

ARGENTINA

AVANCES EN LA CONSOLIDACIÓN DE LA PROTECCIÓN SOCIAL⁵

Argentina cuenta con una larga historia en materia de protección social. En sus orígenes, los programas de la seguridad social se organizaron siguiendo el modelo contributivo del seguro social financiado por cotizaciones salariales. Desde su nacimiento, la seguridad social estuvo fragmentada dado que brindaba cobertura a distintos grupos de trabajadores con esquemas o subsistemas específicos. Asimismo, su evolución enfrentó las restricciones que impone un mercado de trabajo segmentado en el que la informalidad ha estado siempre presente aunque con distintas intensidades. Luego de varias décadas, los esquemas fueron unificándose y fueron incorporándose otras fuentes de financiamiento no contributivas, como son los recursos de impuestos generales.

Actualmente, la protección social cuenta con una compleja matriz de esquemas y programas que cubren los diversos riesgos sociales de gran parte de la población aunque no en forma universal: vejez, invalidez, fallecimiento y acceso a servicios de cuidados de salud, desempleo, maternidad, riesgos de trabajo y enfermedades profesionales. Estas coberturas para personas en distintas etapas del ciclo de vida se logran a partir de diversas fuentes de financiamiento, tanto contributivas como no contributivas.

La cobertura previsional y de salud constituyen la parte más significativa de la protección social en cuanto a la cantidad de población cubierta y el monto de los recursos asignados. Otros programas tienen una menor participación en el PIB, sin embargo, su importancia radica en los efectos positivos sobre la inversión social y el impacto social y económico. Por ejemplo, las asignaciones familiares son cruciales para la seguridad económica de las familias con niños, niñas y adolescentes y para facilitar el acceso a servicios esenciales, tales como la educación y la salud. Por otro lado, los programas de seguridad económica para los desempleados y trabajadores informales han jugado un papel muy relevante para aliviar las consecuencias de las crisis y para facilitar la transición hacia la formalidad laboral.

Principales cambios a partir de 2002-2003 y reformulaciones recientes

La crisis económica de 2001-2002 constituyó un punto de inflexión para la protección social en Argentina. El agotamiento del modelo macroeconómico de los años noventa con un largo período de estancamiento hacia fines de esa década, conjugado con un fuerte deterioro del mercado de trabajo, puso de relieve la necesidad de dar una rápida respuesta para atender las consecuencias de la crisis y, a la vez, generar un esquema que modificara la relación entre trabajo, ingresos y protección social. Así, en 2002 se puso en marcha un importante programa de naturaleza no contributiva para garantizar cierta seguridad de ingresos a hombres y mujeres sin empleo o que se desempeñaban en la economía informal. Con 2 millones de beneficiarios en mayo de 2003, el Plan Jefas y Jefes de Hogar Desocupados constituyó un cambio significativo: por un lado, porque rápidamente se implementó como un programa de transferencias con amplia cobertura e impactos sociales y, por otro lado, porque generó una transformación en la lógica que primó durante las décadas anteriores, con el predominio de los programas de transferencias contributivos y de los planes de empleo focalizados.

El cambio de modelo económico a partir de 2003 también llevó aparejada una fuerte recuperación económica con incrementos sustanciales del empleo formal. Tanto el contexto económico como las políticas laborales permitieron un aumento sostenido del empleo

⁵ Fuente: OIT Argentina

registrado y, por lo tanto, de la cobertura de la seguridad social contributiva. El mayor espacio fiscal permitió luego, en 2005 y en 2009, la implementación de políticas para el aumento de la cobertura de las prestaciones por vejez, a través del Plan de Inclusión Previsional (PIP), y de las transferencias para niños, niñas y adolescentes, mediante la Asignación Universal por Hijo (AUH). Complementariamente, otros programas reforzaron la cobertura al aumentar considerablemente el número de beneficiarios. Este es el caso de las pensiones no contributivas por invalidez y para madres de siete hijos o más, y la Asignación por Embarazo.

Como resultado, la década de 2000 fue testigo de una ampliación sustancial de la cobertura en tres etapas del ciclo de vida de las personas: a) en los niños, niñas y adolescentes, a través de la AUH; b) en las personas en edad de trabajar, a través del empleo formal, con su consecuente impacto sobre el grupo familiar en las coberturas de salud, asignaciones familiares y previsión social, y c) en los adultos mayores, por el PIP.

Estos tres logros pueden resumirse de la siguiente forma:

a) Aumento de la cobertura a través de las asignaciones familiares

Una reforma de gran escala fue la AUH implementada desde noviembre de 2009, que permitió la extensión de la cobertura de las asignaciones familiares a niños, niñas y adolescentes. Mediante este pilar no contributivo, se expande la prestación por hijo menor de 18 años (e hijo con discapacidad) a los trabajadores de la economía informal, a los monotributistas sociales y a las trabajadoras del servicio doméstico. Con la creación de la AUH, la cobertura de niños y jóvenes que reciben transferencias de ingresos por parte del sistema de protección social pasó de 37%, a principios de los años 2000, a 86%, en 2009. Como resultado, mientras las asignaciones contributivas habrían reducido la indigencia entre niños y adolescentes en un tercio, la AUH habría duplicado esta reducción. Hacia 2011, aproximadamente 3,6 millones de niños, niñas y adolescentes se encontraban cubiertos por este programa.

