



Sector
FISCALIDAD

Sector
EMPLEO



**«III Encuentro de Redes EUROsocial:
Cohesión social: punto de encuentro de las políticas públicas»**

23-25 junio 2008 – México D.F.

**“Informalidad y protección social en América Latina”
Documento para el debate**

por Andras Uthoff¹
Consultor Internacional

¹ En la elaboración de este trabajo el autor se ha beneficiado de su papel de coordinador junto a José Luis Machinea y Daniel Titelman del documento de Comisión Económica para América Latina (CEPAL), “La protección social de cara al futuro: Acceso, financiamiento y solidaridad”. Trigésimo primer periodo de sesiones de la CEPAL, Montevideo, Uruguay, 20 al 24 de marzo de 2006, del cual se obtienen las ideas fuerzas.

ÍNDICE:

“Informalidad y protección social en América Latina”: Documento para el debate

INTRODUCCIÓN

INFORMALIDAD Y PROTECCIÓN Y COHESIÓN SOCIAL

Tendencias a largo plazo.

Implicaciones para Protección Social

Tipología de países según brecha de Estado de Bienestar.

Brecha del Estado de Bienestar, Desarrollo Social y Metas del Milenio.

COBERTURA DE SISTEMAS DE PROTECCIÓN SOCIAL EN LA REGIÓN

Cobertura medida a partir de la afiliación.

Cobertura por afiliación en el sector informal.

Aspectos estructurales de la informalidad.

ORIENTACIONES DE POLÍTICA PARA AUMENTAR LA COBERTURA DEL SECTOR INFORMAL

Experiencias de inclusión de trabajadores informales:

Acceso mediante seguro de desempleo universal y combinación con políticas activas.

a. Dinamarca: Flexiseguridad

Acceso mediante la integración de la salud pública y la seguridad social.

a. Brasil y Caribe Inglés: Sistemas integrados de salud sin aportes contributivos

b. Costa Rica: Sistema integrado de salud con aportes contributivos.

c. Colombia: sistema integrado de salud con diferenciación de cobertura según aporte contributivo.

Acceso mediante regulación del sistema de salud.

a. Chile: Sistema dual con integración parcial, mecanismos de ajuste de riesgo y garantías explícitas para evitar selección de riesgos.

b. México: Subsidios a la demanda para seguros de salud voluntarios de no cotizantes

Acceso mediante pensiones no contributivas y/o una corrección a los incentivos.

a. Prevención de la Pobreza del adulto mayor en Canadá Y Estados Unidos

b. Pensiones Universales no contributivas.

c. Costa Rica: Asegurados por cuenta propia

d. Chile: Pensión Básica Solidaria.

CONCLUSIONES

REFERENCIAS

INTRODUCCIÓN

Luego de revisar la situación de la protección social en América Latina, la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL, 2006) fue categórica en señalar fuertes críticas a partir de las tendencias históricas y de los resultados de las reformas recientes de la protección social. Desde una perspectiva histórica enfatizo que el Estado de Bienestar basado en la “sociedad del trabajo” ha sido una promesa inconclusa. Esta afirmación se sustenta en la evidencia de una muy baja cobertura de la fuerza de trabajo, la cual a su vez incide en la exclusión social, y a que en la mayoría de los sistemas vigentes los derechos a las prestaciones se asocian al cumplimiento de las obligaciones de cotizar a la seguridad social. Asimismo destaca que la desigualdad en la distribución del ingreso se traslada a la protección social, ya que los sectores de más bajos ingresos se insertan en las ocupaciones que la seguridad social no cubría.

Las reformas de los 90 por su parte buscaron mejoras en el financiamiento y el acceso mediante dos medidas: (i) una mayor relación entre empleo y protección, a través de la formalización del mercado laboral y la fijación de reglas de contribuciones definidas; y (ii) un mayor énfasis en mecanismos de incentivos y eficiencia más que en los de solidaridad. Los resultados no fueron promisorios, la cobertura no solo no se incrementó, sino que en varios países se deterioró.

Desde la perspectiva de universalizar y mejorar la protección social, los resultados anteriores obligan a repensar los mecanismos instituidos de solidaridad con fines de protección social. Ello por cuanto la base contributiva, que es el mercado de trabajo, no ha demostrado una capacidad incluyente ni en términos de generación de trabajo decente ni de niveles contributivos. No cabe esperar que a corto o mediano plazo la generación de empleo decente sea suficiente como mecanismo de protección de la mayoría de la población frente a riesgos relacionados con la falta de ingresos, la salud, los accidentes y el envejecimiento (CEPAL, op cit. P 12).

Esta visión estructural de la situación y perspectivas de la protección social en América Latina, demanda replantearse la protección social en el marco de una estrategia de cohesión social. En ella es preciso avanzar hacia acuerdos sociales que tengan a los derechos sociales como horizontes normativos y a las desigualdades y restricciones presupuestarias como restricciones que es preciso reconocer y enfrentar. El objetivo es conciliar los objetivos éticos que sirven a un contrato de protección social centrado en derechos con las restricciones financieras originadas por la falta de capacidades contributivas dada la heterogeneidad de situaciones laborales; y por la limitada capacidad de financiamiento no contributivo asociada a la baja carga tributaria del estado.

Sobre la base de este marco conceptual, este trabajo persigue cuatro objetivos: i) analizar conceptualmente las repercusiones de la informalidad sobre las políticas de protección social y sobre el nivel de cohesión social; ii) describir brevemente la cobertura de los sistemas de protección social en la región, destacando la diferencias entre países; iii) examinar brevemente las soluciones o alternativas de política para aumentar la cobertura ensayadas en países de América latina o de la Unión Europea; y iv) sacar conclusiones para el futuro trabajo de EUROsocial.

INFORMALIDAD Y PROTECCIÓN Y COHESIÓN SOCIAL.

El concepto de informalidad se remonta a un cambio de enfoque en la conceptualización del problema de empleo en la sociedad. Desde uno centrado en un enfoque de fuerza de trabajo, que identifica con problemas de empleo a aquellos adultos en edades activas que, deseando trabajar, no logran emplearse, y que se mensura a través de la tasa de desempleo abierto. Hacia otro centrado en la situación o "status" de la fuerza de trabajo que incluye con problemas de empleo, además, a aquellos ocupados en ocupaciones de baja productividad, que trabajan menos horas que las deseadas, que no ocupan adecuadamente sus calificaciones, que no acceden a mecanismos de protección y que habitualmente se auto emplean, o lo hacen en pequeñas empresas en condiciones de mucha precariedad. Este componente del problema de empleo se mensura a través de tasas según las diversas formas de subempleo (horas, calificación, informalidad).

Tres relaciones de causalidad estructurales permiten conceptualizar el examen de las repercusiones de la informalidad sobre las políticas de protección social y sobre el nivel de cohesión social: (i) la informalidad esta asociada a rezagos en la transición demográfica afectando el perfil demográfico y epidemiológico de la población; (ii) la informalidad esta asociada a un menor grado de desarrollo de su mercado de trabajo limitando la capacidad de generar empleo decente; y (iii) la informalidad reduce la capacidad de recaudación fiscal, imponiendo restricciones presupuestarias mas severas a la política de gasto social del estado. Estos factores han afectado históricamente la cobertura de la protección social y el grado de cohesión social y guardan estrecha relación con los niveles de desarrollo de los países medido por su nivel de ingreso por habitante.

Tendencias a largo plazo.

A través de su interacción con: (i) la dinámica demográfica, la cual determina la relación de dependencia entre pasivos y activos, (ii) el grado de desarrollo del mercado de trabajo, que afecta el numero de personas en edades activas que acceden a puestos de trabajo que contribuyen a la seguridad social; y (iii) la recaudación de la finanzas publicas, la cual determina la capacidad de financiar mayores gastos sociales con recursos no contributivos, la informalidad limita la construcción de un "Estado de Bienestar".

Una primera implicación para la protección social es sobre la relación de dependencia. En este trabajo se sugiere un índice de dependencia del empleo formal (D/F), que además de la tradicional dimensión de dependencia demográfica, procura captar otra faceta vinculada a los problemas estructurales o cíclicos de los mercados laborales²

² En el numerador (D) incluye al número total de individuos dependientes de cada país:

$$D = M0-14 + I 15-59 + P 60+ + PE$$

siendo:

M0-14= individuos menores de 15 años

I 15-59 = individuos inactivos (entre 15 y 59 años)

P 60+ = adultos mayores de 60 años²

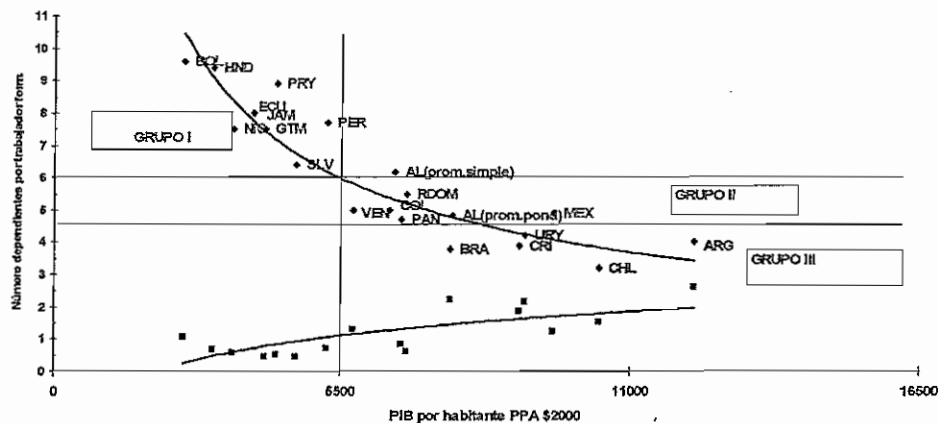
PE = personas con problemas de empleo²

Los valores del índice (D/F) obtenidos resultaron mayores para aquellos países con menores niveles de ingreso per cápita evidenciando mayores necesidades de protección social en los países de menor desarrollo relativo. Esta relación se observa en la curva de pendiente negativa que vincula el valor del indicador (D/F) con el nivel de ingreso per cápita de los países (gráfico 1).

