

LOS SISTEMAS DE PROTECCIÓN SOCIAL EN AMERICA LATINA: Un análisis de las transferencias monetarias condicionadas

Dra. Ana Fonseca

Consultora del *Regional Bureau of Latin America* (RBLAC)
del Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo
(PNUD)

Ana.fonseca@undp.org.br
anafon@uol.com.br

INTRODUCCIÓN

El objetivo de este texto es hacer una reflexión acerca de los programas de transferencias monetarias condicionadas en América Latina y el Caribe, en el marco de la protección social, examinando sus posibilidades y sus desafíos en el enfrentamiento de la pobreza.

En la primera parte, trato de manera breve del tema de la protección social que marca su presencia en el escenario público como un desafío para nosotros, latinoamericanos y caribeños, poniendo énfasis en las modalidades que asume la protección.

En la segunda, hago una descripción de los programas de transferencias condicionadas para subrayar sus objetivos en el campo del combate a la pobreza y para destacar cómo los estados nacionales tratan de solucionar el tema de las contrapartidas como mecanismo de entrada y permanencia de los grupos familiares beneficiarios en una red de protección social. Otorgaré énfasis al tema de las condicionalidades en educación y salud, sobre todo a esta última, porque los arreglos en este campo actualizan las cuestiones del debate alrededor de la atención primaria en el pasado reciente.¹

En la tercera y última parte, indico los puntos de convergencia y las diferencias entre los programas de América Latina y el Caribe y exploro un aspecto particularmente relevante en lo que se refiere a los desafíos a ser enfrentados: la integración de los programas en el marco de la protección social.

Protección social

¹ Referencia a la Conferencia Internacional de los Cuidados Primarios en Salud, realizada en 1978 en Alma Mata y la Conferencia realizada en Bellagio en 1979. En la primera había una tensión entre dos posiciones: (a) atención primaria como parte de un sistema integrado de salud; (b) atención primaria como un tipo de cuidado en salud, pero focalizado en el combate a la pobreza y destinado a la población sin acceso a los recursos y servicios. Véase: VIANA, A. L. e FAUSTO, M.C.R. *Atenção Básica e Proteção Social: universalismo x focalismo e espaço não mercantil da assistência*. IN: VIANA, A.L. ELIAS, P.E y IBAÑEZ, N. (orgs) *Proteção Social: Dilemas e Desafios*. São Paulo: Hucitec, 2005, pp. 150-167

Las políticas sociales y los sistemas de protección social expresan el doble compromiso contenido en el concepto de solidaridad: conciliar la independencia individual con la responsabilidad colectiva.²

Los modernos sistemas de protección social fueron construidos en la base del compromiso con este nuevo derecho, lo cual pretende sobrepasar la noción de que es responsabilidad de los individuos superar todas sus dificultades. Los sistemas de protección social institucionalizan esa responsabilidad.

El antiguo sistema movilizaba a la familia, a la comunidad, a las asociaciones filantrópicas y religiosas y estuvo en vigencia hasta el momento de la intervención de las categorías ocupacionales o profesionales del Estado en las funciones clásicas de la protección social, ya en la mitad del siglo XIX e inicio del siglo XX. Así, los sistemas de protección son formados con base en el riesgo compartido generado por las situaciones de dependencia por la Sociedad, Mercado e Estado, en distintos momentos.

La protección social consiste en la acción colectiva de proteger de los riesgos o, dicho de otra manera, resulta de la imperiosa necesidad de neutralizar o reducir el impacto de determinados riesgos sobre el individuo y la sociedad. Por lo tanto, es posible afirmar que la formación de sistemas de protección resulta de la acción pública que visa a resguardar a la sociedad de los efectos de los riesgos: enfermedad, vejez, invalidez, desempleo, etc.

Las acciones constituyentes de la protección social (modalidades de intervención del Estado en el área social) pueden ser agrupadas conforme a tres modalidades básicas de acción: asistencia social; seguro social y seguridad social, que a su vez involucran las actividades que siguen: (a) asistencia social – distribución de bienes y recursos para sectores específicos de la población, de acuerdo con necesidades puntuales: son acciones de tipo focalizado, residual y selectivas y con financiamiento fiscal; (b) seguro social – distribución de bienes y servicios a categorías ocupacionales y es de base contributiva; (c) seguridad social - distribución de bienes y servicios a todos los individuos para la cobertura de los riesgos sociales clásicos – enfermedades, vejez, exclusión. (Cuadro 1)

² El tema de la protección fue desarrollado con base en la argumentación de Ana Luiza Viana. Vide: VIANA, A.L. ELIAS, P.E y IBAÑEZ, N. (orgs) Proteção Social: Dilemas e Desafios. São Paulo: Hucitec, 2005, pp. 15-57, especialmente.

