

## **Conferencia Interamericana de Seguridad Social**



**Centro Interamericano de  
Estudios de Seguridad Social**

Este documento forma parte de la producción editorial del Centro Interamericano de Estudios de Seguridad Social (CIESS), órgano de docencia, capacitación e investigación de la Conferencia Interamericana de Seguridad Social (CISS)

Se permite su reproducción total o parcial, en copia digital o impresa; siempre y cuando se cite la fuente y se reconozca la autoría.

PRIMER  
SEMINARIO  
INTERNACIONAL

Seguridad Social  
en el **campo**

# Memoria



MÉXICO 2002  
Del 24 al 26 de junio

Memoria del  
Primer Seminario Internacional  
sobre Seguridad Social  
en el Campo

- © Instituto Mexicano del Seguro Social
- © Centro Interamericano de Estudios de Seguridad Social /  
Conferencia Interamericana de Seguridad Social

La presente edición de la *Memoria del Primer Seminario Internacional sobre Seguridad Social en el Campo*, incluye *in extenso* las intervenciones que tuvieron lugar en este evento, así como las principales conclusiones y resultados alcanzados. El *Seminario* tuvo lugar en México, en junio de 2002, bajo la coordinación de la Dirección de Afiliación y Cobranza, del Instituto Mexicano del Seguro Social.

Editor responsable:	<b>José Antonio Alvarado Ramírez</b>
Coordinación editorial:	<b>Alejandro del Valle Muñoz</b>
Composición y Diseño gráfico:	<b>Delfín Montañana Surió</b>
Lectura y corrección:	<b>Violeta Sánchez Romay</b>
Apoyo técnico:	<b>Jorge A. Martín del Campo Cárdenas</b> <b>Luis René Ayala Robledo</b>

Primera edición, 2002.  
Impreso y hecho en México.  
Derechos reservados conforme a la ley.  
ISBN: 968-824-786-3

# ÍNDICE

PRESENTACIÓN	7
MARCO INTRODUCTORIO	11
SESIÓN INAUGURAL	17
PRIMER DÍA DE PRESENTACIONES	25
<b>Seguridad Social para todos</b> Dr. Santiago Levy	27
<b>Extensión de la protección social en salud.     Experiencias en pro y en contra de los     grupos excluidos</b> Dra. Cecilia Acuña	45
<b>La cobertura de la Seguridad Social en el     campo: La experiencia de algunos países     orientales</b> Dra. Aviva Ron	57
<b>La cobertura de los trabajadores del     campo en el marco de un sistema     unificado de Seguridad Social. El caso     de Argentina</b> Dr. Alfredo H. Conte Grand	68
<b>El Programa de Desarrollo Humano     <i>Oportunidades</i>. Una estrategia extensiva     de atención a la salud en el campo</b> Dr. Francisco Barrera Sánchez	80

SEGUNDO DÍA DE PRESENTACIONES	89
<b>Transformaciones y continuidades en las condiciones de los jornaleros agrícolas durante la última década</b> Lic. Lourdes Sánchez Muño-Hierro	91
<b>La cobertura del Sistema de Seguridad Social en el campo: la experiencia de Bolivia.</b> Dr. Fernando Lavadenz Mantilla	107
<b>El programa IMSS-Solidaridad: una experiencia de protección social en el campo mexicano</b> Dr. Javier Cabral Soto	111
<b>Los mecanismos para el aseguramiento de los trabajadores agrícolas en Brasil: una experiencia vigente</b> Dr. Celcino de Carvalho Filho	128
<b>Trabajo decente y protección para todos</b> Sr. Sergio Velasco	140

TERCER DÍA DE PRESENTACIONES	147
<b>El programa de asistencia familiar</b> Dra. Gladis Beatriz Rocher	149
<b>La Seguridad Social en el campo: la experiencia de las trabajadoras eventuales de la banana</b> Dr. Luis Salvatierra Tello	163
<b>El Seguro Social Campesino de Ecuador: la materialización de la solidaridad</b> Dr. Pedro Barreiro	170
<b>El Seguro Social Campesino de Ecuador: la experiencia actuales de los trabajadores</b> Sr. César Cabrera Fajardo	179
<b>Algunos elementos para una política pública de Seguridad Social en el campo</b> Lic. José Antonio Alvarado Ramírez	182
CONCLUSIONES Y RESULTADOS	193
SESIÓN DE CLALSURA	201