Una segunda implicación para la protección social se refiere a la capacidad de financiar las "posibilidades" potenciales de brindar protección social que tiene cada Estado. Para cada nivel de desarrollo medido por el ingreso per cápita de cada país se determina el número de individuos dependientes por cada trabajador formal a los que el Estado es capaz de brindar "protección" (entendiendo a ésta como un monto de beneficio igual para todas las categorías de dependientes financiado con recursos contributivos y no contributivos).³

La distancia⁴ así medida es representativa de la brecha del Estado de Bienestar y representa un valor máximo ya que parte de las prestaciones pueden ser suplidas por el mercado para quienes pueden realizar pagos de bolsillo y por las familias en caso de los más pobres.

Gráfico 1
Necesidades y Posibilidades Potenciales de Protección Social en países seleccionados de América Latina



Fuente: Adaptado de Uthoff, Vera y Ruedi (2006)

En el denominador (F) se incluye a todos los individuos entre 15 y 59 años ocupados en el sector formal-moderno de la economía que son quienes hacen el grueso de las contribuciones de los recursos, públicos y privados, para financiar la protección social en los países de la región. Para los detalles de la construcción del indicador de dependencia formal ver Uthoff, Vera y Ruedi (2006).

³ La metodología para obtener la curva de oferta se encuentra en el Anexo de Uthoff, Vera y Ruedi (2006).

⁴ La distancia entre las necesidades totales de protección social representadas por el indicador (D/F) y las posibilidades del Estado de satisfacerlas, representadas por el valor que toma la "curva de oferta" potencial de servicios sociales del Estado, constituye para cada país una diferencia -o brecha- entre necesidades y capacidad de satisfacerlas mediante el gasto público la cual se reduce con el nivel de desarrollo de la economía, medido por el PIB per cápita.

Implicaciones para Protección Social.

La fuerte interacción observada entre dinámica demográfica, recaudación fiscal, informalidad y el nivel de ingreso per capita de los países, indican que estos son factores endógenos del desarrollo. Es así como surgen diversas implicaciones para la Protección Social.

Tipología de países según brecha de Estado de Bienestar.

La grafica 1 destaca características estructurales de los países que afectan sus capacidades para ofrecer cobertura universal de protección social. Hay un primer grupo de países cuyo nivel de ingreso per cápita es inferior a US\$ 5500 en paridad de poder adquisitivo del año 2000, presentan una alta tasa de dependientes por trabajador formal y una baja capacidad de recaudación fiscal. Un segundo grupo, cuyo nivel de ingreso per cápita es superior a US\$ 5500 (en ppa de 2000), pero que aun tienen altas tasas de dependientes por trabajador formal y una relativamente baja capacidad de recaudación fiscal. Finalmente un tercer grupo de países con ingreso per cápita también superior a US 5500 (en ppa 2000), pero que han avanzado mas en bajar su tasa de dependencia del trabajador formal, y tienen mayor capacidad de recaudación fiscal.

Cuadro 1

Topología de países según Brechas del Estado de Bienestar (Promedios 1997 Y 2002)

	PIB per cap US\$ 2000	Dependientes de formales	Dependientes	Brecha	Tasa Global Fecundidad	Tasa de Informalidad	% Gasto Público
Grupo 1							
Bolivia	1003	9.6	1.0	8.6	3.50	70.9	18.6 (SPNF)
Honduras	931	8.8	1.0	7.8	3.31	43.2	11.6 (GC)
Paraguay	1489	8.9	1.1	7.8	3.08	61.3	7.9 (GC)
Nicaragua	749	8.0	0.9	7.1	2.76	59.9	10.8 (GCP)
Guatemala	1664	7.9	1.2	6.7	4.15	57.6	6.3 (GC)
Perú	2082	7.1	1.3	5.8	2.51	64.6	8.9 (SP)
El salvador	2078	6.3	1.3	5.0	2.68	54.6	5.6 (GCNF)
R. Dominicana	2226	5.4	1.4	4.0	2.81	50.0	7.1 (GC)
Grupo 2							
México	5569	5.1	2.0	3.1	2.21	45.7	10.2 (GCP)
Venezuela	4971	4.7	1.7	3.0	2.55	51.4	11.7 (GCP)
Panamá	3895	4.5	2.0	2.5	2.56	40.1	8.0 (GC)
Grupo 3							
Costa Rica	3970	4.2	1.7	2.5	2.10	39.7	17.5 (SP)
Brasil	3524	3.9	1.7	2.2	2.25	42.4	22.0 (SPNF)
Uruguay	5642	3.9	2.0	1.9	2.12	44.3	17.7 (GCC)
Argentina	7414	3.8	2.2	1.6	2.25	41.0	19.4 (SPNF)
Chile	4952	3.3	1.9	1.4	1.94	30.6	13.1 (GC)

Fuente: Elaborado en base a Uthoff, Vera y Ruedi (2006)

El cuadro 1 muestra los valores de estas variables para 16 países de la región pudiéndose clasificar a Bolivia, Ecuador, El Salvador, Guatemala, Honduras, Jamaica, Nicaragua, Paraguay y Perú en el grupo 1; a Colombia, México, Panamá y República Dominicana en el grupo 2. Y finalmente a Argentina, Brasil, Costa Rica, Chile y Uruguay en el grupo 3. Se aprecia en el Cuadro que esta tipología representa el resultado de interacciones entre demografía, mercado de trabajo y finanzas públicas, aspectos que son esenciales al análisis de cobertura y solvencia de los sistemas de protección social.

Brecha del Estado de Bienestar, Desarrollo Social y Metas del Milenio.

La gráfica 2 muestra la fuerte asociación que existe entre la brecha e indicadores sociales de componentes principales⁵ de incidencia de la pobreza⁶ y de cobertura de salud⁷.

Un mayor valor de la brecha se asocia con un mayor valor del indicador de la incidencia de la pobreza y con un menor valor del indicador de cobertura de salud. Esto implicaría que, mientras menor sea la capacidad de un país por implementar un sistema universal de protección social, hay mayor incidencia de la pobreza y menor cobertura de servicios de salud. De ahí que la construcción de un sistema de protección social que promueva acceso a sus prestaciones mediante financiamiento y solidaridad es central al desarrollo social.

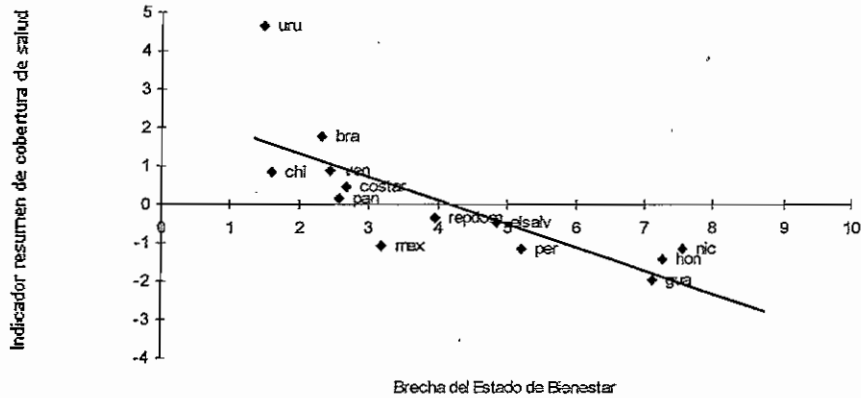
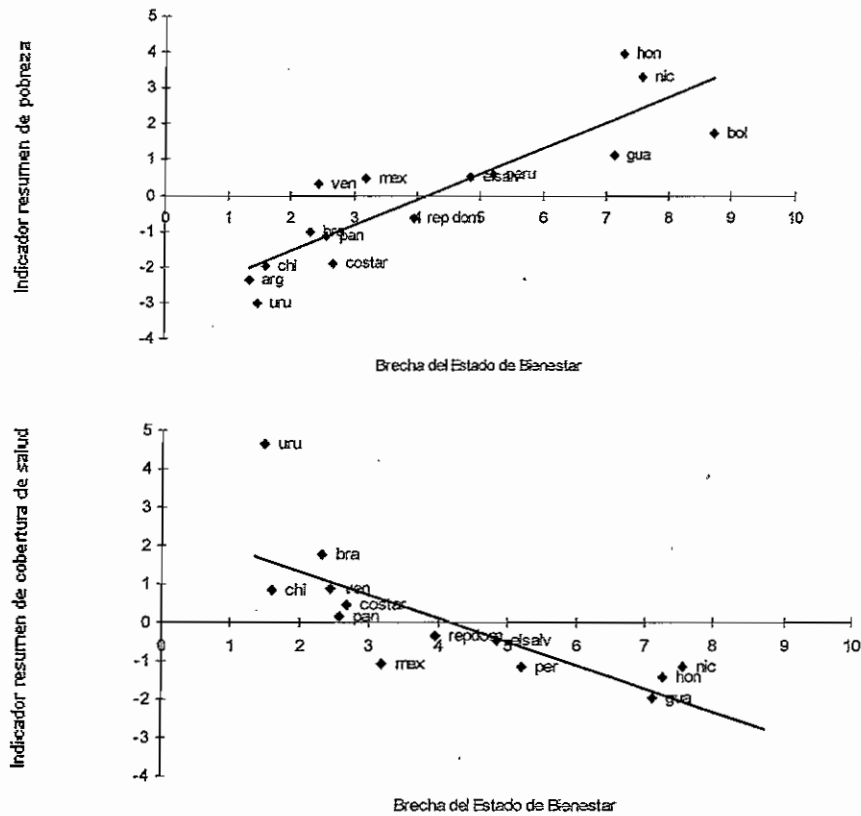
⁵ El análisis de componentes principales permite “resumir” la información contenida en un conjunto de variables que están correlacionadas entre sí en un set menor de variables (componentes) derivadas a partir de estas. Una detallada descripción de este método se puede consultar en el *Electronic Statistics Textbook (Statsoft)*.