INSTITUCIONES DE PROTECCIÓN

INSTITUCIONES	MODELO	NACIMIENTO	AREA
FAMILIA	Antiguo sistema Transición para la sociedad moderna	Permanente en los modelos. Compensa la retracción en las actividades de protección social	Asistencia Social
COMUNIDAD FILANTRÓPICAS Y RELIGIOSAS	Antiguo sistema Transición soc. moderna	Inglaterra Ley de los Pobres	Asistencia Social
TRABAJADORES	Seguro	Alemania- siglo XIX. Dominante en muchos países de Europa y AL	Jubilaciones, pensiones, invalidez, desempleo
ESTADO	Seguridad	Europa del Norte. Dominante en la área de salud en Europa. AL- Brasil, Costa Rica y Cuba	Salud Algunos beneficios asistenciales

El examen de las modalidades es importante una vez que puede indicar la forma de la prestación en un área social específica o el padrón de intervención del Estado en el área social como un todo. Una de estas formas es dominante para toda el área social cuando los diversos sectores de la política social – educación, salud y otros – son organizados y ofrecidos, exclusivamente, bajo una de estas modalidades, definiendo por esta manera el padrón de la intervención pública en el área social en determinado período histórico. En la experiencia de los Estados nacionales, siempre ocurre una combinación de las modalidades, o sea, no hay un sistema puro.

La conformación de los estados de bienestar que surgieron en el mundo desarrollado entre los años 30, entre la posguerra y los años 60, respondieron a la búsqueda de protección social ante los riesgos propios de la época, vinculados al papel central del trabajo en la definición y satisfacción de los derechos de las personas.³ Algunas condiciones especiales están en la raíz del surgimiento del Estado de Bienestar en la posguerra: la expansión del empleo y la incorporación a los sueldos de los incrementos de productividad; el crecimiento del consumo de masa; la teoría keynesiana que legitima la intervención pública; y el crecimiento de la capacidad administrativa del Estado.

³ CEPAL. La protección social de cara al futuro: acceso, financiamiento y solidaridad. Santiago: CEPAL, 2006, p.33

Hay muchas teorías, muchas corrientes de pensamiento que tratan de los orígenes y desarrollo del Estado de Bienestar Social y sobre los tipos de Estado de bienestar.

Solamente para hacer un registro de lo anterior, para algunos el desarrollo del Estado de Bienestar resulta del desarrollo del capitalismo en términos de modernización, industrialización y urbanización: las exigencias impuestas por el crecimiento de los riesgos asociados a los procesos de industrialización y urbanización. Para otros, el Estado de Bienestar resulta de la dinámica del proceso político expresando demandas sostenidas por la movilización social.

Del mismo modo que hay muchas teorías que buscan explicar el surgimiento del Estado de Bienestar Social, los pensadores, en estudios comparativos, hacen una tipología de la protección social y el trabajo clásico es el de Titmus (Social Policy, 1958) con sus tres modelos: **residual** – la política social actúa cuando la familia y el mercado no pueden atender a las necesidades del individuo. Así, la intervención es posterior (no preventiva), temporal (para la emergencia) y destinada a grupos particulares de individuos y por lo tanto selectiva. El segundo, es el modelo **meritorio y particularista** – cada uno puede atender sus necesidades a partir de su trabajo y por mérito propio. El tercer es el modelo **institucional re-distributivo**: la producción de bienes y servicios extra mercado en una perspectiva de derechos sociales universales: ingreso mínimo y sistema público y gratuito de servicios esenciales garantizado a todos los ciudadanos. (Cuadro 2)

TRES MODELOS DE PROTECCIÓN SOCIAL (TITMUS)

	RESIDUAL	MERITO	REDISTRIBUTIVO
COBERTURA	Marginal	Ocupacional	Universal
DESTINATARIO	Pobres	Trabajadores	Ciudadanos
PRESTACIONES	Limitada	Media	Extensa
FINANCIAMIENTO	Fiscal	Contributivo	Fiscal
REQUISITOS	Prueba necesidad	Contribuciones	Ciudadanía/ residencia

Protección Social en América Latina y el Caribe

Entre nosotros, las definiciones legales de la protección social datan de las primeras décadas del siglo XX y fueron dominadas por la concepción de seguro social (de tipo corporativo), o sea, vinculadas al trabajo. Aquellos que no eran asegurados tendrían otro tipo de protección. Los no asegurados en nuestra región utilizaban los servicios ofertados por los filantrópicos -- las Santas Casas en Brasil --, religiosos y servicios públicos tales como hospitales para enfermos crónicos, para enfermos mentales, etc. En resumen, ellos tendrían protección pública, caritativa y filantrópica.

Las cajas de jubilaciones y pensiones (CAPS) en Brasil, son del año de 1923 y en inicio de los años 30 surgieron los primeros institutos por categoría ocupacional. En Chile, conforme Hernán Sandoval, en 1925 hubo la creación del Seguro Obrero Obligatorio que otorgaba pensiones de invalidez y vejez, atención médica, subsidio de incapacidad laboral a los trabajadores del campo y de la ciudad. En el año 1952, la creación del Servicio Nacional de Salud permite el acceso a beneficios sanitarios para toda la población y es consagrada la responsabilidad estatal en Salud Pública. En el año 1980, en el contexto de las reformas introducidas por el régimen militar, el Servicio Nacional de Salud fue eliminado.

Así, el modelo de protección social en América Latina y el Caribe fue aquel con

base en el empleo formal y garantizaba dos tipos básicos de prestaciones: asistencia a la salud, individual y curativa, jubilaciones, pensiones y beneficios por accidentes de trabajo. El seguro por desempleo también fue garantizado en algunos países: Brasil, México (que es una pensión por despido en edad avanzada) y Venezuela.