## **PRESENTACIÓN**

---

**P**ara un número importante de países de la región y, en general, de Estados con economías en desarrollo, un foco de permanente atención ha sido la protección social de todos los trabajadores, pero de manera creciente —dados los retos que derivan del desarrollo agrícola—, de quienes se insertan en este sector de la producción y, particularmente, de aquellas trabajadoras y trabajadores eventuales del campo, que migran constantemente desde sus lugares de origen —en muchas ocasiones con todo el núcleo familiar— para contratarse o, sin mediar formalidad alguna, ofrecer su fuerza de trabajo en campos agrícolas distantes dentro de los mismos países, en donde existen regiones, estados o provincias denominados de atracción, que son receptores de estos jornaleros, ya que demandan la mayor cantidad de mano de obra, entre otras cosas por su competencia y capacidad económica, tecnológica y, consecuentemente, productiva.

En virtud de lo anterior y con la perspectiva de instaurar procesos de mejora y consolidar las acciones orientadas a su aseguramiento dentro de un esquema homogéneo, no necesariamente aislado o especial, el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) —como respuesta también a las inquietudes de trabajadores y empresarios mexicanos— llevó a efecto en la ciudad de México, del 24 al 26 de junio de 2002, el *Primer Seminario Internacional sobre Seguridad Social en el Campo: situación actual, principales retos y desafíos futuros*, en coordinación con el Centro Interamericano de Estudios de Seguridad Social (CIESS) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS).

Las ideas centrales que animaron la realización de este *Seminario* partieron de la necesidad de conocer la situación vigente en países de la región o en otros con características similares; recoger la experiencia de organismos internacionales de primera importancia como la OPS y la Organización Internacional del Trabajo (OIT); establecer un espacio de reflexión y análisis abierto y plural y, por supuesto, intercambiar experiencias viables y efectivas para hacer realidad la protección social de los trabajadores del campo, a través de medidas de transformación y mejora de los sistemas de Seguridad Social o, bien, con la puesta en marcha de acciones inéditas en un contexto pero probadas en otros, en beneficio de quienes, como todos sabemos, viven condiciones extremas de pobreza, inequidad y desprotección social en la mayoría de los casos.

La presente *Memoria*, además de dar cuenta de los aspectos más generales del evento, de sus objetivos, de la temática abordada, de la dinámica de trabajo que imperó y, desde luego, de los participantes que se dieron cita en el *Seminario*, reúne la totalidad de las intervenciones que tuvieron lugar, así como las principales conclusiones, resultados y comentarios que emanaron de las sesiones de discusión y análisis desarrolladas. Es necesario advertir que no se trata de un documento indicativo que implique que los asistentes que representaron o laboran en alguna institución de Seguridad Social, deban asumir como líneas de política a instrumentar; en realidad el *Seminario* se concibió como un foro de análisis y reflexión, incluso académica, para compartir las experiencias vigentes más exitosas y derivar de ahí lecciones y aprendizajes útiles para todos.

Asimismo, el *Seminario* no constituye un punto de arribo, un lugar donde hayan quedado plasmadas recomendaciones sumarias y definitivas, sino más bien un punto de partida para continuar con el debate y enriquecerlo. De ahí que este esfuerzo deba proseguir para propiciar, en forma conjunta, el seguimiento y el intercambio permanentes entre todos los países y especialistas que tuvieron a bien participar, aportar elementos de juicio y dar a conocer experiencias de primera importancia en beneficio de los trabajadores del campo.



## MARCO INTRODUCITORIO

---

**D**el 24 al 26 de junio de 2002 se llevó a cabo el *Primer Seminario Internacional sobre Seguridad Social en el Campo*, en la ciudad de México, por iniciativa del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS).

Su realización fue resultado de la coordinación del IMSS, el Centro Interamericano de Estudios de Seguridad Social (CIESS) –cuyas instalaciones fueron la sede del evento–, y la Organización Panamericana de la Salud (OPS).

El *Seminario* fue un esfuerzo orientado a propiciar la reflexión y el análisis crítico de uno de los problemas que enfrenta la Seguridad Social en el contexto internacional: lograr la cobertura integral de los trabajadores del campo, en especial de los jornaleros eventuales y migrantes, quienes atraviesan por las más difíciles condiciones de pobreza, marginación y exclusión social.

Dado que son múltiples los procesos y factores que intervienen en la incorporación de estos trabajadores y sus familias a los beneficios de la protección social en general, se invitó a un destacado grupo de especialistas vinculados a la Seguridad Social de diversos países, a fin de enriquecer el análisis de los obstáculos y retos que conlleva la cobertura de este grupo de trabajadores, y conocer las acciones en marcha que se llevan a efecto en distintas regiones del mundo para este propósito, de acuerdo con sus condiciones, marcos normativos, necesidades y expectativas.

