda la población: Problemas y planteos», *Revista Internacional de Seguridad Social*, Ginebra, AISS, vol. 46, núm. 2, págs. 3-20.
- Jütting, J. 2002. *Public-private partnerships in the health sector: Experiences of developing countries*. Documentos sobre Extensión de la Seguridad Social, núm. 10. Ginebra, OIT.
- Kamuzora, P. 1999. «Extension of formal security schemes in the United Republic of Tanzania», en Ginneken, W. van (director), *Social security for the excluded majority. Case studies of developing countries*. Ginebra, OIT.
- Keddeman, W. 1998. «Of nets and assets. Effects and impacts of employment-intensive programmes –A review of ILO experience». Socio-economic Technical Papers No. 1. Ginebra, OIT.
- Kiwara, A., y Heijnis, F. 1997. «Health insurance for informal sector workers: Feasibility study on Arusha and Mbeya», en van Ginneken, W. (director), *Social security for the informal sector: Investigating the feasibility of pilot projects in Benin, India, El Salvador and Tanzania*, Issues in Social Protection Discussion Paper No. 5. Ginebra, OIT.
- Kwon, H. 2002. «Reforma de la protección social y desafíos futuros en la República de Corea: ¿más allá del Estado de bienestar desarrollista?», *Revista Internacional de Seguridad Social*, Ginebra, AISS, vol. 55(4), págs. 27-44.
- Kwon, S. 2001. «National health insurance of Taiwan and Korea: A comparative analysis». Seúl, Escuela de Salud Pública, Universidad Nacional de Seúl, documento de trabajo.
- Kwon, S. 2002. *Achieving health insurance for all: Lessons from the Republic of Korea*. Documentos sobre Extensión de la Seguridad Social, núm. 1. Ginebra, OIT.
- Kwon, S. 2004 (en prensa). «Structural change in the National Health Insurance of Korea: Social solidarity or efficiency?», *Revista Internacional de Seguridad Social*, Ginebra, AISS.



- 
- La Forgia, G. 1998. «Health sector reform. A financial-service flow model and the Colombian case», en Cruz-Saco, M., y Mesa-Lago, C. (directores), *Do options exist? The reform of pension and health care systems in Latin America*. Pittsburg, University of Pittsburg Press, págs. 225-266.
- Lavinas, L. 2001. *The appeal of minimum income programmes in Latin America*. SES Paper N° 7. Ginebra, OIT.
- Lee, E. 1998. *The Asian financial crisis: The challenge for social policy*. Ginebra.
- Lund, F. y Srinivas, S. 2000. *Learning from experience: A gendered approach to social protection for workers in the informal economy*. Ginebra, OIT/STEP y WIEGO.
- Márquez, G. (director). 1995. *Reforming the labor market in a liberalized economy*. Washington, Banco Interamericano de Desarrollo.
- Marquez, G. 2001. «Social protection for the unemployed: Programs in Latin America», en Lustig, N. (director), *Shielding the poor. Social protection in the developing world*. Washington, Brookings Institution Press y Banco Interamericano de Desarrollo.
- Mazza, J. 2000. *Unemployment insurance: Case studies and lessons for the Latin American and Caribbean region*. Washington, Banco Interamericano de Desarrollo, Departamento de Investigación, documento de trabajo núm. 411.
- Mesa-Lago, C. 1998. «Comparative Features and Performance of Structural Pension Reforms in Latin America,» *Brooklyn Law Review*, vol. 64, núm. 3.
- Mesa-Lago, C. 2000. «Achieving and sustaining social development with limited resources: The experience of Costa Rica», en Ghai, D. (director), *Social development and public policy. A study of some successful experiences*. Londres, MacMillan, págs. 277-322.
- Mesa-Lago, C. 2001a. «Social assistance on pensions and health care for the poor in Latin America and the Caribbean», en Lustig, N., *Shielding the poor. Social protection in the developing world*. Washington, Banco Interamericano de Desarrollo, Brookings Institution Press, págs. 175-215.
- Mesa-Lago, C. 2001b. «La reforma estructural de las pensiones de seguridad social en América Latina: Modelos, características, resultados y lecciones», *Revista Internacional de Seguridad Social*, vol. 54(4), págs. 77-103.
- Messel, E. 2001. *Social protection strategy*. Ponencia presentada en un seminario del BAD celebrado en Tokyo. Ginebra, OIT.
- Mills, A. 1998. «The route to universal coverage», en Nitayarumphong, S. y Mills, A. (directores), *Achieving universal coverage of health care*. Bangkok, Ministerio de Salud Pública.
- Misra, R.; Chatterjee, R. y Rao, S. 2001. *Changing the Indian health system: Current issues, future directions* (inédito, citado en OMS, 2001).
- Moreno Guerrero, H. 2001. *La afiliación a la salud y los efectos redistributivos de los subsidios a la demanda*. Bogotá, Departamento Nacional de Planeación, Dirección Estudios Económicos, Archivos de Economía, documento núm. 145.