Este modelo de protección se expandió con el crecimiento en el post 30 hasta mediados de los años 70. El modelo es fuertemente protector, pero no redistributivo, pues mantiene las posiciones de la sociedad salarial. La redistribución de recursos entre los sectores de la población y la movilidad social entre sectores ocurrieron en ese período por las políticas económicas, de expansión del empleo, y por modelos de tributación mas progresivos.

La crisis económica de los últimos dos decenios del siglo XX contribuyó con el deterioro de los seguros sociales – más personas pierden sus empleos, más personas son jubiladas, menos ingresan en un puesto de trabajo, y el Estado se retrae. Finalmente, *los programas de ajuste estructural, que comenzaron en la región en los años 80, también provocaron severos costos sociales y agravaron la crisis de los seguros.* La antigua asistencia social, limitada a unos pocos países de la región y con escasísimos recursos, fue afectada por la doble crisis.⁴

Cabe señalar que la cuestión de los modelos universales no estuvo colocada en América Latina, aunque en Brasil el tema estuvo presente en los años 80 en un momento especial: redemocratización con cuestionamiento del antiguo modelo de protección social. La Constitución del año 1988 aprobó el principio de la seguridad social involucrando, previdencia (previsión) social, asistencia social y salud, pero sin una estructura ministerial.

La estrategia para la crisis en nuestra región conoció un doble movimiento: las medidas de privatizaciones de empresas y servicios públicos, incremento de impuestos con la finalidad de reducir el déficit fiscal y favorecer *superávit*, apertura comercial, disminución del empleo publico, etc. y reformas en la protección social con fuertes críticas a su funcionamiento – ineficiencia administrativa, desequilibrio financiero, exclusión de los grupos de bajos

⁴ MESA-LAGO, C. Desarrollo social, reforma del Estado y de la seguridad social, al umbral del siglo XXI. BID, 2006.

ingresos y de los más pobres, etc.⁵

La crisis económica y los programas de ajuste agravaron la pobreza y fue en este contexto que surgieron en nuestra región las **redes de protección social** para focalizar en los grupos más vulnerables. Es también en este contexto y por la mitad de los años 90 que surgen en la región los primeros programas de transferencias condicionadas de ingreso. En resumen, reforma en los modelos de seguro y transferencia monetaria condicionada para los más pobres.

LA EXPERIENCIA DE AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE

En la segunda mitad de los años 90, los programas de transferencia de ingreso comenzaron a diseminarse en América Latina y el Caribe. Tomando como referencia la historia de la política social en esta parte del mundo, estos programas fueron presentados como una innovación en el ámbito del combate a la pobreza, por no adoptaren el modelo del seguro social – trabajo->contribuciones -->beneficios y servicios – y por rompieren con la tradición de las bolsas de alimentos, de las fundas. Además, fueron considerados singulares por establecer corresponsabilidades con el objetivo de mejorar los niveles educacionales, impedir la evasión escolar, el trabajo infantil y también para apoyar la nutrición mediante el mayor consumo de alimentos e incrementar los cuidados de la salud.

A pesar de la diversidad entre los programas, sea desde el punto de vista de las condiciones para el acceso, del monto del beneficio y de su fórmula de cálculo, del tiempo previsto para la permanencia, de los modelos de acompañamiento de los beneficiarios, de sus sistemas de identificación y selección, de las relaciones entre los niveles de gobierno, de sus modalidades de financiamiento, todos ellos comparten por lo menos tres elementos: el foco en familias, pobres o extremadamente pobres, con niños y adolescentes; el principio de las contrapartidas o condicionalidades establecidas y no pertenecen al campo de los derechos. Finalmente, de manera casi generalizada, los diseñadores de los programas determinaron que las mujeres debían ser las titulares de los programas.

Nuestra experiencia, por lo tanto, es bien distinta de la experiencia en Europa y de los términos en que el debate está colocado para ellos.

⁵ Conforme MESA-LAGO, “esta crítica estaba en parte sustentada por problemas serios y reales en un buen número de países, pero no en todos ellos, y procuraba, además, la reducción del gasto fiscal en aquellos con los sistemas más antiguos y poblaciones más envejecidas, los cuales sufrían los peores desequilibrios y recurrían a crecientes subsidios estatales.” Op. Cit. p. 1

El debate internacional, que es intenso, está centrado en dos temas principales: (1) los cambios en el mundo del trabajo, o sea, la incapacidad del mercado laboral de absorber todos los que están en condiciones de trabajar e inclusive de garantizar la manutención en los puestos de trabajo de aquellos que están trabajando; (2) las altas tasas de desempleo ya no consideradas como episódicas sino como estructurales. En resumen: los cambios en el mundo del trabajo provocados por la reestructuración productiva afectan de manera corrosiva los fundamentos de los Estados de Bienestar social.

Las posiciones en este debate son diversificadas, sobre todo, en el ámbito académico, pero con fuerte presencia en el escenario público. En el ámbito de las instituciones gubernamentales y en la Unión Europea, las posiciones están bien expresadas en sus documentos.