La idea fue revisar, desde una perspectiva internacional, la situación en que se encuentran los trabajadores eventuales del campo en materia de protección social, conocer los mecanismos que se utilizan para su identificación y afiliación, los beneficios o seguros a los que tienen derecho –vía instituciones públicas, privadas, sociales o mixtas–, así como las obligaciones que corresponden tanto a los trabajadores, como a sus contratantes en los campos agrícolas.

A partir de la descripción de estos elementos, el *Seminario* permitió el intercambio y análisis de información, del mismo modo que sirvió como plataforma para esbozar algunos mecanismos útiles, identificar procesos de mejora y propiciar el fortalecimiento de la cobertura de este grupo prioritario de trabajadores, tradicionalmente excluido de los instrumentos básicos de la protección social.

El *Seminario* constituyó un espacio de reflexión académica, abierta, para encontrar y compartir alternativas que nos ayuden a mejorar la atención de los jornaleros agrícolas; sin que lo anterior haya significado o represente un compromiso formal de los gobiernos e instancias de los países participantes. Es decir, sus resultados conforman un importante bagaje de reflexión, análisis y descripción de experiencias internacionales, pero no constituyen lineamientos programáticos o políticas institucionales formales.

Con la finalidad de contextualizar debidamente las conclusiones y recomendaciones derivadas de este encuentro internacional, a continuación

se presenta una breve descripción general del evento –sus objetivos, temática, expositores y dinámica de trabajo–, así como un resumen de las presentaciones técnicas efectuadas por los diversos especialistas y participantes invitados.

Posteriormente se incluyen, agrupadas de acuerdo a su orientación general, las diversas conclusiones y recomendaciones que derivaron tanto de las exposiciones magistrales, como de las mesas de discusión efectuadas, en las cuales tomaron parte lo mismo especialistas y directivos de las diversas instituciones de Seguridad Social, que representantes de los trabajadores agrícolas y del personal operativo de las instancias de Seguridad Social de los países y agencias invitadas y, desde luego, de México, el país anfitrión.

## **Objetivos**

- Precisar las condiciones y características del trabajo asalariado en el campo, así como el perfil de los jornaleros, productores e instancias gubernamentales, privadas o mixtas responsables de la Seguridad Social.
- Identificar los esquemas de Seguridad Social vigentes para el aseguramiento de los trabajadores agrícolas, en particular la cobertura de los trabajadores eventuales y los correspondientes mecanismos de financiamiento.
- Conocer las estrategias, innovaciones, fórmulas y procedimientos para la instrumentación, aplicación, regulación y control de estos esquemas de aseguramiento.
- Analizar el comportamiento, los alcances, beneficios e insuficiencias –particulares y comunes– que presentan los países participantes.
- Establecer criterios, pautas y recomendaciones para instaurar procesos de mejora y propiciar la ampliación de la cobertura de la Seguridad Social en el campo.
- Establecer un programa internacional de intercambio, apoyo mutuo y desarrollo para la Seguridad Social en el campo.

## **Marco temático**

1. Bases normativas de la Seguridad Social en el campo. Los derechos de los trabajadores del campo.
2. Modalidades de aseguramiento.
3. Características de las prestaciones en dinero y en especie.
4. Esquemas de financiamiento, cuotas y aportantes (trabajadores, productores, instancias gubernamentales, privadas o mixtas).
5. Prestaciones de tipo social diseñadas para reforzar la cobertura de estos trabajadores y sus familias.

6. Formas de integración de la Seguridad Social por número de trabajadores, productores y tipo de actividades agrícolas.
7. Perspectivas, innovaciones y propuestas de desarrollo.
8. Mecanismos e instrumentos de control, auditoría y evaluación de procesos.
9. Principales problemas de morbilidad y mortalidad.
10. Programas de prevención, salud y educación para los trabajadores agropecuarios.
11. Estudios e investigaciones innovadoras.
12. Capacitación y comunicación educativa para los trabajadores del campo.

## Participantes y desarrollo

En el *Primer Seminario Internacional sobre Seguridad Social en el Campo* se contó con representantes de diversos países, instituciones y agencias internacionales, que por su experiencia e interés en la Seguridad Social en el campo, permitieron conformar un grupo interdisciplinario sólido y participativo que alentó la reflexión, el análisis y la discusión de la realidad y las perspectivas sobre esta materia. Se contó con representantes de trabajadores, especialistas y directivos vinculados a la Seguridad Social.