- 
- Norton, A.; Conway, T. y Foster, M. 2001. Social protection concepts and approaches: Implications for policy and practice in international development. Londres, Overseas Development Institute; Working Paper 143.
- OIT. 1976. *Social security for the unemployed*. Ginebra.
- OIT. 1998. *Assessment of the feasibility of introducing an unemployment insurance scheme in Thailand*. Ginebra (mimeografiado).
- OIT/STEP. 1999. *Health micro-insurance. The Abidjan platform. Strategies to support mutual health organizations in Africa*. Ginebra.
- OIT. 1999a. *Trabajo Decente*. Memoria del Director General a la 89.<sup>a</sup> reunión de la Conferencia Internacional del Trabajo. Ginebra.
- OIT. 1999b. *Desempleo y protección social en un contexto de crisis: tendencias y cuestiones*. Documento presentado a la Comisión de Empleo y Política Social del Consejo de Administración de la OIT. Ginebra. Documento GB.276/ESP/4/1.
- OIT. 2000. *Informe sobre el trabajo en el mundo 2000. La seguridad de los ingresos y la protección social en un mundo en plena transformación*. Ginebra.
- OIT/STEP. 2001. *Women organizing for social protection. The Self-Employed Women's Association's integrated insurance scheme, India*. Ginebra.
- OIT. 2001b. *Informe sobre el empleo en el mundo 2001. La vida en el trabajo en la economía de la información*. Ginebra.
- OIT. 2002a. *Seguridad social: Un nuevo consenso*. Ginebra.
- OIT. 2002b. El trabajo decente y la economía informal. Informe VI, 90.<sup>a</sup> reunión de la Conferencia Internacional del Trabajo, Ginebra.
- OMS. 2001. *Macroeconomía y salud: Invertir en salud en pro del desarrollo económico*. Ginebra.
- Ortiz, I. (director). 2001. *Social protection in Asia and the Pacific*. Manila, Banco Asiático de Desarrollo.
- Panda, P. 1998. «The elderly in rural Orissa. Alone in distress», *Economic and Political Weekly*, Mumbai, 20 de junio, págs. 1545-1550.
- Parikh, K., y Srinivasan, T.N. 1993. «Poverty alleviation policies in India», en M. Lipton, y J. van der Gaag (directores), *Including the poor*, actas de un simposio organizado por el Banco Mundial y el International Food Policy Research Institute. Washington, Banco Mundial.
- Pessino, C. 1997: «Argentina. The labor market during the economic transition», en S. Edwards y N.C. Lustig (directores), *Labor Markets in Latin America. Combining social protection with market flexibility*. Washington, Brookings Institution.
- Preker, A.; Carrin, G.; Dror, D.; Jakab, M.; Hsiao, W., y Arhin-Tenkorang, D. 2002. «Effectiveness of community health financing in meeting the cost of illness», *Bulletin of the World Health Organization* 80(2), págs. 143-150.