Solamente para registro presento las recomendaciones en el ámbito de la Unión Europea. (Cuadro 3)



POSICIONES EN EUROPA

- 1988 – El Parlamento Europeo, en su resolución de lucha contra la pobreza, recomienda a los Estados-miembros la implantación de un ingreso mínimo garantizado;
- 1989 – El Comité Económico Social también recomienda la implantación de un ingreso mínimo;
- 1989 – En Consejo de las Comunidades Europeas y los Ministros de los Asuntos Sociales reiteran la recomendación;
- 1989 – Los Jefes de Estado o de Gobierno de los once Estados-miembros y la Organización de la Cooperación para el Desarrollo Económico aprueban la Carta Comunitaria de los Derechos Sociales;
- 1992 – Recomendación del Consejo de las Comunidades que trata de los criterios relativos a los recursos y las prestaciones en los sistemas de protección social.

LOS PROGRAMAS

En la segunda mitad de los años 90, los programas de transferencia de ingreso comenzaron a diseminarse en América Latina y el Caribe, conforme tabla 1.

TABLA 1**Programas de Transferencia Condicionada de Ingreso
En América Latina y el Caribe**

Países	Año	Nombre
México	1997	Progresía-Oportunidades
Brasil	1997	PGRM; Bolsa Escola (2001); Bolsa Alimentação (2001); Auxilio Gás (2002); Cartão Alimentação (2003); Bolsa Família (desde octubre 2003)
Nicaragua	2000	Mi Familia
Colombia	2001	Familias en Acción
Ecuador	2001	Bono Solidaridad-Bono de Desarrollo Solidario
Argentina	2002	Jefes y Jefas de Familia
Chile	2002	Chile Solidario
El Salvador	2005	Programa Oportunidades (Red de Protección Social)
Uruguay	2005	Ingreso Solidario
Paraguay	2005	Tekoporã (piloto); Ñopytyvo (en la región del Chaco)
R. Dominicana	2005	Solidaridad
Perú	2005	JUNTOS
Panamá	2006	Red de Oportunidades

Los programas de transferencia de ingreso en **Brasil** comenzaron por iniciativa de las municipalidades y gobiernos estatales en el año 1995 y el gobierno federal siguió por el sendero abierto por las instancias subnacionales.

En 1996, el gobierno federal apoyó un programa de erradicación del trabajo infantil (PETI), que comenzó con un piloto en las áreas de carbón vegetal, en el que estuvieron involucradas agencias internacionales, organizaciones no gubernamentales, entre otros actores, y que continúa hasta el día de hoy.

En 1998, el gobierno dio inicio a una iniciativa de mayor alcance por medio de una ley que autorizó al gobierno federal, a conceder auxilio financiero a las municipalidades que quisieran implantar programas de ingreso mínimo asociado a la educación y que no dispusieran de recursos para hacerlo.

Ese proyecto fue abandonado y a partir de la mitad del segundo gobierno del presidente Fernando Henrique Cardoso tuvo lugar una etapa de creación de programas en los ministerios sectoriales. Se trata de los programas: Beca Escuela - Ministerio de la Educación; Beca Alimentación -Ministerio de la Salud; Auxilio al Gas -Ministerio de Minas e Energía y de un programa de emergencia para las áreas rurales (Beca Ingreso) para enfrentar los casos de sequías o inundaciones.

El gobierno del presidente Lula, a su vez, instituyó el Programa Tarjeta Alimentación (un plus de ingreso a los beneficiarios de los demás programas), dentro de la política denominada Hambre Cero. Estos programas fueron unificados en octubre de 2003, en el Programa Beca Familia que es un programa de transferencia con condicionalidades. En la actualidad, el Ministerio del Desarrollo Social es el órgano encargado del programa. Es importante subrayar que de manera distinta de los demás países de la región, la experiencia en Brasil tiene su inicio de manera sectorial.

En 1997, en **México**, PROGRESA (Programa de Educación, Salud e Alimentación), antecesor del programa OPORTUNIDADES, fue concebido como un medio de acceso a los derechos a la salud, educación básica, y alimentación adecuada. Con estos componentes, el programa se proponía garantizar la igualdad de oportunidades y el establecimiento de mejores condiciones para los individuos y sus familias. Obsérvese, por lo tanto, que en México el programa es concebido de manera intersectorial.

Desde el punto de vista institucional, Oportunidades tiene una coordinación interinstitucional que es constituida por la Secretaria de Desarrollo Social (SEDESOL), Educación Pública (SEP), Salud y Asistencia (SSA), Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) y Secretaria de Hacienda y Crédito Público.⁶

Oportunidades funciona con corresponsabilidades: los apoyos monetarios (para la alimentación, educación) son condicionados al cumplimiento de condicionalidades: asistencia de los miembros de la familia a los servicios de salud y de los titulares a sesiones de salud; asistencia regular de los niños a la escuela. Pero México amplió la población objetivo del programa por medio de la incorporación de los adultos mayores de 70 años integrantes de las familias beneficiarias. Ellos reciben 25 dólares,⁷ y deben comparecer a 8 citas médicas programadas. El país también promueve otra innovación con jóvenes en Oportunidades que funciona como estímulo a la conclusión de la educación

⁶ En el caso del componente salud son dos proveedores de servicio: IMSS y SSA. Es importante señalar que en el caso del sector educativo y sector salud con SSA los servicios están descentralizados en los gobiernos de los estados.