En la sesión inaugural, acompañaron en el *presidium* al doctor Santiago Levy —Director General del IMSS y Presidente de la CISS—, el doctor Joaquín Molina Leza, Consultor de la OPS en representación del doctor Henri Jouval Jr., Titular de la OPS/OMS en México, así como el doctor Luis José Martínez Villalba, Director del CIESS.

De los diversos países y organizaciones invitadas, acudieron las siguientes personas: doctor Alfredo H. Conte Grand, Secretario de Seguridad Social de Argentina; doctora Gladis Beatriz Rocher, Coordinadora del Área de Análisis de la Gerencia de Asignaciones Familiares, de la Asociación Nacional de la Seguridad Social, de Argentina; doctor Celecino de Carvalho Filho, Coordinador del Núcleo de Apoyo Técnico del Programa de Estabilidad de la Seguridad Social, SPS, MPsyAS, de Brasil; doctor Pedro Barreiro, Director del Seguro Campesino y señor César Cabrera Fajardo, miembro de la Confederación Única Nacional de Afiliados al Seguro Campesino, ambos de Ecuador y el doctor Luis Salvatierra Tello, Director Nacional de Salud del Trabajador, Seguridad y Ambiente Laboral.

Por parte de la OPS/OMS participaron las doctoras Aviva Ron —Directora de Sistemas y Servicios de Salud de la Región Pacífico Sur— y Cecilia Acuña —Consultora—, así como el doctor Fernando Lavadenz, Consultor.

De la Organización Internacional del Trabajo asistió el señor Sergio Velasco, Especialista en Seguridad Social, en San José, Costa Rica.

Por México participaron como ponentes la licenciada Lourdes Sánchez Muño-Hierro, Directora General Adjunta del Programa con Jornaleros Agrícolas, de la Secretaría de Desarrollo Social; el doctor Francisco Barrera, Director General Adjunto de la Dirección General de Equidad y Desarrollo, de la Secretaría de Salud; el doctor Javier Cabral Soto, Coordinador General del Programa IMSS-Solidaridad y, finalmente, el licenciado José Antonio Alvarado Ramírez, Director de Afiliación y Cobranza del IMSS, quien fue el promotor y coordinador general de este *Primer Seminario Internacional sobre Seguridad Social en el Campo*.

Los trabajos se desarrollaron a lo largo de tres días, durante los cuales, por la mañana, se presentaron las exposiciones individuales. Al finalizar la intervención de los conferencistas se organizaron mesas redondas, en donde los expositores respondieron preguntas del auditorio.

Por la tarde, se realizaron mesas de discusión compuestas de manera plural, con representantes de trabajadores, especialistas y asistentes en general, que fueron coordinadas por los propios expositores. En éstas se analizaron con mayor detenimiento los temas expuestos y se integraron algunas conclusiones y recomendaciones técnicas que aquí se exponen.

## SESIÓN INAUGURAL

---

**S**eñor Presidente de la Conferencia Interamericana de Seguridad Social y de la Junta Directiva del Centro Interamericano de Estudios de Seguridad Social, doctor Santiago Levy; señora Titular de la Oficina para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas de la Presidencia de la República de México, ciudadana Xóchitl Gálvez; señor Secretario de Seguridad Social de la República Argentina, doctor Alfredo Conte Grand; señor Presidente de la Confederación Nacional Campesina de México, licenciado Heladio Ramírez López; señores representantes de las secretarías de Estado de México, subsecretarios de Estado, legisladores de ambas ramas del poder legislativo; representantes de organizaciones internacionales acreditadas ante la República Mexicana; autoridades de diferentes instituciones y poderes del Estado que nos honran con su presencia, muy buenos días, sean todos bienvenidos.

Se suele decir en los prólogos de los manuales de Seguridad Social que ésta es una disciplina que impregna la vida del individuo desde el nacimiento hasta la muerte, y se desarrolla esta idea expresando de qué manera las normas de la Seguridad Social proveen una suerte de tutela y protección para el conjunto de los individuos; y están pensadas como una garantía para determinadas contingencias a fin de protegerlos de la adversidad. Esta afirmación, sin embargo, aunque inequívoca e irrefutable en términos normativos, es bastante cuestionable en los hechos y nos plantea una de las tantas facetas de la vida social en las que hay una distancia apreciable entre el progreso escritural consagrado en las disposiciones legales y reglamentarias, y la realidad de la vida de nuestras sociedades.