- 
- Ranade, A. 1998. «Maharashtra's employment guarantee scheme: Regional patterns, scope for reforms and replication», *Indian Journal of Labour Economics*. Lucknow, vol. 41, núm. 2, págs. 247-269.
- Reynaud, E. 2003. *Extensión de la cobertura de la seguridad social: la actuación de la Oficina Internacional del Trabajo*. Ginebra, OIT, Documentos sobre Extensión de la Seguridad Social, núm. 3. Ginebra, OIT.
- Rodrik, D. 1997. *Has globalization gone too far?*. Washington, Institute for International Economics.
- Ron, A. 1998. «Asistencia de salud en Asia y el Pacífico: acento creciente en el seguro social», *Revista Internacional de Seguridad Social*. Ginebra, AISS, vol. 51, núm. 2, págs. 19-43.
- Ron, A. 2001. «New strategies for the formal sector: Focus on Vietnam and Zimbabwe», en Ron, A. y Scheil-Adlung, X. *Recent health policy innovations in social security*. New Brunswick y Londres, Transaction Publishers.
- Ron, A.; Abel-Smith, B., y Tamburi, G. 1990. *Health insurance in developing countries. The social security approach*. Ginebra, OIT.
- Sabates-Wheeler, R., y Kabeer, N. (en prensa). *Gender equality and the extension of social protection*. Documentos sobre Extensión de la Seguridad Social. Ginebra, OIT.
- Samson, M.; Babson, O.; Haarmann, C.; Haarmann, D.; Khathi, G.; MacQuene, K., y van Niekerk, I. 2002. *Research review on social security reform and the Basic Income Grant for South Africa*. Ciudad del Cabo, Economic Policy Research Institute; Policy Report N° 31.
- Sankaran, T.S. 1998. «Social assistance: Evidence and policy issues», en W. van Ginneken (director), *Social security for all Indians*. Nueva Delhi, Oxford University Press.
- Save the Children del Reino Unido. 2001. *The bitterest pill of all: The collapse of Africa's health care system*.
- Schleberger, E. 2002. *The universal pension scheme in Namibia* Documentos sobre Extensión de la Seguridad Social, núm. 6. Ginebra, OIT.
- Schwarzer, H, y Querino, A. 2002. *Non-contributory pensions in Brazil: Assessing the impact on poverty*. Documentos sobre Extensión de la Seguridad Social, núm. 11. Ginebra, OIT.
- Sen, A. 1999. *Development as freedom*. Oxford, Oxford University Press.
- Shah, A. 1999. «Change in the family and the elderly», *Economic and Political Weekly*. Mumbai, 15 de mayo, págs. 1179-1182.
- Shin, D-M. 2000. «Economic policy and social policy: Policy-linkages in an era of globalization», *International Journal of Social Welfare*, vol. 9, núm. 1, págs. 17-30. Oxford, Blackwell Publishers.
- Skoufias, E.; Davis, B., y De La Vega, S. 2001. «Targeting the poor in Mexico: An evaluation of the selection of households into PROGRESA», *World Development* (29)10, págs. 1769-1784.

- 
- Son, A.H.K. 2001. «Taiwan's path to national health insurance», *International Journal of Social Welfare*, vol. 10, núm. 1, págs. 45-53. Oxford, Blackwell Publishers.
- Standing, G. 1999a. *Global labour flexibility. Seeking distributive justice*. Londres, MacMillan Press.
- Standing, G., 1999b. «Global feminisation through flexible labour: A theme revisited», *World Development* (27)3, págs. 583-602.
- Steinwachs, L. 2002. *Extending health protection in Tanzania: Networking between health financing mechanisms*. Documentos sobre Extensión de la Seguridad Social, núm. 7. Ginebra, OIT.
- Subrahmanya, R. 1999. *Social security for the elderly*. Ponencia presentada en la Conferencia Internacional sobre «La seguridad social: las perspectivas de la India y el Asia Meridional», Nueva Delhi, 1.º a 3 de noviembre.
- Suwanwela, C. 2002. *Universal coverage in Thailand: The policy*. Ponencia presentada en el Seminario organizado por la OIT y la OMS sobre el tema «La cobertura universal: problemas técnicos y percepciones del público». Bangkok, 1.º de agosto.
- Teklu, T.; Asefa, S. 1999. «Who participates in labor-intensive public works in sub-Saharan Africa? Evidence from rural Botswana and Kenya», *World Development*. Nueva York, vol. 27, núm. 2.
- Thuy, P; Hansen, E., y Price, D. 2001. *The public employment service in a changing labour market*. Ginebra, OIT.
- Uvin, P., y Jain, P. 2000. «Think large and act small: Towards a new paradigm for NGO scaling up», *World Development*, vol. 28, núm. 8, págs. 1409-1419.
- Velásquez Pinto, M. (en prensa). «Programas de protección social: El Bono Solidario en Ecuador». Documentos sobre Extensión de la Seguridad Social, Ginebra, OIT.
- Walle, D. van de. 1998. «Targeting revisited», *World Bank Research Observer*. Washington, DC, vol. 13, núm. 2 (agosto).
- Weinberger, K., y Jütting, J. 1999. *Determinants of participation in community based organizations: Experiences from group based projects in Kashmir and Chad*. Bonn, Center for Development Research (ZEF). Ponencia presentada a la 11.ª reunión anual sobre socioeconomía (SASE), Madison, Wisconsin.
- Zeller, M. 2000. «The safety net role of micro-finance for income and consumption smoothing», en Lustig, N. (director.) *Shielding the poor. Social protection in the developing world*. Washington DC, Brookings Institution Press y Banco Interamericano de Desarrollo.