⁷ Adicionales al apoyo que se le otorga al hogar por alimentación, independientemente que tengan hijos. Hay un piso básico de apoyo para alimentación por familia en extrema pobreza. Los adultos mayores tienen que asistir a una cita semestral programada de acuerdo a la estrategia de atención definida por el sector salud.

media superior. Los jóvenes reciben 300 dólares como ahorro para lo que quieran hacer.⁸

En **Nicaragua**, el Programa Mi Familia, que pertenece a la Red de Protección Social, empezó en el año **2000** involucrando seis municipios. En la segunda fase (2003-2006) fueron agregados tres municipios más, elevando a 9 el número de municipios y atendiendo 20 mil familias. El programa se dirige a las familias en situación de extrema pobreza y en la primera fase hubo una combinación de criterios para la focalización: los departamentos con elevados niveles de pobreza, en los municipios con alta incidencia de pobreza y de **fácil acceso a las escuelas y puestos de salud**; en las comarcas, a donde residen las familias, los criterios son afinados: índice de marginalidad, grado de escolaridad de jefe del hogar, tamaño de las familias, etc. El programa está a cargo del Ministerio de la Familia.

Como los demás programas, Mi Familia tiene como objetivos con la transferencia: mejorar la alimentación de las familias en extrema pobreza; reducir el absentismo escolar; y aumentar los cuidados de salud de los niños y adolescentes.

En **Colombia**, Familias en Acción, lanzado en **2001**, ha sido dirigido a las familias en situación de extrema pobreza con niños y adolescentes. El programa ha presentado algunas semejanzas con el de México: los componentes de educación, salud y alimentación. En diciembre de 2005, Familias en Acción había atendido a 400 mil familias y ampliado su cobertura para los grandes y medianos centros urbanos.

Como los demás programas en la región, Familias en Acción es un programa de transferencia condicionada de ingreso, Así, para el subsidio nutricional, las familias deben mantener al día la vacuna de sus hijos, llevar a los niños menores de 7 años a las citas de control de crecimiento y desarrollo. Para el subsidio escolar, deben garantizar que los niños, beneficiarios de este subsidio, no falten a clases en forma injustificada, más de 8 veces en un bimestre.⁹

El programa pertenece a la Red de Apoyo Social, que busca establecer bases para consolidarse en un sistema de protección social. La Red es formada por

⁸ Véase la extraordinaria exposición de GÁNDARA, María Concepción Steta, Directora General de Planeación y Evaluación, en el Foro de Intercambio de Experiencias Latinoamericanas sobre Programas de Transferencia Monetaria Condicionada. El Salvador, enero 2006

⁹ Véase la excelente ponencia de Fernando Sánchez Prada en el Foro de Intercambio de Experiencias Latinoamericanas sobre Programas de Transferencia Monetaria Condicionada (El Salvador, enero 2005). Es importante adicional que Colombia produjo un material de calidad (sobre todo videos) para los agentes gubernamentales y no gubernamentales y para los estudiosos que vale la pena conocer.

tres programas: Empleo en Acción, Jóvenes en Acción y Familias en Acción. Para su puesta en marcha la Red de Apoyo Social de la Presidencia de la República (RAS) actuó como unidad ejecutora, adscrita al Fondo de Inversión para la PAZ (FIP), creado por ley en 1988, como cuenta especial del Departamento Administrativo de la Presidencia de la República (DAPR)¹⁰

En **Chile**, el proyecto piloto Chile Solidario, después de un año y medio de debate, fue convertido en ley por el Congreso en **2004**. En 2002, el Presidente Ricardo Lagos afirmó que el desafío de su gobierno consistía en eliminar la indigencia al final de su gobierno (2005). Este desafío condujo a la creación del Sistema Chile Solidario y del programa Puente – mecanismo de trabajo con las familias –, y el Fondo de Solidaridad e Inversión Social como medio de financiamiento del sistema.

Chile Solidario se dirige a las familias en situación de indigencia y cuenta con cuatro componentes: 1) apoyo psico-social (Programa Puente/FOSIS); 2) apoyo económico mensual de protección a la familia (bono de protección mensual a la familia) – cerca de 15 dólares en los primeros 6 meses, 11,5 dólares del 7° al 12° mes y de 8 y 5 dólares en el segundo año; 3) beneficios monetarios garantizados – pensiones asistenciales por vejez, invalidez, deficiencia mental etc. 4) acceso preferencial a los programas de promoción social. Desde el punto de vista institucional, Chile Solidario es vinculado al Ministerio de Planificación Y Cooperación (MIDEPLAN).

En **Ecuador**, en **2001**, el gobierno trató de eliminar el subsidio universal al gas y pasó a otorgar una transferencia en efectivo a los extremadamente pobres, que se llamó Bono de Solidaridad. En seguida, el subsidio al gas volvió a ser concedido, pero el Bono Solidario fue mantenido. En 2002 fue instituido el Bono de Desarrollo Humano con la meta de alcanzar 1,2 millones de las familias situadas en los quintiles I y II de ingresos. El programa paga 15 dólares mensuales por familia. Del mismo modo que los demás programas en la región, es un programa de transferencia condicionada: salud – para las familias con niños menores de 6 años; educación – para los niños y adolescentes (6 y 15 años) – con una asistencia de 90% de los días escolares. El programa realiza los pagos por medio de la red bancaria, las mujeres son

¹⁰ Un excelente libro hace todo el recorrido de la historia de familias en Acción. Es un relato institucional con importante reflexión para los gestores del área social, para los estudiosos y los “hacedores de políticas”. Véase: Aprendizaje Colectivo: Familias en Acción. Agencia Presidencial para la Acción Social y la Cooperación Internacional. Bogotá, noviembre 2005.

las titulares y en junio de 2004 había más de 800 mil madres beneficiarias.¹¹ El programa está alojado en el Ministerio del Bienestar Social.