En los tiempos actuales, probablemente porque el anhelo de justicia y un cierto orden valorativo que hace de las prerrogativas del ciudadano derechos humanos esenciales, mucho más intensamente asumidos en la conciencia colectiva que en el pasado, ha quedado más que nunca en evidencia esta circunstancia; y es tal vez cuando analizamos la realidad de la informalidad laboral y la de algunos segmentos a los que la propia informalidad laboral y otros factores adversos afectan regularmente en nuestros países, particularmente en América Latina, cuando podemos calibrar estos datos en toda su dimensión.

El problema de los trabajadores del campo es típicamente uno de ellos; el ámbito de los trabajadores del campo es precisamente uno de aquellos en que la insuficiencia de la protección social más notoriamente queda en evidencia. Es por lo tanto trascendente para el Centro Interamericano de Estudios de Seguridad Social, órgano de docencia, capacitación e investigación de nuestra Conferencia Interamericana de Seguridad Social, aquí representada también en la presencia del Señor Presidente y el Señor Secretario General, y del conjunto de compañeros que van a colaborar en esta

empresa académica, realizar este *Seminario* que surge como iniciativa del Instituto Mexicano del Seguro Social, y se concreta con su invaluable apoyo.

Contamos, asimismo, con el copatrocinio de la Organización Panamericana de la Salud, representada en la persona del doctor Joaquín Molina, a través de quien deseamos agradecer también su colaboración a esta tarea que comenzamos hoy.

Nos felicitamos de que el Instituto Mexicano del Seguro Social haya pensado en que nuestro Centro era no sólo un ámbito físico apropiado, sino un instrumento intelectual idóneo para emprender este esfuerzo, y no dudamos que en estos tres días de trabajo que auguro intensos y fructíferos, habremos de alcanzar hasta donde nos sea posible los objetivos de esta actividad; les agradezco pues a todos su presencia en nuestra casa, a las instituciones que participan, a los países y organizaciones, además de las mencionadas, que también nos dan su colaboración invaluable; les reitero nuestra gratitud y ratifico el augurio y la certeza de que habrá de cumplirse una exitosa labor. Muchas gracias.

Dr. Luis José Martínez Villalba  
*Director del CISS*



**M**uy buenos días tengan todas y todos los presentes. Doctor Santiago Levy, Director General del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) y Presidente de la Conferencia Interamericana de Seguridad Social (CISS); licenciada Xóchitl Gálvez, Titular de la Oficina de Representación para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas; distinguidas personalidades que integran el presidium, asistentes a este *Primer Seminario Internacional sobre Seguridad Social en el Campo*:

Para la Organización Panamericana de la Salud (OPS) es un motivo de distinción que el Instituto Mexicano del Seguro Social, la Conferencia Interamericana de Seguridad Social y, su órgano docente, el Centro Interamericano de Estudios de Seguridad Social, nos hayan invitado a participar conjuntamente en la organización de este *Seminario* sobre Seguridad Social en el campo o, como lo denominamos dentro de la OPS: sobre la extensión de la protección social en salud, pensando en que todos los ciudadanos deben tener derecho a garantías explícitas y a una protección de la salud, que contribuya al desarrollo de la vida de un modo más pleno.

Es para nosotros un tema prioritario en el momento actual y lo hemos venido trabajando desde hace tiempo. Hace aproximadamente tres años, quizá unos meses menos, recuerdo que nos reunimos en este mismo Centro, en este mismo recinto, conjuntamente con la CISS y la Organización Internacional del Trabajo (OIT) y empezamos los primeros esbozos de lo que debería ser la extensión de la protección social. En ese entonces poníamos el énfasis en conocer experiencias de los denominados microseguros y seguros orientados a poblaciones marginales que, de un modo u otro, desarrollaban los países de América. En ese entonces también se visualizaba que un gran segmento de la población —el conformado justamente por los excluidos de la protección social en salud— lo encontrábamos en el campo. Ya desde ese entonces había la preocupación de cómo llegaríamos a identificar mejor esa población excluida que vive en el campo y cómo contribuiríamos, desde nuestra organización, a que los países pudieran extender la protección social a los trabajadores agrícolas.

Para la OPS es una profunda satisfacción que hoy arribemos a este primer seminario internacional, ya que el intercambio de experiencias que aquí se pueda producir beneficiará sin duda a los países participantes; desde luego, tendrá una importancia capital para el Instituto responsable de la Seguridad Social en México, que se preocupa, que trabaja en extender sus beneficios a los trabajadores agrícolas, pero sin duda igualmente servirá a otros países por la difusión de lo que aquí será expuesto, por ello estamos muy comprometidos con los resultados de este *Seminario*.