b) Aumento de la cobertura a través del empleo

La cobertura de trabajadores en edades activas entre 18 y 65 años aumentó de 27,9% a 38,9%, entre 2003 y 2011. Asimismo, si se considera solo a los asalariados, la cobertura de aportantes a la seguridad social se incrementó de 52,1% a 66,7%, en el mismo período. Finalmente, otro elocuente indicador corresponde a los datos administrativos de la seguridad social, el cual señala que la cantidad de puestos registrados aumentó un 82,5%, alcanzando a 8,8 millones de personas en marzo de 2011. El principal motor de este incremento fue el empleo en relación de dependencia, que explica el 73,9%, mientras el empleo independiente, principalmente de los monotributistas, explica un 20,1% y el servicio doméstico, el porcentaje restante.

c) Aumento de la cobertura a través de las jubilaciones y pensiones, mediante programas semicontributivos y no contributivos

Durante una primera instancia, para superar los efectos de la crisis de 2002, se extendió la cobertura de los programas de seguridad de ingresos a adultos mayores con altos niveles de vulnerabilidad. Luego, a partir de 2005, por medio del PIP, se estableció un mecanismo de moratorias que permitió que el número de beneficiarios de jubilaciones y pensiones del SIPA pasara de 2,9 millones, en 2005, a 4,6 millones, a principios de 2011. En particular, el PIP permitió elevar la cobertura previsional para adultos mayores de 67,7%, en el segundo semestre de 2005, hasta 90,8%, en el cuarto trimestre de 2011. El mayor incremento de la cobertura se registró entre las mujeres y entre los grupos más vulnerables, en particular, en

las regiones con menor desarrollo del país. Durante este período, se destaca la reestatización del régimen de capitalización a fines de 2008 y su unificación con el régimen público de reparto existente. Ese mismo año se estableció la ley de movilidad previsional, que permite un ajuste automático de las prestaciones para mantener su poder adquisitivo

En materia de servicios de salud, el incremento del empleo registrado y el aumento de la cobertura del sistema previsional han permitido extender el alcance del seguro social, luego del descenso registrado entre finales de la década de 1990 y principios de los años 2000. Según los datos del Censo 2010, la población con cobertura de salud (obra social o seguro privado) alcanza al 63,9% de la población. Este último registro de cobertura se ubica por encima del dato de 2001 (51,9%) y en un nivel levemente superior al de 1991 (63,1%). Si bien el sistema de salud está asentado sobre la provisión pública de servicios, a la que tienen derecho todos los habitantes del país, independientemente de que cuenten con seguro social. o privado, se creó el Plan Nacer, con el propósito de promover la construcción de seguros provinciales de salud materno infantiles para personas sin cobertura. Inicialmente, este plan busca fortalecer el acceso a los servicios esenciales de salud a las poblaciones más vulnerables. Desde su implementación, ha otorgado cobertura a más de 3 millones de beneficiarios, entre los que se encuentran mujeres embarazadas, puérperas y niños y niñas, quienes por primera vez gozan de cobertura explícita de salud.

Agenda para una protección social más sistémica y efectiva

En Argentina, la inversión en protección social es elevada y se ha incrementado durante la última década porque es una prioridad de la política pública. Dicho crecimiento además fue posible por el incremento de los recursos del Estado. La disponibilidad de un espacio fiscal más amplio, que permitió las expansiones de la protección social, se debe a la mayor recaudación general y al recupero de la matriz de financiamiento contributiva. La recaudación tributaria en términos del PIB (o presión tributaria) registró un incremento sostenido entre 2000 y 2011, ganando casi 13 p.p. y alcanzando 34,6% del PIB en 2011. Por otra parte, la recaudación de recursos de la seguridad social también se incrementó de manera considerable, pasando de 3,4% del PBI a 7,4% del PBI, entre 2000 y 2011.

El comportamiento de los recursos de la seguridad social (explicado por la creación de empleo registrado, la creación del SIPA y, en menor medida, la moratoria previsional y otros cambios normativos) permitió expandir el gasto e incrementar el peso de la porción contributiva en el financiamiento de la seguridad social. El peso de los aportes y contribuciones en el financiamiento del gasto en previsión pasó de 34% en 2000, a 80% en 2010. De esta forma, el presente encuentra un sistema de protección social desarrollado, con cierta madurez, donde la consolidación de los procesos ya iniciados junto con la garantía de su sostenibilidad constituyen los mayores desafíos a alcanzar.

Otro desafío para la protección social es el desarrollo e institucionalización de un sistema de cuidados, como respuesta a los cambios demográficos pero también para facilitar el acceso de la mujer al mercado de trabajo. Ello permitiría una mejor conciliación de las responsabilidades familiares con el trabajo. En el caso de la cobertura previsional para los adultos mayores, resta institucionalizar la figura bajo la cual se cerrarán las brechas de protección que puedan surgir a futuro, como producto de los elevados niveles de informalidad que aún persisten en el mercado laboral. Por otra parte, en materia de provisión de servicios de salud, la presencia de un sistema caracterizado por la fragmentación y la falta de articulación entre los diferentes subsectores (y hacia el interior de cada uno de ellos), impone ciertos desafíos para alcanzar una cobertura universal efectiva, de calidad y equitativa. Estos puntos demandan una serie de reformas institucionales, como son el fortalecimiento de la presencia estatal en el sector y la redefinición de aspectos que hacen a la equidad y al financiamiento de la seguridad social