En **República Dominicana**, el Programa Solidaridad, lanzado en **2005** y que pertenece a la Red de Protección Social, opera con 3 componentes: Comer es Primero – 550 pesos o 16 dólares – para la alimentación; Incentivo a la Asistencia Escolar – 150 pesos o cerca de 5 dólares por niño en edad escolar y hasta 4 niños por familia – y República Dominicana con Nombre y Apellido (documentación civil). El programa se dirige a las familias en situación de extrema pobreza, y de modo innovador, admite en el programa Comer es Primero a familias sin hijos en edad escolar. En este sentido, tiene un punto en común con el Programa Ingreso Ciudadano de Uruguay, que tuvo inicio en 2005. El Gabinete Social es responsable por el programa.

En **Paraguay**, el programa Tekoporã (bienestar en guaraní) es un programa piloto que se lleva a cabo en dos departamentos y cinco municipalidades. En la etapa actual, el programa se dirige a las familias en situación de extrema pobreza residentes en las zonas rurales del país, con niños y adolescentes. Lanzado en **2005**, el programa, que pertenece a la Red de Protección Social, opera con condicionalidades vinculadas a la salud y a la educación. De modo semejante al programa de Chile, cuenta con los Guías Familiares que hacen el seguimiento de las familias. Así como en otros países de la región, la mujer es la titular. Más recientemente, otro programa de transferencia, Ñopytyvo (en Guaraní quiere decir “trabajemos todos juntos”), comenzó a operar en una región del país (Chaco). La inserción institucional de los dos programas es en la Secretaria de Acción Social (SAS)

En **Argentina**, el programa Jefes y Jefas del Hogar, lanzado oficialmente en **2002**, fue destinado a los jefes y jefas sin empleo, con hijos hasta los 18 años o discapacitados en cualquier edad o con el jefe o cónyuge embarazada. El programa consistía en un beneficio monetario con la condición de que los niños asistiesen a clase y fuesen sometidos a controles de salud. El valor del beneficio era de 150 pesos (cerca de 50 dólares) y la contrapartida era de 4 a 6 horas diarias de actividad en proyectos que promoviesen mejoras comunitarias y funcionasen como capacitación. El Ministerio del Desarrollo Social y Medio Ambiente es la autoridad de aplicación del Programa.

¹¹ Ecuador: Bono de Desarrollo Solidario. Trabajo presentado por Ruth Lucio (Secretaria Técnica del Sector Social) en el Tercer Encuentro de la Red de Monitoreo de Política Social). Quito. Noviembre 2004

En **febrero de 2006**, fue anunciada la reformulación o el reemplazo de Jefes y Jefas del Hogar por tres programas: Familias para la Inclusión Social, Seguro de Empleo y Capacitación y Seguro de Desempleo.

De manera distinta del Jefes y Jefas del Hogar, Familias para la Inclusión reemplaza las contraprestaciones de naturaleza laboral por compromisos con condicionalidades en educación y salud y no es exclusivo para los jefes y jefas de familia desempleados. Hay un intento de lograr que las madres jefas de familia migren de forma voluntaria para el programa y se les abra la posibilidad a las familias monoparentales del sexo masculino para que integren el nuevo programa.

Ya el programa Seguro Empleo y Capacitación se dirige a las personas desempleadas. El valor del beneficio es de 225 pesos (73 dólares) y el tiempo máximo de permanencia es de dos años y ese período puede ser computado para fines de jubilación por tiempo de servicio. En cuanto al programa Seguro Desempleo, todavía no hay información acerca de su formato. En la actualidad, los programas de Seguro Desempleo en Argentina atienden 60 mil desempleados con beneficios entre 150 y 300 pesos (50 y 100 dólares).

En **Perú**, el Programa Juntos, lanzado en septiembre del **2005**, se dirige a las familias más pobres con niños y adolescentes. Las familias reciben un subsidio en dinero (valor fijo equivalente a 30 dólares) como un incentivo al cumplimiento de compromisos de participación en algunos programas de las áreas de salud, nutrición, educación y desarrollo de la ciudadanía, bajo un enfoque de restitución de Derechos Básicos.

La mujer es la representante de la familia para efectos del cobro del incentivo y cada hogar asume compromisos en las áreas de salud, educación, nutrición e identidad (indocumentados)¹² como condición de acceso al programa.

La estrategia de implementación en esa fase piloto del programa fue la focalización geográfica con cinco criterios: afectación por la violencia, necesidades básicas insatisfechas; brecha de pobreza; desnutrición infantil crónica y extrema pobreza.

Con esos criterios fueron elegidos cuatro departamentos y en ellos, 110 distritos. La expansión para 2006, involucró cinco departamentos más y elevó a 320 el número de distritos. Hasta diciembre de 2005, el programa había

¹² En los 70 primeros distritos, el número de potenciales titulares indocumentados fue 15.900, pero en enero de 2006, 11.396 ya tienen su identificación y pudieron ingresar en el Programa

atendido a cerca de 28 mil familias y en julio 2006, un poco más de 70 mil familias.