⁶ Por ejemplo, los indicadores de pobreza (personas y hogares) y los de indigencia (personas y hogares) presentan una alta y significativa correlación entre sí por lo cual se decidió agruparlos y extraer a partir de ellos componentes principales. El primer componente principal de ese grupo de indicadores acumuló alrededor de un 95% de la varianza de las observaciones y por otra parte, ninguno de los indicadores incorporados dominó al componente teniendo todos una correlación positiva y de similar magnitud con este. Se consideró por lo tanto al primer componente principal de este grupo (“pc_pobreza”) como un buen indicador resumen de la situación de pobreza e indigencia.

⁷ Los componentes principales de los indicadores de cobertura de servicios de salud consideran el porcentaje de partos atendidos por personal especializado, número de médicos por cada 10 mil habitantes, número de dentistas por cada 10 mil habitantes y número de camas por cada mil habitantes.

Gráfico 2

Relación de la Brecha con la incidencia de la pobreza y la cobertura de servicios de salud, 1997



Fuente: Elaboración a partir de Uthoff, Vera y Ruedi, 2006.

La hipótesis del presente trabajo es que, si bien el nivel de desarrollo tiene un efecto directo sobre los indicadores sociales, existe por encima de ese efecto un "efecto brecha" tal que un menor valor de ésta se correlaciona con mejores indicadores sociales. La presunción es entonces que, para un cierto nivel de ingreso per cápita dado, las políticas activas del Estado reflejadas en una menor brecha del Estado de Bienestar afectarían positivamente los indicadores sociales de las economías. Esto requiere aislar el efecto del nivel de desarrollo de aquel de la brecha⁸

Los resultados para cinco indicadores vinculados a las metas del milenio en salud (Naciones Unidas, 2005 cap. V) se reportan en el Cuadro 3. Existe un importante impacto de la capacidad del Estado por proveer protección social, sobre los avances logrados en el porcentaje de partos atendidos por personal especializado, en los descensos en la mortalidad infantil y en la mortalidad de menores de 5 años, en la reducción de la incidencia de la tuberculosis y en el aumento de la cobertura de inmunización contra el sarampión.

⁸ Por esta razón, fue necesario estimar una ecuación auxiliar de la forma presentada a continuación para captar el vínculo entre la brecha y el nivel de ingreso per cápita:¹

$$\text{brecha}^i_t = \phi^i_t + \delta \ln(\text{YPC})^i_t + v^i_t \quad (1)$$

El residuo de (1) resulta ser la parte de la brecha no explicada por el nivel de ingreso per cápita; precisamente la porción de la brecha que se debe a las políticas activas de gasto estatal dado un cierto nivel de ingreso per cápita.

Para verificar la hipótesis planteada se realizó entonces la estimación siguiente:

$$\text{IS}^i_t = \alpha^i_t + \beta \ln(\text{YPC})^i_t + \theta (\hat{v}^i_t) + \varepsilon^i_t \quad (2)$$

donde IS es el indicador de la situación social, $\ln(\text{YPC})$ es el ingreso per cápita en logaritmos y (\hat{v}^i_t) es la parte de la brecha del Estado de Bienestar no explicada por el nivel de ingreso. El coeficiente "θ" mide el llamado "efecto brecha" es decir, el efecto que una mayor o menor brecha tiene sobre el indicador social para un nivel de ingreso dado.

Cuadro 3

Análisis del efecto independiente de la brecha sobre indicadores vinculados a las
Mestas del Milenio (Método MCO)

	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
	Porcentaje de partos atendidos por personal especializado	Mortalidad infantil (por 1000 nacidos vivos)	Mortalidad de menores 5 años (por 1000 nacidos vivos)	Incidencia de tuberculosis (por 100000 personas)	Inmunización contra el sarampión (% de niños de 12 a 23 meses)
$\hat{\nu}$	-7.344 (3.25)***	4.001 (1.84)*	6.207 (2.02)*	22.41 (2.08)**	-5.811 (2.75)**
ln(YPC)	20.961 (8.32)***	-14.407 (5.27)***	-20.832 (5.30)***	-53.496 (3.96)***	4.552 (1.72)*
Constante	-83.916 (4.17)***	144.562 (6.68)***	202.982 (6.56)***	503.061 (4.70)***	52.415 (2.50)**
# observ.	25	31	29	31	31
R ²	0.78	0.53	0.56	0.42	0.27
Signo Brecha	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Signo lnYPC	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Valor absoluto del estadístico t entre paréntesis					
* significativo al 10% ** significativo al 5% *** significativo al 1 %					

Fuente: Uthoff y Vera 2008.

COBERTURA DE SISTEMAS DE PROTECCIÓN SOCIAL EN LA REGIÓN

El análisis de la cobertura de la protección social es difícil de realizar por cuanto existen diferentes formas de medición, como también pueden referirse a diferentes conceptos. Es común computar a las personas afiliadas a un sistema de protección, pero ellas difieren de las personas que efectivamente están cotizando. Puede medirse también como el número de personas elegibles como beneficiarias de un programa de protección social, o pueden ser las personas que están percibiendo prestaciones de un sistema. Las diferencias pueden ser importantes, sobre todo si no se hace referencia a la población elegible por concepto de sus derechos sociales y económicos, así como por sus obligaciones para con el sistema.

Un ejemplo importante de los últimos años ha sido el reporte de la cobertura de los sistemas de pensiones que se han privatizado. Es así como los informes de la Asociación Internacional de Organismos de Supervisión, (AIOS, varios números), reportan el número de afiliados y el número de los que efectivamente cotizan a las diferentes Administradoras de Fondos. Llama la atención que, en todos los casos, existe una brecha entre ambas estadísticas, siendo significativamente mayor el número de afiliados que el número de cotizantes. Esta brecha ha dado lugar a estudios mediante encuestas de protección social de panel, que hacen un seguimiento de los afiliados, llegando a la conclusión, que muchos de ellos no cotizan regularmente, existiendo, en consecuencia, un problema de " densidades de cotizaciones" . Esto implica que la brecha resulta, entre otros factores, de personas que se afilian pero dejan de cotizar en forma permanente. Para el caso de sistemas de ahorro previsional, como los que analiza la AIOS, ello implica interrupciones en el flujo de ahorro, afecta las prestaciones (de pensiones en este caso) basadas en el monto del ahorro (o de contribuciones definidas), y deja a muchas personas no cubiertas, o sujetas a prestaciones garantizadas por el Estado.

Esta situación es la que ha dado pie a la reciente reforma al sistema de pensiones chileno (Chile, 2006), el cual ha sido pionero en la introducción de sistemas de cuentas de ahorro individuales. De hecho, las bajas densidades de cotización implican un alto porcentaje de personas que no alcanzaran a lograr el ahorro mínimo y serán objeto de prestaciones garantizadas por el Estado. Por tal motivo, como veremos en la próxima sección se introdujo un pilar solidario (pag.33).

Cobertura medida a partir de la afiliación.

La mayoría de los estudios de cobertura (Rofman 2005) recurren a las declaraciones de los miembros activos a encuestas de hogares, midiendo la cobertura como el porcentaje de ocupados que están afiliados a algún sistema de protección social. El más recurrido es el de afiliación a los sistemas de seguridad social en salud. El Cuadro 1 reporta para la última ronda de encuestas disponibles en CEPAL, la cobertura para 16 países de la región. Se aprecia claramente ahí, que los países del grupo 3 muestran coberturas por sobre el 50% de los ocupados, aquellos del grupo 2 cobertura en torno al 50% (con la excepción de Venezuela que presenta 36%) y las del grupo 1 con coberturas muy por debajo del 35 % de los ocupados. Estas cifras respaldan el marco conceptual antes descrito y la relevancia de la tipología de países.

Entre las principales variables que discriminan entre ocupados afiliados y no afiliados se encuentran: la localización rural o urbana del trabajador, su inserción en el sector formal o informal del mercado de trabajo y su categoría de asalariado o no asalariado. Entre las personas ocupadas no hay diferencias por sexo, sin embargo el

hecho que las mujeres participen menos de la actividad económica en el mercado que los hombres, significa que hay menos afiliadas entre el universo total de mujeres que entre aquel de los hombres, a menos que la afiliación de un hombre implique la cobertura de toda su familia, lo que es difícil de saber mediante estas encuestas.

Sobre la base de estos resultados puede señalarse que la región tiene un serio problema de cobertura de la protección social: en promedio solo 44 de cada 100 ocupados están cubiertos, situación que es mas grave entre los ocupados en las áreas rurales, donde solo 22 de cada 100 esta cubierto, en el sector informal del mercado de trabajo, donde solo 17 de cada 100 ocupados esta cubierto, y entre los no asalariados donde 21 de cada 100 ocupados esta cubierto.