La OPS acude al mismo con el ánimo de traer lo mejor de las experiencias de nuestra institución, así como también de otros continentes, a través de la Organización Mundial de la Salud. Asimismo, venimos con mucho entusiasmo por conocer lo que planteen los países participantes y nos

comprometemos a difundirlo ampliamente en esta América, por medio de las oficinas de nuestra Organización en los diferentes países, para que llegue a los gobiernos, instituciones de enseñanza y de investigación en la salud.

Gracias por esta distinción y sean bienvenidos todos. Estamos muy complacidos de estar con ustedes, en el primer *Seminario Internacional sobre Seguridad Social en el Campo*. Muchas gracias.

Dr. Joaquín Molina Lesa  
*Consultor en Desarrollo de Sistemas y  
Servicios de Salud de la OPS*



**S**eñoras y señores: Muy buenos días. En primer lugar quiero agradecer a todos por acompañarnos en este *Seminario Internacional sobre Seguridad Social en el Campo*; particularmente doy la bienvenida a nuestros amigos de América Latina a esta su casa, y no solamente me refiero a nuestro país, sino también a las instalaciones de este centro de estudios de la Conferencia Interamericana de Seguridad Social (ciess).

Asimismo, nos complace muchísimo —y realmente queremos agradecer y reconocer—, la presencia de los señores legisladores, tanto de la Cámara de Diputados como del Senado, porque con ella se resalta la importancia que el Congreso de la Unión le da al tema de la Seguridad Social; además, los espacios que ya ha tenido en la administración del presidente Fox, al dialogar con el Congreso en la materia, se amplían con la presencia de ustedes en este evento.

Igualmente agradecemos la presencia de Xóchitl Gálvez por parte de la Oficina de Representación para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas, así como la de nuestro muy querido amigo, el licenciado Heladio Ramírez, que nuevamente con su participación subraya la preocupación que siempre ha tenido la Confederación Nacional Campesina por el bienestar de la población que vive en el campo mexicano.

También es un honor para mí, darle la más cordial bienvenida a los especialistas de la Organización Panamericana de la Salud (ops) y a los titulares y representantes de las instituciones mexicanas que participan en la celebración de este *Seminario* cuya importancia, por su temática, es a todas luces inobjetable.

A los delegados y representantes estatales del Instituto que han acudido de las diferentes entidades federativas del país y a todo el resto de los participantes que se sumarán a los trabajos del *Seminario*, les agradezco sinceramente su presencia. Del mismo modo, este agradecimiento lo hago extensivo a las autoridades del Centro Interamericano de Estudios de Seguridad Social (ciess) por su apoyo en la organización y, por supuesto, por ser una vez más sede de un nuevo encuentro de trabajo.

Este *Seminario* tienen una particular relevancia, repito, porque todos los aquí presentes compartimos sin duda una misma responsabilidad: la de propiciar la cobertura integral de los trabajadores del campo, especialmente de aquellas y aquellos jornaleros eventuales y migrantes que constituyen uno de los grupos que, desde tiempo atrás y por diversas razones, han quedado al margen o sólo acceden en forma parcial a la Seguridad Social, beneficio que configura uno de los derechos esenciales de todo trabajador.

Desde esta perspectiva, este *Seminario* es una oportunidad para examinar los obstáculos que persisten en este terreno, intercambiar información y experiencias útiles, así como establecer alternativas sólidamente

sustentadas para enfrentar este reto con la mayor eficiencia y profundidad. Por ello invito a todos a sumar su reflexión y esfuerzo, con ánimo abierto y con la perspectiva de que representará un avance para universalizar la Seguridad Social en nuestros países.

Sin más preámbulo, siendo las 9:00 horas del lunes 24 de junio del año 2002, me permito declarar formalmente inaugurado el *Seminario Internacional sobre la Seguridad Social en el Campo*, con la certeza de que será un instrumento útil para cristalizar los objetivos que nos hemos trazado y cumplir con quienes requieren una efectiva atención. Muchas gracias

Dr. Santiago Levy  
*Director General del IMSS*



PRIMER DÍA  
DE PRESENTACIONES

---

# Seguridad Social para todos

*Dr. Santiago Levy\**

Sin duda una de las prioridades de la administración del presidente de la República, Vicente Fox, ha sido la extensión de la cobertura de la Seguridad Social. Consecuentemente, al promover las reformas y adiciones a la Ley del Seguro Social, aprobadas de manera unánime por el Congreso de la Unión el pasado mes de diciembre, no sólo proporcionó mejores condiciones de operación y captación de recursos al Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), sino que permitió sentar las bases con una visión más integral de la política de Seguridad Social, así como promover el cambio hacia una nueva forma de instrumentar las acciones sociales.