En la estructura del Gobierno, Juntos está insertado en un Consejo Directivo vinculado a la Presidencia de la República y que es formado por un representante del Presidente, por Ministros y dirigentes de organizaciones no gubernamentales. Para la ejecución cuenta con un Director Ejecutivo del programa y su equipo en el nivel central y regional.

Es importante subrayar que parte de lo presupuestado del Programa es destinado a ampliar la oferta de servicios en las áreas de salud y educación para que las mismas puedan soportar la demanda creada por Juntos.

En **El Salvador** empezó en **2005**, como parte de la estrategia social para el período 2004-2009, el Programa Oportunidades con cinco componentes – salud, jóvenes, crédito, conecta y red solidaria, que incluye transferencia condicionada de ingreso.

El programa se dirige a las familias en situación de extrema pobreza con niños y niñas menores de 15 años o con mujeres embarazadas en el momento del registro. La mujer es la titular del programa, el valor de la transferencia varía entre 15 y 20 dólares por familia, el tiempo de permanencia es de hasta tres años y las responsabilidades son: asistencia a los controles prenatales (para las embarazadas), control del crecimiento y desarrollo, vacunación completa (menores de cinco años); matrícula y asistencia regular a la escuela de parvularia a sexto grado en niños y niñas de cinco años y menores de quince años; capacitaciones. En 2005, el programa atendió cerca de 12 mil familias.

En **Panamá**, el programa Red de Oportunidades empezó en abril de **2006** y es como los demás, un programa de transferencia monetaria condicionada a la asistencia escolar y a los controles de salud por parte del grupo materno-infantil. En el mes de agosto estaba atendiendo a 12 mil familias y pertenece a la red de protección que está siendo armada en aquel país. El programa es vinculado al Ministerio de Desarrollo Social. (MIDES)

En trayectoria en curso en América Latina y el Caribe los programas en general parecen compartir los principios que siguen:

- **equidad** -- son dirigidos a los más pobres y vulnerables y por ello los sistemas de registro y selección de beneficiarios adquieren la mayor importancia;

- **corresponsabilidad** -- es un compromiso de doble mano, o sea, el Estado asume la oferta de los servicios públicos y los beneficiarios asumen sus compromisos en las áreas de salud y educación, sobre todo, por medio de los términos de compromiso que firman como conoedores de las reglas del Programa;
- **integralidad** -- acciones coordinadas entre los distintos sectores de las políticas sociales, para promover sinergias y enfrentar las características multidimensionales de la pobreza, además de optimizar el gasto social;
- **transparencia** -- los controles sociales con participación del Estado y la sociedad civil, las asambleas comunales de validación, los comités de revisión entre otros;
- **evaluación** – para medir los impactos en las condiciones de vida de las familias, las mejoras en los indicadores sociales, para hacer eventuales ajustes y para la rendición de cuentas del gasto público.

Comentarios Finales: desafíos

Los programas comparten algunas características y entre éstas la focalización, la corresponsabilidad para los componentes salud y educación y en su casi totalidad son dirigidos exclusivamente a las familias con niños y adolescentes. Los varios elementos que son compartidos también colocan algunos buenos problemas desde el punto de vista de la protección social:

1º) **La titularidad de los derechos es transitoria** y en caso de la salud, se trata solamente de una atención primaria o básica reducida a la atención materna infantil (vacunas, peso y talla, exámenes prenatales).

El acceso a este paquete, cuando es garantizado, no funciona como una puerta de entrada para otros niveles más complejos de atención a la salud, o sea, no opera como un filtro para seleccionar los casos que requieran cuidado especializado en otro nivel de atención.

Del modo como está puesto en algunas realidades nacionales, existe el riesgo para el Estado de solo proveer servicios pobres y sólo para los pobres. Este aspecto nos es trivial, pues en nuestra región las autoridades de salud mencionan como su preocupación número 1:

- La **alta morbimortalidad materno infantil** (Nicaragua, Perú, República Dominicana, Bolivia, Guatemala);

- Las **enfermedades infecciosas de transmisión vectorial** como malaria, dengue, mal de Chagas, Leshmaniasis (Ecuador, El Salvador, Perú, Honduras) y ocupa el segundo lugar en Brasil, Guatemala y Nicaragua;
- Las **enfermedades crónico degenerativas** como hipertensión, diabetes (Chile, Colombia, Panamá) ¹³

2º) **Focalización y selectividad** – en algunas experiencias nacionales, los más pobres que viven en localidades a donde no hay oferta de servicios públicos, no pueden acceder al programa, o sea, son doblemente penalizados. La focalización es inevitable cuando los recursos son limitados (siempre lo son) permitiendo en un dado momento hacer transferencias para un grupo (familias pobres con niños, por ejemplo) y excluyendo del beneficio posible a otro grupo vulnerable. La ampliación sucesiva del foco (o del “zoom”) debería ser el horizonte, pues los programas pueden funcionar como mecanismos de distribución de activos que permiten avanzar en formas menos excluyentes de vida en la sociedad.

3º) Las **corresponsabilidades** son de doble mano (en una mano el Estado con la oferta, y en la otra el beneficiario cumple con su derecho y su deber). Hay entonces presión por la oferta y si el Estado no cumple su parte, esto compromete los objetivos del programa. De otro modo, si la cumple, ampliando la oferta en determinados territorios a donde fue implantado el programa, acaba por afectar la capacidad de movilidad de las familias, pues la oferta es localizada.