AMÉRICA LATINA (16 PAÍSES): OCUPADOS AFILIADOS A SISTEMAS DE SEGURIDAD SOCIAL a/
(En porcentajes)

País	Total Nacional	Zona		Ambos sexos		Sexo		Sector		Categoría	
		Urbana	Rural	Urbana	Rural	Hombre	Mujer	Formal	Informal	Asalariado	No asalariado
Argentina - 2006 b/	...	46.7	...	46.7	47.9	45.0	68.5	11.3	60.7	...	...
Bolivia - 2004	14.9	19.5	7.8	19.5	18.2	21.1	43.1	8.1	29.7	10.5	10.5
Brasil - 2006	50.9	57.1	21.7	57.1	58.5	55.3	74.3	21.4	71.6	24.6	24.6
Chile - 2006	67.8	69.1	57.3	69.1	72.4	64.3	83.1	33.7	81.6	28.9	28.9
Costa Rica - 2006	66.2	68.2	62.8	68.2	71.8	62.7	86.4	37.2	79.6	39.9	39.9
Ecuador - 2006	27.9	31.8	20.2	31.8	29.6	35.1	56.4	11.1	45.6	12.8	12.8
El Salvador - 2004	30.1	38.5	14.5	38.5	41.9	34.7	75.7	4.1	60.9	3.7	3.7
Guatemala - 2004	18.5	28.2	8.4	28.2	30.7	24.6	60.3	2.7	49.1	0.8	0.8
México - 2006	53.5	62.2	30.6	62.2	62.2	62.4	77.6	21.6	63.3	36.9	36.9
Nicaragua - 2001	18.3	25.1	7.6	25.1	24.5	25.9	53.5	3.1	41.2	1.9	1.9
Panamá - 2006	48.0	59.2	25.9	59.2	58.7	59.9	83.9	12.1	77.1	10.4	10.4
Paraguay - 2005	15.0	21.2	6.3	21.2	20.6	22.0	46.6	2.3	34.6	1.1	1.1
Perú - 2003	14.0	20.4	3.2	20.4	23.9	15.9	33.5	3.4	36.7	5.3	5.3
Rep. Dominicana - 2006 b	32.1	37.2	21.9	37.2	33.9	42.3	69.9	2.0	63.0	...	...
Uruguay - 2005	...	62.1	...	62.1	62.3	61.8	85.4	31.3	74.8	32.7	32.7
Venezuela - 2006	36.4	...	...	36.4	34.2	40.0	68.6	3.6	62.9	0.2	0.2
América Latina	45.5	53.3	22.2	52.1	52.8	51.1	71.9	16.5	65.8	20.7	20.7

Fuente: CEPAL, sobre la base de tabulaciones especiales de las encuestas de hogares de los respectivos países.

a/ No se puede distinguir entre los ocupados afiliados aquellos que efectivamente están realizando aportes a los sistemas de seguridad social o salud.

b/ La medición solo se realizó entre asalariados; las cifras incluyen a los no asalariados.

Llama la atención sin embargo lo que identificara CEPAL en su informe (CEPAL, 2006. op. cit. p52), sobre la base de datos para 9 países que disponen de información comparable⁹. Se destaca ahí que, con las solas excepciones de El Salvador y México, la cobertura medida por afiliación empeoro entre 1990 y 2002, con lo que el promedio regional se deterioro. Esto quiere decir que las políticas de flexibilización laboral para hacer frente a las demandas de la globalización, lejos de mejorar la seguridad de los trabajadores, parecen haberla empeorado.

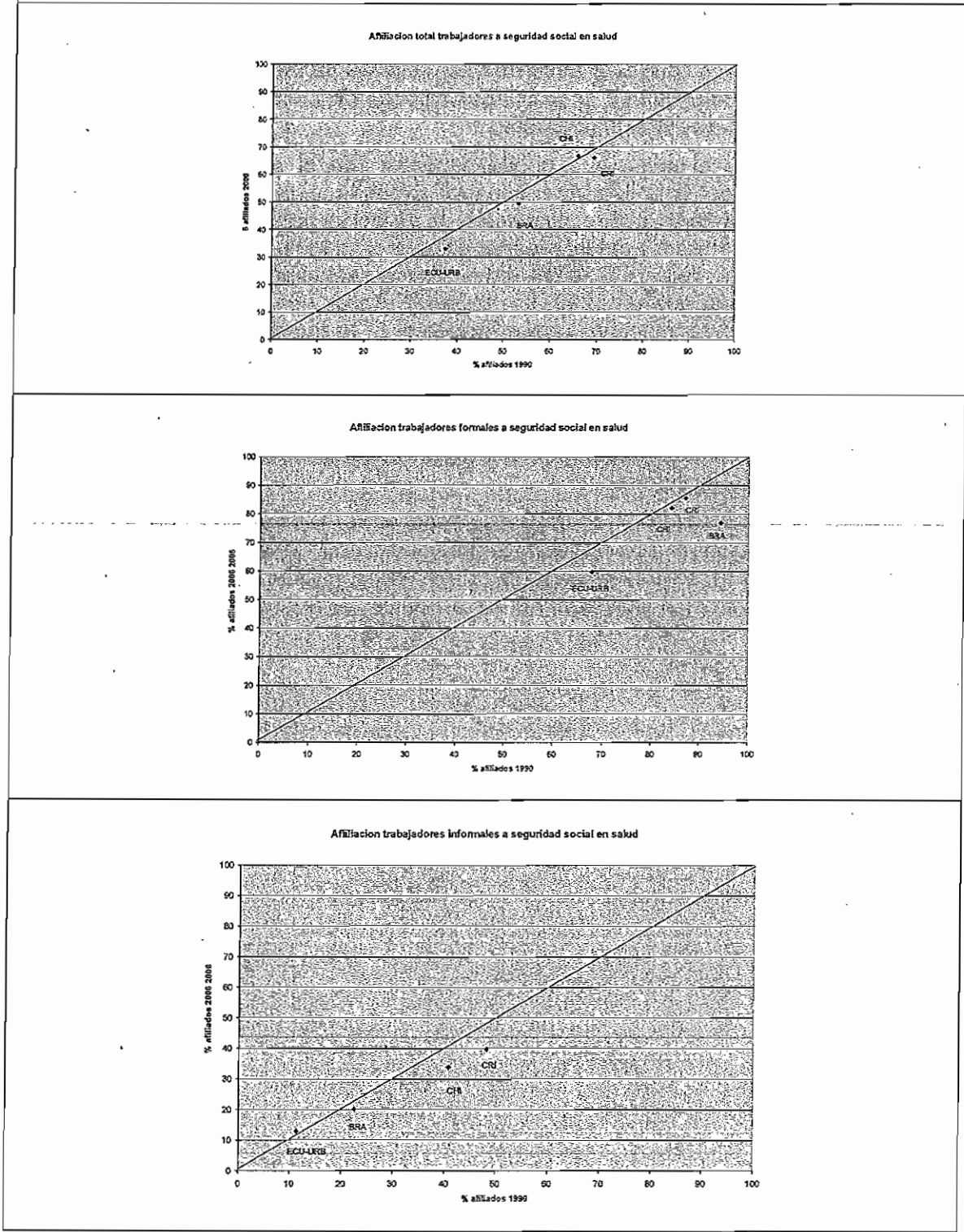
Para conocer el papel que puede haber jugado el sector informal en esta situación examinamos la afiliación en cuatro países que disponen de mediciones comparables entre 1990 y 2006, distinguiendo la afiliación por sector formal e informal de la ocupación. El grafico 3 resume los resultados obtenidos, destacando que con la sola excepción de Chile, en el 2006 todos los países experimentaron una menor cobertura por afiliación que en 1990. La razón de ello es que en todos los países la afiliación por sectores se mantuvo igual o empeoro. El hecho de que en Chile se haya logrado mejorar la cobertura entre ocupados responde a que aumento la ocupación relativa al sector formal.

La afiliación en el sector formal se ha mantenido casi igual en Costa Rica y Chile, pero ha empeorado en los otros países, en Ecuador-urbano se ha mantenido la cobertura por afiliación informal.

Concluimos que la década y media transcurrida entre 1990 y 2006 no ha logrado mejoras en la afiliación medida como porcentaje de los ocupados en los sectores formal e informal, más bien se ha empeorado. Sin embargo, Chile al lograr aumentar la participación relativa del sector formal en la ocupación total, muestra un avance en la cobertura total.

⁹ Nos referimos a Argentina (urbano), Bolivia, Brasil, Chile, Costa Rica, Ecuador (urbano), El Salvador, México, y Nicaragua.

Grafico 3: Cobertura por afiliación y sectores formal/informal 1990-2006 (cuatro países)



Fuente: tabulaciones de encuestas de hogares, CEPAL

Cobertura por afiliación en el sector informal.

Para ocho países clasificados por sus niveles de brecha de protección social, y por la categoría formal o informal de la ocupación que ejercen, se analiza a continuación la cobertura por afiliación. Se distinguen a los ocupados por sus características personales (educación, edad y sexo); y luego por su inserción ocupacional en el sector informal (microempresas, trabajadores por cuenta propia, familiares no remunerados, y servicio doméstico).