Es por ello que extender la Seguridad Social a los trabajadores eventuales del campo no se percibe como una acción aislada, sino como un componente más de la actuación general del Estado mexicano.

En las siguientes páginas se presenta una propuesta preliminar para la construcción de un sistema de Seguridad Social en México que incluya a todos los ciudadanos. Cabe aclarar que no se intenta exponer una tesis definitiva y mucho menos la posición del IMSS; únicamente se plantea un primer esbozo para poner en el centro del debate algunos de los aspectos torales que implicaría tal sistema, así como sus principales elementos y alcances.

El tema de la Seguridad Social en el campo es de gran trascendencia en América Latina, principalmente porque a más de medio siglo de que los países de esta región se propusieron desarrollar sistemas de Seguridad Social, el proyecto se encuentra aún inconcluso debido a que ha dejado fuera, en la mayor parte de los casos, a la población rural que es la más desprotegida.

Si bien la Seguridad Social es el instrumento por excelencia para proveer bienestar y redistribuir ingresos, en América Latina gran parte de la población del medio rural, se encuentra fuera de sus mecanismos formales, lo que implica que dicho instrumento no está cumpliendo cabalmente con su misión.

El problema tiene sus orígenes en que la Seguridad Social se conceptualizó en Latinoamérica sobre las mismas bases que en la Europa del siglo XIX; es decir, como un mecanismo de protección para los trabajadores del medio urbano, específicamente del sector manufacturero. Así, en pleno siglo XX, la Seguridad Social, tanto en México como en muchos países de América Latina, nació inherentemente atada a la participación de los trabajadores en el mercado formal de trabajo.

---

*\* Director General del IMSS y Presidente de la CISS*

Pero ahora podemos ver que ese mecanismo de inclusión a la Seguridad Social es insuficiente en el contexto de América Latina. La probabilidad de que todos los trabajadores se integren al mercado formal de trabajo, particularmente los trabajadores del campo, es una probabilidad muy remota en el contexto latinoamericano. De modo que ya no es posible continuar con la idea de que en unos años más, únicamente el efecto del crecimiento económico va a dar lugar a la incorporación de las comunidades del campo a la Seguridad Social.

De ahí la importancia de este Seminario, ya que lo que estamos buscando son nuevas ideas, nuevos modelos con los cuales se pueda incorporar ese sector a la protección que ofrece la Seguridad Social.

### **La situación actual**

Los mecanismos que operan en el presente para incorporar a los trabajadores del campo a la Seguridad Social, no están funcionando. Lo que se ha dado en América Latina han sido respuestas muy puntuales, casuísticas, más no sistémicas, al deseo de incorporar población con bajos niveles de ingreso a un esquema de protección social. De manera que, por ejemplo, un evento de gran importancia fue lo que ocurrió en Brasil hace más o menos diez años, cuando se legisló la incorporación de toda la población de 60 años y más, del medio rural, al derecho a la pensión, motivo por el cual, ahora Brasil es pionero de América Latina en esta materia.

En México también ha habido intentos para incluir al sector agrícola en la protección social, intentos que, sin embargo, a la fecha no podemos calificar de plenamente satisfactorios. No obstante, desde hace ya varias décadas, se incorporaron los trabajadores de la caña de azúcar y, posteriormente, con la Ley del Seguro Social de 1995, se dio un paso de gran trascendencia al ampliar el esquema de protección de los jornaleros agrícolas dentro del régimen obligatorio.

Por otro lado, hace ya algún tiempo, la experiencia del Programa IMSS-Solidaridad (antes IMSS-COPLAMAR), trató de proporcionar cierto tipo de Seguridad Social a los necesitados y, más recientemente, en el pasado sexenio —y con mayor fuerza en esta administración del presidente Fox—, a través del programa *Oportunidades* (antes *PROGRESA*), se ha buscado también facilitar protección social a los que carecen de ella.

Sin embargo, lo que observamos son efectos casuísticos, son esfuerzos que no resultan sistemáticos y que la mayor parte de las veces, no representan derechos legislados de protección social permanente.