4) El **acompañamiento** de las corresponsabilidades sigue siendo difícil para un grupo de países, aunque la quieran hacer, y esto en el mediano plazo puede afectar la credibilidad del programa y su impacto;

5) Acoplar **otras políticas** alrededor de las familias que reciben la transferencia sigue siendo un desafío a la concertación gubernamental y por supuesto afecta la deseable sinergia.

6) Hacer del programa un camino de **entrada en una red** más amplia de protección.

En el campo de la concertación, las actividades intersectoriales para

¹³ CEPAL. Políticas y programas de salud en América Latina. Problemas y propuestas. Serie Políticas Sociales, 114. Santiago: diciembre, 2005

sobrepasar un área específica y promover sinergias son imprescindibles. En el caso de la salud, que figura en las transferencias condicionadas, es necesario más que acciones ejecutadas por el área de salud, tales como: educación en salud, nutrición, abastecimiento de agua, saneamiento básico, medio ambiente, o sea, algo más que las inmunizaciones y cuidados del grupo materno-infantil.

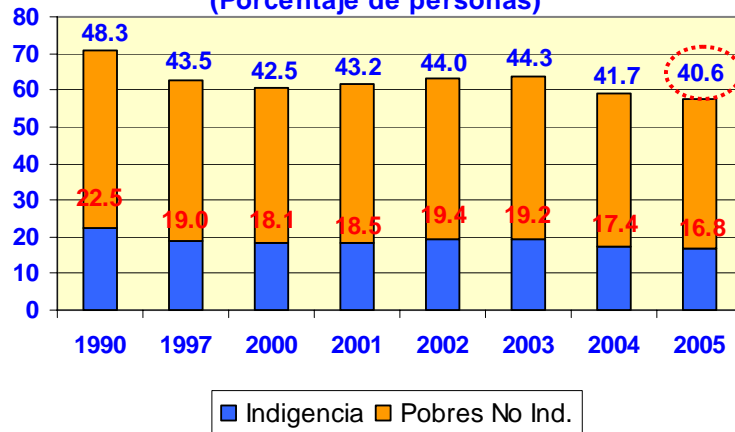
Si nos tocase hacer un inventario, creo que diríamos que en el campo de la protección social combinamos políticas de corte universal con programas selectivos; hacemos focalización; nuestro enfoque lo da es la necesidad extrema y no los derechos ciudadanos;; se fomenta la corresponsabilidad de los beneficiarios.

Una mirada panorámica para nuestra región nos revela dos cosas. La primera es que en los años 90 había un discurso acerca de la tarea de compensar las desigualdades de origen para abrir oportunidades: de acceso, especialmente en educación y en atención a la salud y también de condiciones básicas de habitabilidad. Estos propósitos guiarían las políticas sociales en buena parte de los países latinoamericanos con logros y resultados de distinto alcance. Entretanto, la dependencia de los derechos sociales de la inserción laboral torna vulnerable tales derechos para un segmento amplio de la sociedad.¹⁴ La segunda es que todavía la pobreza y la exclusión siguen saliendo a afrentarnos, con su cara inaceptable, política y éticamente, y vergonzante. (Gráficos 1 y 2)

¹⁴ HARDY, C. Sociedades latinoamericanas y políticas sociales. IN: HARDY, C (ed.) Equidad y protección social. Desafíos de políticas sociales en América Latina. Santiago: LOM Ediciones; Fundación Chile 21, 2004, p. 270-271.

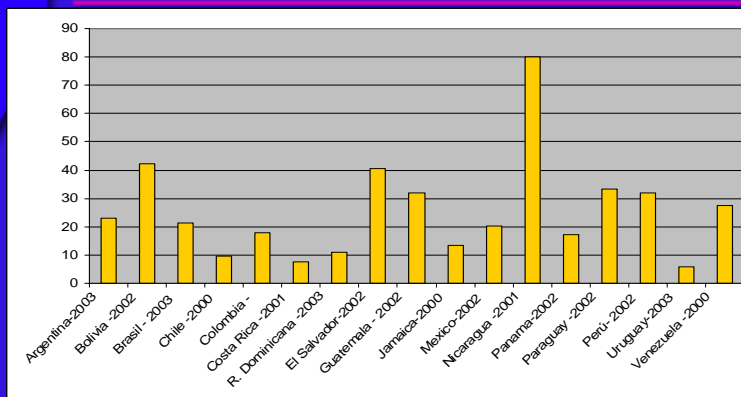
INDIGENCIA Y POBREZA

América Latina: Evolución de la indigencia y la pobreza 1990-2005
(Porcentaje de personas)



MEDINA, Fernando. Los desafíos de la política social en América Latina y el Caribe. CEPAL, 2006

Populación (%) con hasta \$2 (PPP) al día



FUENTE: PERRY, G. E. at. Al. Poverty Reduction and Growth: Virtuous and Vicious Circles. The World Bank: Washington, DC, 2006

Los desafíos están arriba de la mesa y las salidas no dependen de recursos cognitivos sino sobre todo políticos, del grado de persuasión logrado y de la solidaridad en el sentido más profundo de la palabra.

2 de Septiembre de 2006