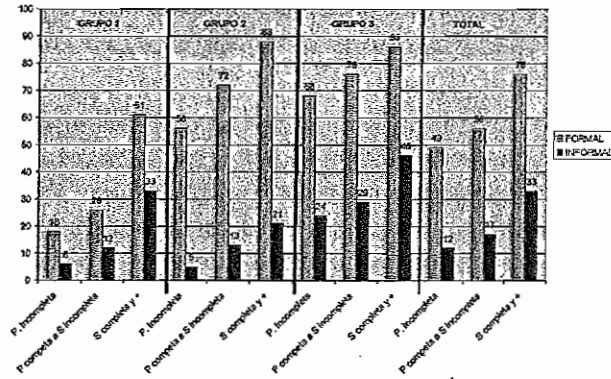
La educación aparece como una importante discriminante en la afiliación, observándose en todos los casos de países y sectores que la cobertura aumenta con el nivel educacional. La informalidad reprime la afiliación en todos los grupos educacionales, pero en particular entre aquellos que alcanzan solo hasta primaria incompleta. En particular llama la atención que la cobertura informal, una vez controlado por nivel educacional es mucho más baja en los países del Grupo 2 que en los del Grupo 1 y 3. Entre los ocupados formales, la afiliación es muy similar por nivel educacional superior al de primaria completa en los Grupos 2 y 3 y con una pequeña diferencia a favor del Grupo 3 para los de primaria incompleta, pero mucho más baja a todos los niveles educacionales en el Grupo 1.

El perfil de la cobertura por afiliación por grupos de edades muestra la forma de una U invertida. Es decir es menor en los grupos jóvenes menores de 29 y en los grupos mayores de 60 años. La cobertura tiende a concentrarse en las edades más productivas (30 a 59 años). La cobertura por afiliación es limitada por la informalidad de manera especial en los Grupos de países 1 y 2, donde para todos los grupos de edades se evidencian coberturas menores al 20 % de los ocupados, coberturas que se duplican para los ocupados en el sector informal de los países del Grupo 3. Nuevamente el perfil de la cobertura por edades es muy similar para los ocupados formales de los Grupos de países 2 y 3.

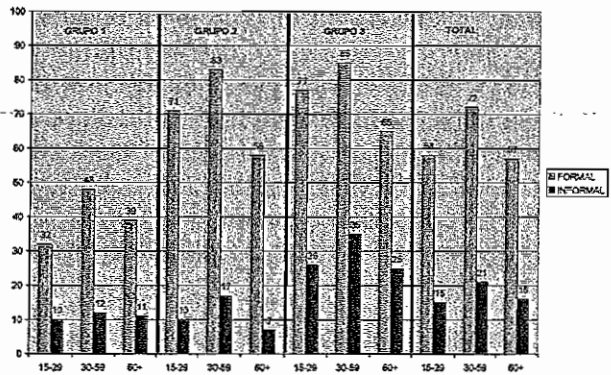
En cuanto a la diferenciación de la cobertura por afiliación por sexo, esta es siempre mayor para mujeres que para hombres en ambos sectores en los grupos 1 y 2, y solo es superior para los ocupados informales hombres del Grupo 3.

AMÉRICA LATINA 8 PAÍSES: COBERTURA POR AFILIACIÓN DE OCUPADOS

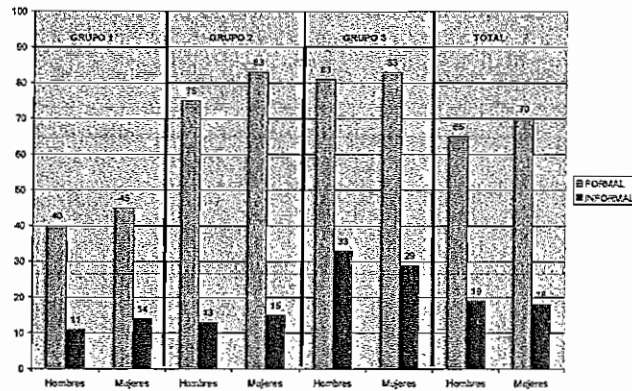
POR CATEGORÍA EDUCACIONAL EN SECTORES FORMAL E INFORMAL



POR GRUPOS DE EDADES EN SECTORES FORMAL E INFORMAL



HOMBRES Y MUJERES OCUPADOS EN SECTORES FORMAL E INFORMAL

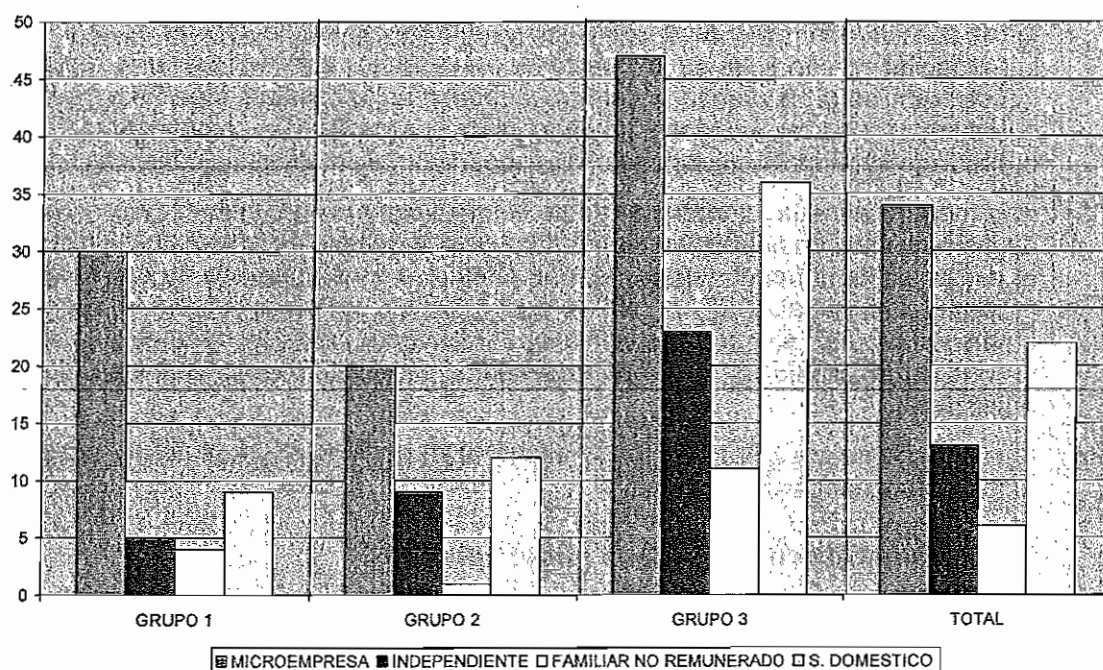


Fuente: Tabulaciones de encuestas de hogares CEPAL

Finalmente entre los ocupados informales la afiliación es claramente mayor entre aquellos que laboran en ocupaciones en calidad de dependientes (asalariados), ya sea en microempresas, o en servicio domestico. En todos los casos y grupos de países la afiliación de ocupados informales es inferior al 50 en cada categoría y grupo de países.

GRÁFICO 3

AMERICA LATINA 8 PISES: COBERTURA POR AFILIACION EN EL SECTOR INFORMAL SEGUN TIPO DE INSERCIÓN OCUPACIONAL



Fuente: Tabulaciones de encuestas de hogares CEPAL.

Hay una mucha menor cobertura por afiliación en los países del Grupo 2 entre trabajadores dependientes, la cual es superada aun por la del Grupo 1, y es prácticamente inexistente para los familiares no remunerados. En todas las categorías de este grupo 2 la afiliación es menor al 20%, y la mayor diferencia con el Grupo 1 es en la cobertura de los ocupados en microempresas. Con el cierre de la brecha de protección, representada en el Grupo 3 de países, la cobertura aumenta en todas las categorías sin distinciones.

En síntesis, la estructura y dinámica del mercado de trabajo, en particular de su nivel de desarrollo medido por la informalidad, no han facilitado la ampliación de la cobertura por afiliación de la protección social. Entre 1990 y 2006 la cobertura ha empeorado. Esto ha resultado como consecuencia de los ajustes del mercado de trabajo a través de aumentos del desempleo, la escasa expansión del empleo asalariado, el aumento de la informalidad y la precarización del empleo formal (CEPAL, 2006. op cit.). Solo los países que han logrado disminuir significativamente el tamaño relativo de la ocupación informal, parecen haber mantenido o mejorado levemente la cobertura por afiliación entre los ocupados.

Es por ello que la aceleración del ritmo de crecimiento no basta por sí sola para revertir este proceso. Es necesario implementar políticas laborales que incentiven la protección social de los trabajadores, reduciendo la incompatibilidad entre mayor flexibilización y mayor protección, lo que implica políticas activas para garantizar la protección, compensar a los trabajadores en periodos de desempleo y apoyarlo en la rápida reinserción laboral.

ORIENTACIONES DE POLÍTICA PARA AUMENTAR LA COBERTURA DEL SECTOR INFORMAL.

Los aprendizajes de los países de la UE conllevan un sesgo hacia el sector formal que es difícil que den resultados significativos en países como los de la región. Enfatizan la capacitación con fines de innovación y aprendizaje, a fin de facilitar la rápida adaptación a los cambios de la demanda del mercado laboral. Igualmente legislan para limitar el uso de contratos atípicos, y desarrollan seguros de desempleo con componentes de financiamiento público solidario, condicionado a la búsqueda de alternativas de capacitación y trabajo.

En América Latina la coexistencia de la informalidad y el trabajo familiar requieren, además de los esfuerzos anteriores, elaborar políticas de empleo y familia que concilien el trabajo en el hogar, de hombres y mujeres, con el empleo en el mercado de trabajo y el acceso a la protección social (CEPAL, 2004). Estos esfuerzos no revertirán la situación a corto y mediano plazo, lo que se observa en la creciente inclusión de sistemas de protección no vinculados al trabajo, y de aplicar sistemas de protección social financiados con recursos públicos.

Con esta perspectiva, y luego de examinar el perfil de la informalidad, pasamos revista de algunas experiencias relevantes.