---

## ESS documentos ya publicados

18. Krishnamurthy, V.; Nair, R.P. The Welfare Fund for Construction Workers in Tamil Nadu<sup>1</sup> (2003).
17. Velásquez Pinto, M.D. The *Bono Solidario* in Ecuador: An exercise in targeting<sup>1</sup> (2003). *Versión en español*: El Bono Solidario en Ecuador: un ejercicio de focalización<sup>1</sup>.
16. Sabates-Wheeler, R.; Kabeer, N. Gender equality and the extension of social protection<sup>1</sup> (2003).
15. Ferreira, O. Extending social security: Challenges for Cape Verde<sup>1</sup> (2003). *Version Portuguesa*: A extensão da protecção social: o caso de Cabo Verde<sup>1</sup>.
14. Falconi Palomino, J. Social programmes, food security and poverty in Peru<sup>1</sup> (2003). *Versión en español*: La seguridad alimentaria en el Perú como forma de seguridad de los ingresos<sup>1</sup>.
13. van Ginneken, W. Extending social security: Policies for developing countries<sup>1</sup> (2003). *Version française*: Etendre la sécurité sociale: politiques pour les pays en développement<sup>1</sup>. *Versión en español*: Extensión de la seguridad social: políticas para los países en desarrollo<sup>1</sup>.
12. Gbossa, F.L.; Gauthé, B. Social protection and crises in the Congo: From humanitarian aid to sustainable development<sup>1</sup> (2002). *Version française*: La protection sociale et les crises aux Congo: de l'aide humanitaire vers une protection sociale durable<sup>1</sup>.
11. Schwarzer, H.; Querino, A.C. Non-contributory pensions in Brazil: The impact on poverty reduction<sup>1</sup> (2002). *Versión en español*: Beneficios sociales y los pobres en Brasil: Programas de pensiones no convencionales<sup>2</sup>. *Version Portuguesa*: Benefícios Sociais e Pobreza: programas não contributivos da seguridade social brasileira<sup>33</sup>.
10. Jütting, J. Public-private partnerships in the health sector: Experiences from developing countries<sup>1</sup> (2002).
9. Fall, C. Extending health insurance in Senegal: Options for statutory schemes and mutual organisations<sup>1</sup> (2002). *Version française*: Etendre l'assurance santé au Sénégal: possibilités à travers les regimes statutaires et les organisations mutualistes<sup>1</sup>.
8. Durán-Valverde, F. Anti-poverty programmes in Costa Rica: The Non-Contributory Pension Scheme<sup>1</sup> (2002). *Versión en español*: Los programas de asistencia social en Costa Rica: El régimen no contributivo de pensiones<sup>2</sup>.

- 
7. Steinwachs, L. Extending health protection in Tanzania: Networking between health financing mechanisms <sup>1</sup> (2002).
  6. Schleberger, E. Namibia's Universal Pension Scheme: Trends and challenges <sup>1</sup> (2002).
  5. Bertranou, F.; Grushka, C.O. The non-contributory pension programme in Argentina: Assessing the impact on poverty reduction <sup>1</sup> (2002). *Versión en español*: Beneficios sociales y pobreza en Argentina: Estudio del programa de pensiones no contributivas <sup>2</sup>.
  4. Chaabane, M. Towards the universalization of social security: The experience of Tunisia <sup>1</sup> (2002). *Versión française*: Vers l'universalisation de la sécurité sociale: l'expérience de la Tunisie <sup>1</sup>.
  3. Reynaud, E. The extension of social security coverage: The approach of the International Labour Office <sup>1</sup> (2002). *Versión française*: Extension de la sécurité sociale: la démarche du Bureau international du Travail <sup>1</sup>. *Versión en español*: Extensión de la cobertura de la seguridad social: La actuación de la Oficina Internacional del Trabajo <sup>1</sup>.
  2. Cruz-Saco, M-A. Labour markets and social security coverage: The Latin American experience <sup>1</sup> (2002).
  1. Kwon, S. Achieving health insurance for all: Lessons from the Republic of Korea <sup>1</sup> (2002).

<sup>1</sup> <http://www.ilo.org/public/french/protection/socsec/pol/publ/index.htm>  
<http://www.ilo.org/public/english/protection/socsec/pol/publ/index.htm>.

<sup>2</sup> *Pensiones no contributivas y asistenciales: Argentina, Brasil, Chile, Costa Rica y Uruguay*. F.M. Bertranou, C. Solorio, W. van Ginneken (eds.). Santiago, Oficina Internacional del Trabajo, 2002.

<sup>3</sup> *Discussion Text 929* del Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada; diciembre de 2002, en: <http://www.ipea.gov.br>.