Aspectos estructurales de la informalidad.

Una rápida mirada al perfil del empleo informal (Cuadro 4) deja entrever importantes características que apuntan a sus causas y estructura. Dejan en claro que la informalidad tiene dos raíces profundas: (i) por un lado su localización en actividades de agricultura caza y pesca, construcción y comercio, sectores con nichos de baja productividad al ubicarse en la base de la estructura productiva; (ii) por otro lado concentrado en personas que se ocupan con bajos niveles de calificación, en todos los grupos de edades, y provenientes de familias predominantemente de los estratos más pobres de la población.

El sector informal constituye un segmento donde quienes necesitan de ingresos para la subsistencia y de sus familias y que, en ausencia de seguros de desempleo y/o mecanismos de compensación, encuentran oportunidades de generar ingresos, por muy precarios que ellos sean. Tiene en consecuencia su origen en la necesidad de miembros de hogares en condiciones de subsistencia y en la existencia de oportunidades de ocupación de fácil acceso, pero de magros niveles de productividad. De hecho, los ingresos anuales que declaran son equivalentes a 25 líneas mensuales de pobreza, y sus ingresos por hora representan menos de 3 por mil líneas de pobreza mensuales. Como lo sugiere CEPAL, esta evidencia lleva a la necesidad de revisar la visión imperante hasta hace unos pocos años en América Latina sobre la seguridad social, que se basaba en la adquisición de derechos sobre la base de cumplir con las obligaciones contributivas. En gran medida la existencia de la informalidad en los mercados de trabajo no permite ingresos suficientes a todos los ocupados para asegurar afiliarse en forma permanente a sistemas de protección social contributivos.

“Informalidad y protección social en América Latina”

Cuadro 4. PERFIL DE LA INFORMALIDAD						
	Grupo 1		Grupo 2		Grupo 3	
	Informal	Formal	Informal	Formal	Informal	Formal
PERSONALES Y OCUPACIONALES						
<i>Grupos de edades</i>						
15-29	36	33	30	34	26	35
30-44	31	37	34	41	34	39
45-59	22	23	24	22	29	22
60 +	11	7	13	4	11	4
<i>Educación</i>						
Primaria Incompleta	35	17	27	7	22	9
Secundaria Incompleta	39	28	54	39	52	34
Secundaria completa y mas	26	56	19	54	26	57
<i>Sector Actividad Económica</i>						
Agricultura	32	11	27	5	20	11
Construcción	6	5	8	9	8	7
Comercio	30	28	24	18	25	18
Otros	32	56	42	68	47	65
<i>Sexo</i>						
Hombres	58	60	60	65	56	65
Mujeres	42	40	40	35	44	35
INGRESOS						
<i>Remuneraciones</i>						
Ingreso Anual	25	50	29	75	48	88
Ingreso Hora	1.1	2.3	1.6	3.4	2.7	4.1
<i>Decil de la distribución</i>						
40-	41	18	44	16	37	21
20	19	18	20	18	22	20
40+	40	64	36	65	41	59

Fuente: Tabulados de encuestas de hogares, CEPAL

Experiencias de inclusión de trabajadores informales:

Las experiencias difieren por componentes de la protección social. Mientras en Europa tienden a combinar políticas laborales pasivas y activas; en América Latina esto ocurre especialmente en los programas de alivio a la pobreza, en cambio en los programas de pensiones, salud y desempleo se opta por integrar los sistemas públicos y el aseguramiento mediante financiamiento no contributivo para mejorar la cobertura, establecer beneficios mínimos garantizables y mejorar los incentivos a la afiliación.

Acceso mediante seguro de desempleo universal y combinación con políticas activas

a. Dinamarca: Flexiseguridad.

En esta opción la afiliación al seguro de compensación por desempleo es abierta, para un beneficio equivalente a 90% del ingreso anterior, por un periodo máximo de 4 años, incluidos los periodos de reinserción. Para evitar incentivos perversos se establecen exigencias de búsqueda activa de trabajo y plazos para el reintegro a tiempo completo por grupos de edades. Estas políticas se han complementado con políticas activas de oferta de trabajo, capacitación, y creación de empleo por cuenta propia. El mecanismo se ha perfeccionado fundamentalmente descentralizando por regiones mediante consejos tripartitos y redefiniendo las políticas activas para adaptarlas a las necesidades del trabajador, enfatizando educación, cuidado infantil y año sabático; y reduciendo progresivamente los plazos de vigencia del seguro desde 4 años a 2 y luego a 1 año, y a seis meses para menores de 25 años. Dinamarca destina 4.5% del PIB a políticas laborales (3% pasivas y 1.5 % activas). (Madsem (2002); OIT (2002)).

Acceso mediante la integración de la salud pública y la seguridad social.

a. Brasil y Caribe Inglés: Sistemas integrados de salud sin aportes contributivos

Al igual que los países del Caribe de habla Inglesa donde la protección social en salud se diseña en forma integrada entre el sector público y la seguridad social, la reforma del sistema de Sistema Único de Salud en Brasil, hace lo mismo incorporando un financiamiento no contributivo. El Estado ofrece una cobertura universal y gratuita a toda la población a cargo del Sistema Único de Salud (SUS). Se confirma el acceso de los trabajadores a la seguridad social como un derecho universal e integral a la salud. Se financia mediante rentas generales, incluyendo nuevos impuestos específicos para el financiamiento de la seguridad social. Integra a todos los distintos esquemas de salud con excepción de aquel de las Fuerzas Armadas y de Orden. La atención tiende a focalizarse en los más pobres a través de servicios al 40 % de la población en forma integral y 44 % en forma complementaria, los cuales se proveen en tres niveles gubernamentales (federal, estatal y municipal) más la subcontratación de prestadores privados. Manteniendo sus derechos en el SUS los empleados públicos reciben asignaciones adicionales para contratar seguros privados. Los sectores de mediano y altos ingresos pueden en forma voluntaria acceder a seguros privados complementarios, aunque regulados por el Estado. Las grandes empresas ofrecen Planes de Salud Corporativos complementarios a sus trabajadores.

b. Costa Rica: Sistema integrado de salud con aportes contributivos.

Se integran los sistemas públicos y de seguridad social manteniendo las cotizaciones laborales a la Caja Costarricense de Seguridad Social, la cual también recibe aportes estatales para cubrir a quienes no tienen capacidad para cotizar. La caja brinda servicio de diversa complejidad y realiza atención primaria. El aporte del estado es escalonado, complementa levemente la cotización que realizan empleados y empleadores, subsidia el 50% de las cotizaciones de trabajadores independientes y afiliados voluntarios; y aporta con el 100% de las cotizaciones de los más pobres sin capacidad contributiva. La atención es similar para todos, lo cual ha tendido últimamente a que los sectores de ingresos medios y altos busquen esquemas privados complementarios, sin dejar de cotizar a la CCSS, lo cual retiene la solidaridad, aunque incentiva la evasión.

c. Colombia: sistema integrado de salud con regulación de la diferenciación de cobertura según aporte contributivo.

El sistema se diseña a partir de dos regímenes (contributivo y subsidiado) para toda la población, excepto fuerzas armadas, educadores y trabajadores de la empresa estatal de petróleos. El régimen contributivo es para los trabajadores del sector formal, tanto dependientes como independientes, que ganan más de dos salarios mínimos y que pagan cotizaciones; la cobertura incluye también a sus familiares dependientes y los pensionados. El régimen subsidiado, cubre a la población de escasos recursos que no tienen capacidad contributiva, como trabajadores informales e independientes que ganan menos de dos salarios mínimos y desempleados así como a sus familiares, mediante transferencias del régimen contributivo (aporte solidario), y recursos de la nación, los departamentos y municipios. Los municipios aplican un sistema de identificación para la elegibilidad que evalúa condiciones de vida y variables sociodemográficas de los posibles beneficiarios para afiliarlos al régimen. Las Administradoras del régimen Subsidiado (ARS) reciben del fondo solidario (FS) una unidad de pago por capitación subsidiada (UPCS) con la cual deben brindar a sus afiliados los beneficios previstos en el Plan Obligatorio de Salud Subsidiado (POSS). Al inicio de la reforma, estos equivalían como mínimo al 50% de los beneficios previstos en el Plan Obligatorio de Salud Contributivo (POSC), lo que reconocía desde sus inicios una diferenciación entre los servicios mínimos cubiertos en ambos regímenes. Los servicios no cubiertos en el POSS debían ser provistos por los hospitales públicos.

Acceso mediante regulación del sistema de salud.

a. Chile: Sistema dual con integración parcial, mecanismos de ajuste de riesgo y garantías explícitas para evitar selección de riesgos.

En este caso, el régimen de aseguramiento puede realizarse destinando las cotizaciones obligatorias de salud (7% del salario) hacia el Fondo Nacional de Salud (FONASA), una suerte de seguro público de salud, quedando el afiliado y sus dependientes adscrito al sistema público; o alternativamente a los seguros privados de salud, ofrecidos por Instituciones de Salud Previsional (ISAPRES), quedando el y sus dependientes en el sistema de seguridad social en salud administrado privados y cubierto por los planes que estos ofrecen según el riesgo y recursos de los afiliados. En

este último caso son los planes los que definen los grados de cobertura y los beneficios sin que exista integración del financiamiento. La articulación del financiamiento público con el de la seguridad social se da exclusivamente en ámbito de FONASA, que se financia con las cotizaciones de sus afiliados y aporte fiscales de rentas generales (para quienes carecen de capacidad contributiva). Es aquí donde se da la solidaridad como resultado de que el financiamiento es mancomunado y los beneficios se dan en forma independiente de los aportes. Sin embargo, a pesar de la solidaridad en el ingreso de FONASA, la existencia de dualidad en el aseguramiento y el carácter individual de este en el sistema ISAPRE determinan obstáculos a una integración completa del financiamiento como a la equidad. Para evitar que las aseguradoras hagan una selección de riesgos y dejen sin protección a los más pobres y enfermos, es importante que el costo de la prima de seguros no se determine sobre la base de los riesgos individuales de cada afiliado sino en función del riesgo de la población. Las correcciones más frecuentemente utilizadas se refieren a diferencias de ingreso, sexo y edad, de modo que su introducción involucraría una mejora de la solidaridad por ingreso, género y grupos étnicos.¹⁰ Finalmente, para cumplir con los derechos a la salud universal es usual definir paquetes de garantías explícitas universales y exigibles, que se ofrecen a la población de forma independiente de su riesgo e ingreso. La definición se hace sobre la base a las necesidades sanitarias del conjunto de la población, conocidas en Chile como Garantías Explícitas en salud (GES).¹¹ Estos paquetes son controversiales, deben ser flexibles en el tiempo para establecer jerarquías al ampliar las coberturas, y no debe desplazar el tratamiento de las patologías no incluidas, es decir no puede absorber el total de la capacidad del sistema público. Su definición implica una obligación financiera que se prolonga en el tiempo.

¹⁰ Ejemplos de ajustes se han aplicado en Colombia (con las unidades de pago por capitación por grupos de edad y sexo, además de por localización geográfica (Mora 2000)); en Chile (se intentó mediante un Fondo Solidario (Titelman, 2005)); y en Argentina (mediante la introducción de correcciones de riesgo por edad y sexo en los subsidios, para cubrir el Plan Médico de los beneficiarios de menores ingresos del sistema de seguridad social – Obras Sociales)

¹¹ Pueden hacerse para fijar prioridades y dirigir recursos a patologías de mayor prevalencia, mortalidad y movilidad (Chile), o para establecer el acceso a servicios de atención primaria a grupos excluidos y reducir los rezagos epidemiológicos. (Costa Rica)

b. México: Subsidios a la demanda para seguros de salud voluntarios de no cotizantes

En México se han intentado diversas formas de inclusión, destacando IMSS-Oportunidades que se ha concentrado en implementar las condicionantes de las transferencias para aliviar la pobreza, mediante la prestación de servicios y la atención primaria¹². Sin embargo, destaca también el Seguro Popular de Salud (SPS) tanto por el subsidio a la demanda como por su financiamiento. Esta adscrito al ministerio federal en cooperación con los estados; destinado a la población mas pobre, y comprende un paquete de prestación gratuito (que ha ido en aumentando gradualmente los tipos de prestaciones). El SPS no discrimina por riesgos ni por enfermedades preexistentes. Reduce el pago de bolsillo, ya que ofrece el paquete en forma gratuita a las personas en los dos quintiles más pobres de la población. Para otras personas se exige un aporte según su situación socioeconómica. Aproximadamente un 65% del financiamiento es federal, 29 % de 4% de los beneficiarios.

Acceso mediante pensiones no contributivas y/o una corrección a los incentivos.

a. Prevención de la Pobreza del adulto mayor en Canadá Y Estados Unidos

El sistema canadiense brinda a los adultos mayores de estratos de ingresos bajos y medios los recursos necesarios para preservar su nivel de vida durante el retiro. Las familias de altos ingreso pueden complementar las pensiones públicas mediante ahorro voluntario. El sistema tiene tres componente: (i) uno no contributivo, orientado a evitar la pobreza en la vejez que incluye un componente de seguridad, otro de complementariedad y otro de apoyo a las familias; (ii) uno de reparto: el plan canadiense de pensiones y (iii) un componente voluntario, que corresponde a programas de ahorro voluntario auspiciados por empleadores o cuentas de ahorro con beneficios tributarios.

En Estados Unidos el sistema se basa en tres componentes: (i) los aportes a la seguridad social, que financian un seguro para el adulto mayor, sus sobrevivientes y a los incapacitados, tiene una tasa de reemplazo progresiva; (ii) un programa de ingreso complementario, que sirve como una red de apoyo no contributiva, para garantizar a adultos mayores e incapacitados un ingreso mínimo, toda vez que sus prestaciones sean muy baja o no hayan calificado para la seguridad social; y (iii) Medicare, un modelos de seguro medico para adultos mayores.

¹² Esta practica de condicionar las transferencias para el alivio a la pobreza al acceso de los beneficiarios a los servicios de salud primaria, se ha generalizado en la mayoría de los programas de transferencias condicionadas (Chile Solidario, Bolsa Familia, etc.). Para su éxito se requiere no obstante de una expansión de la infraestructura de servicios de salud hacia las localidades donde se concentra la pobreza..

b. Nueva Zelanda, Brasil y Bolivia: Pensiones Universales no contributivas.

Nueva Zelanda ha servido de ejemplo para definir un esquema de pensiones universales pagadas con cargo a rentas generales. Basta fijar un criterio de residencia y los requisitos de edad, incapacidad y sobre vivencia para que el estado garantice la prestación. Aunque estos esquemas poseen el atributo de la simplicidad de la comprobación de medios, su uso se ve dificultado por el alto costo (financiero y político) que implica entregar prestaciones con cargo a los escasos recursos públicos a aquellos segmentos de la población que cuentan con medios para subsistir en forma holgada. Esto explica, que su aplicación en la región sea más acotada. Es así como en Brasil, el programa de pensiones rurales, uno de los ejemplos más importantes de extensión de la cobertura mediante mecanismos no contributivos, se designa a personas con un mínimo de 12 años en la actividad del sector agrícola. Financiado parcialmente con impuestos a la comercialización de productos agrícolas, representa en la práctica una forma de pensión no contributiva focalizada por área geográfica y que ha permitido aliviar la pobreza en la vejez en las zonas rurales de nordeste brasileiro. De igual forma, el programa BONOSOL de Bolivia, brinda desde 1997, una pensión universal a todos los mayores de 65 años de edad, y nacidos dentro de cierto lapso de tiempo en años desde puesta en práctica de la reforma, independientemente de su historia contributiva o nivel socio económico. Ha permitido aumentar la cobertura de manera significativa, en un país donde la cobertura por afiliación es bajísima. El financiamiento proviene fundamentalmente de un fondo estatal creado a partir de la privatización de empresas públicas. La práctica de pensiones no contributivas es bastante generalizada en países desarrollados, para asistir a aquellos que no han podido acumular los aportes mínimos para pensiones contributivas, y en general par el alivio de la pobreza en la vejez.

c. Costa Rica: Asegurados por cuenta propia

Los asegurados en calidad de "cuenta propia" a la Caja Costarricense de Seguridad Social (CCSS) se hayan amparados por esquemas de solidaridad, y cambios en las normativas para incentivarlos a cotizar¹³. La solidaridad se expresa en subsidios al aseguramiento de los cuenta propia, tanto los que provienen de la población contribuyente asalariada, como los relacionados con las contribuciones del Estado. Los incentivos responden a instrumentos de promoción e innovaciones de política, e incluyen además de la alta solidaridad contributiva desde el empleo asalariado, las siguientes medidas: (i) aplicación de una escala contributiva diferenciada según categoría sociolaboral y clasificación en nivel de renta; (ii) aplicación de tasas de cotización diferenciadas según niveles de renta; (iii) subsidio estatal de cuotas proporcionalmente inverso a la capacidad contributiva de cada grupo sociolaboral/renta; (iv) facilidad en cuanto a lugares de pago en todo el sistema financiero e Internet; (v) convenios de afiliación colectiva con organizaciones de productores agrupados en asociaciones y cooperativas; (vi) obligatoriedad de la afiliación contributiva (desde el año 2000) y controles; (vii) portabilidad de aportaciones (con continuación de derechos) entre

¹³ Representan el 20% del total de asegurados en el Seguro de Salud y 14% en el Seguro de Pensiones; mientras que los ingresos por cuotas pagadas por este grupo representan el 4.5% en Salud y 6.3% en Pensiones. Sus ingresos cotizables representan el 7% de la masa cotizante total en el seguro de pensiones y 9.5% en el Seguro de Salud. Y el ingreso presuntivo reportado por los trabajadores no asalariados representa el 40% del salario reportado para los trabajadores asalariados, que hacia el año 2005 rondaba los US\$190 mensuales.

trabajadores afiliados en calidad de asalariados y no asalariados, y viceversa. Si bien se ha logrado afiliar a más trabajadores independientes de ingresos medios y bajos; aun existe falta de inclusión contributiva de otros grupos ocupacionales. (Duran, 2008)

d. Chile: Pensión Básica Solidaria.

La reciente reforma al sistema de capitalización en cuentas individuales chileno (Presidencia de la Republica 2006) reconoce, en la distorsión de los incentivos del sistema reformado en 1981 por el gobierno militar, la razón fundamental de la baja cobertura de trabajadores informales. En efecto, el sistema era de cotizaciones obligatorias solo para trabajadores dependientes (excluidas las Fuerzas Armadas y de Orden), los trabajadores por cuenta propia e informales podían cotizar en forma voluntaria, pero requerían de 20 años de cotizaciones para que, en caso de no tener ahorro suficientes, ser elegibles a una pensión mínima garantizada por el estado (PMGE) por el estado, y/o calificar como indigente en los cupos municipales para ser elegible para una pensión asistencial (PA). Proyecciones realizadas por instituciones de gobierno (Arenas, Berstein) hacían prever que más del 50 por ciento de los que alguna vez se afiliaron al sistema no alcanzaría para una (PMGE); un 10 por ciento calificaría para ello, y solo un 40% autofinanciaría su pensión. Esta situación era consecuencia de las bajas densidades de cotizaciones de los afiliados, como consecuencia de la precarización de sus ocupaciones (tanto formales como informales) y permitía anticipar una fuerte necesidad de financiamiento fiscal para cubrir al 50 por ciento que no alcanzaba a ahorrar lo suficiente así como para pagar las PMGE. Como consecuencia de recomendaciones de un Consejo Asesor, y de debate en el gobierno a partir de ellas, se ha reformado el sistema para mejorar la cobertura de trabajadores independientes e informales mediante la inclusión de un pilar solidario, que garantice prestaciones a todos los ciudadanos que hayan o no cotizado al sistema, y que provea los incentivos correctos para que quienes puedan cotizar lo hagan. Este pilar, entre otras medidas corrige los incentivos ; (i) garantizando una prestación mínima de carácter universal para todos aquellos adultos mayores situados que viven en el 60 % más pobre de los hogares; (ii) mejora el nivel básico de prestación en forma proporcional al esfuerzo de ahorro que realiza cada afiliado, independientemente del tiempo de cotización; (iii) otorga subsidios a la maternidad; (iv) no fija periodos mensuales de cotizaciones; (v) facilita los lugares de pagos; (vi) permite convenios de filiación colectiva; (vii) mantiene la portabilidad de derechos y obligaciones. Con fines presupuestarios y de equidad, la prestación se garantiza para el 60 por ciento más pobre de la población. Por ello, el pilar se define como otorgando una pensión básica solidaria, y no una pensión básica universal.

CONCLUSIONES

La baja cobertura de la protección social en la región y la informalidad, son fenómenos que tienen las mismas raíces: el subdesarrollo, la inercia y composición demográfica, y la baja capacidad de recaudación fiscal de la mayoría de los países de la región. Su manifestación más destacada es la incapacidad de desarrollar una sociedad del trabajo capaz de dar empleo digno y protección a sus familias a todos quienes necesitan trabajar.

No debe extrañar entonces que estas sociedades manifiesten una baja cobertura de la protección social, y que esta sea más baja aun en los segmentos más precarios del mercado de trabajo, aquel identificado habitualmente por la informalidad. Extrañamente los modelos de protección social que se han desarrollado a lo largo de la historia descansan en la sociedad del trabajo. Siguiendo orientaciones bismarckianas, centran su financiamiento en aportes tripartitos sobre la creencia de que el empleo es en su mayoría asalariado (dependiente) y estable. Lejos de la realidad, estos modelos han dado como resultado bajos niveles de cobertura de protección social, a causa de una estructura del empleo que, en un gran porcentaje, no tiene esas condiciones. Como consecuencia, prácticamente en todos los países e independientemente de su historial de seguridad social, la cobertura esta lejos de ser universal, y en particular se ha deteriorado luego de la oleada de reforma de los años noventa.

La búsqueda de eficiencia en mercados segmentados y altamente desiguales y la pérdida de solidaridad en el financiamiento de las medidas adoptadas en esa oleada de reformas a los sistemas de protección social, dejó en claro que más que adoptar medidas en el mercado de trabajo para que este se adapte a esquemas foráneos de protección social, es preciso adaptar los nuevos sistemas a las características propias de los mercados de trabajo latinoamericanos, pero sin perder eficiencia en su gestión.

CEPAL ha sido pionera en destacar esta conclusión, al señalar que la región se ve obligada a replantearse la protección social en el marco de una solidaridad integral, una en que se combinen mecanismos contributivos y no contributivos bajo la concertación de un nuevo pacto social. Este pacto debe tener a los derechos sociales como horizonte normativo y a las desigualdades socio-económicas y las restricciones presupuestarias como limitantes que es necesario reconocer y enfrentar.

La somera revisión al tema de la informalidad y la protección social en América Latina realizada en este trabajo, da pie para confirmar lo señalado por la CEPAL. La actualización de datos más allá del horizonte de aquellos del estudio de CEPAL, confirman la tendencia hacia el deterioro de la cobertura por afiliación, tanto en los sectores formales como informales del mercado de trabajo. Muestran avances solo aquellos países que logran reducir la informalidad dentro de la estructura de la ocupación y/o aquellos que dan cobertura mediante garantías explícitas del estado bajo una estructura de incentivos adecuada.

Podemos concluir entonces que la cobertura de protección social en un mercado caracterizado por la informalidad es baja debido a la dificultad de implementar un Estado de Bienestar sobre la base exclusiva de las cotizaciones de los trabajadores. En lo esencial se requiere concluir que precisamos:

- Reconocer que no hay un solo modelo: la cobertura de la informalidad no podrá alcanzarse en el mediano plazo mediante modelos foráneos y menos aun mediante el recurso exclusivo del crecimiento y la generación de empleos;
- Reconocer que junto al impulso del crecimiento y la generación de empleos es preciso tener políticas activas de modernización del empleo informal: mediante la flexibilización de los marcos normativos, mediante la adaptabilidad de requerimiento a las posibilidades de los trabajadores formales; mediante el reconocimiento de la gradualidad del transito de la informalidad a la formalidad, de modo de flexibilizar la importancia del cumplimiento de las obligaciones que impone (Tokman, 2005).
- Reconocer que será preciso integrar financiamiento contributivo y no contributivo para promover la solidaridad necesaria para el acceso de trabajadores informales a las prestaciones de la protección social. Esto ya se da en muchos países en sus sistemas de protección social en salud, en la aplicación focalizada de sistemas de pensiones universales, y en la construcción de pilares solidarios.
- Reconocer que hay mucho que avanzar en la regulación de los sistemas en forma compatible con una estructura de incentivos para la afiliación. Existe una enorme gama que apunta adaptar la recaudación a las condiciones laborales de los informales (estacionalidad y localización): Pero igualmente se ha ensayado con beneficios tributarios, premios por participación, beneficios mínimos graduados, subsidios estatales, créditos condicionados, cuentas de vivienda, puntos para subsidios de vivienda, seguro de invalidez, reducir costos de transacción, acceso preferencial a otros servicios públicos.
- Reconocer que gran parte de la solución recae en recursos del estado, y que las necesidades y posibilidades de reorientar el gasto social o, cuando esto no es posible, de aumentar la carga tributaria, presentan distintos matices en cada país. Ello implica que los avances requerirán una fortalecer las finanzas publicas, pero también de pactos sociales para dentro de las limitaciones presupuestarias y desigualdades sociales definir garantías explícitas y los criterios de su focalización.

REFERENCIAS

- AIOS (varios)* **Informe Estadístico.** Asociación Internacional de Organismos de Supervisión.
- Arenas Bernstein CEPAL (2006)* **La Protección social de cara al futuro: Acceso, Financiamiento y solidaridad.** CEPAL, Trigésimo primer periodo de sesiones de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe. Montevideo, Uruguay, 2006
- CEPAL (varios números)* **Panorama Social.** CEPAL, Santiago de Chile
- CEPAL y Agencias (2008)* **Objetivos del Milenio. La Progresión hacia el derecho a la salud en América Latina y el Caribe.** Naciones Unidas, Santiago de Chile
- CHILE (2006)* **Reforma Previsional,** Presidencia de la Republica. Santiago de Chile
- Durán Valverde, Fabio, (2008)* **La cobertura de los trabajadores independientes en la seguridad social de Costa Rica.** Borrador, Oficina Subregional de OIT para los Países Andinos Borrador Mayo 2008
- Madsen P.K (2002 a)* **The Danish model of flexicurity: “A paradise with some snakes”.** In *Labor, markets and Social Protection Reforms in International Perspective: Parallel or Converging Traces?* H. Sarfati y G. Bonori (eds) Ashgate
- Madsen PK (2002 b)* **Security and flexibility: friends or foes? Some observations from the case of Denmark.** *The future of work, employment and social protection, The Dynamics of Change and the Protection of Workers.* Peter Auer y Berbard Gazier (eds) Ginebra, Organización Internacional del Trabajo
- Mesa Lago Carmelo (2005)* **Las reformas de salud en América Latina y su impacto en los principios de la seguridad social.** Serie de financiamiento del desarrollo, CEPAL Santiago de Chile.
- Mesa Lago Carmelo (2004)* **Las reformas de pensiones en América Latina y su impacto en los principios de la seguridad social.** Serie de financiamiento del desarrollo, CEPAL Santiago de Chile.
- OIT (Varios números)* **Panorama Laboral. América Latina y el Caribe.** Oficina Regional, Lima

Paredes R, y A Iglesias (2004)

Análisis de propuestas para aumentar la cobertura de trabajadores independientes en el sistema de AFP, documento presentado al seminario **“Competencia y Cobertura”** Santiago de Chile, Centro de Estudios Públicos (CEP) y Superintendencia de Administradoras de Fondos de Pensiones. Chile, 11 y 12 de Noviembre.

Rofman, Rafael, (2005)

“Social Security coverage in Latin America” Serie Social Protection Discussion paper, No. 0523. Washington DC, Banco Mundial, mayo.

Tokman, Victor (2005)

Inserción Laboral, mercados de trabajo y protección social. Santiago de Chile. CEPAL Serie Financiamiento del Desarrollo.

Uthoff, A y Cecilia Vera

Una nota sobre las políticas activas y el Estado de Bienestar. Serie de Políticas Sociales, Abril 2008. CEPAL.

Willmore, Larry (2005)

Non contributory pensions: Bolivia and Antigua in an international context. Santiago de Chile, CEPAL, Serie Financiamiento del Desarrollo