Por lo anterior, en los inicios del siglo XXI, cuando resulta innegable que el crecimiento formal de la economía no puede ser la única ruta de incorporación a la Seguridad Social, el reto que se debe enfrentar es el de debatir, discutir, proponer y encontrar nuevas vías para incorporar a la gente

del campo, la cual muchas veces, no tiene siquiera una relación patronal en el sentido tradicional, sino que acuerda distintos tipos de arreglos laborales en esquemas variables de propiedad de la tierra y, además, en medio de una gran movilidad dentro y fuera del país.

Todos juntos, entonces, enfrentemos el desafío de empezar a diseñar mecanismos, a elaborar formas, medidas operativas y presupuestales para lograr extender la Seguridad Social al campo.

Yo veo esto como una tarea absolutamente vital e inaplazable, porque el que no se haya hecho, es lo que, en mi opinión personal, ha llevado a muchos países de América Latina a idear todo tipo de programas alternativos, a veces en especie, a veces en dinero, pero siempre buscando lo que en países más avanzados es, por antonomasia, el mecanismo formal de transferencia y redistribución del ingreso: la Seguridad Social.

Si uno se pregunta qué es lo que logró la mayor equidad en España, Portugal, Italia, y aun en países de Europa con menor desarrollo, descubre que el instrumento redistributivo por excelencia, junto con la educación, fue la Seguridad Social. Lamentablemente, ese gran instrumento redistributivo está carente en nuestros países de América Latina y por ello, la meta que juntos debemos alcanzar es desarrollarlo innovando conceptos y estrategias al respecto. Ésa es la trascendencia de este *Seminario*.

Enseguida quiero expresar algunas ideas que son muy específicas para el contexto de México, aunque creo que *mutatis mutandis*, se pueden extender en cierta medida a lo que está ocurriendo en otros países, por ejemplo, a Brasil, que tiene una problemática similar a la nuestra, o a Colombia, que ha desarrollado programas semejantes en el tema que nos ocupa.

### **Elementos del diagnóstico**

Voy a plantear de manera muy somera y como simple intercambio de ideas, lo que podría llegar a ser una propuesta para la Seguridad Social. El foro en el que nos encontramos, por su naturaleza fundamentalmente académica, es el lugar idóneo, ya que no intento hacer aquí una propuesta política; simplemente me propongo intercambiar puntos de vista y compartir algunas reflexiones preliminares.

Partiendo de esta premisa, el objetivo de la propuesta sería definir si México está listo ya, o nos encontramos a unos pasos solamente, de lo que pudiera ser la *Seguridad Social Universal*. Al hablar en estos términos, me refiero en forma específica, a incorporar a los trabajadores del campo que, hoy por hoy, integran la mayor parte de la población excluida.

El diagnóstico es complicado y revela el tamaño del reto. Quiero abordar seis elementos de dicho diagnóstico:

1. La población sin Seguridad Social en el país.
2. Las tendencias demográficas y epidemiológicas de la población excluida.
3. El costo fiscal a mediano plazo.
4. La población en pobreza extrema, tanto de las zonas rurales como urbanas, que tiene que ver con el tema de la cobertura.
5. El grado de migración y la movilidad del mercado de trabajo.
6. Las transferencias inequitativas de ingreso.

Estos seis puntos pueden servir para iniciar una discusión sin que sea considerada, repito, como una propuesta de carácter formal.

### **1. La cobertura actual de la Seguridad Social**

Primero debo señalar que a pesar de casi seis décadas de la creación del IMSS, menos de la mitad de la fuerza de trabajo en México está incorporada a la Seguridad Social. ¿Quiénes son los que están fuera? Además de los que se encuentran en el sector informal, no están asegurados los siguientes segmentos de la población:

- Familias rurales en pueblos pequeños que no tienen aseguramiento durante casi toda su vida;
- Habitantes urbanos en zonas marginadas, con aseguramiento temporal, que tienden a perder derechos por movilidad laboral;
- Habitantes urbanos de clase media, que tienden a perder derechos al dejar empleos asalariados;
- Habitantes urbanos que generalmente adoptan conductas de afiliación una vez enfermos, pero tienden a evitar el pago de contribuciones y,
- Migrantes que pierden derechos por registro inadecuado o por salir de la fuerza de trabajo formal.

En la gráfica siguiente se muestra la población de la que estamos hablando: la mayor parte pertenece a localidades con menos de 2,500 habitantes distribuidos en comunidades rurales dispersas, cuyos hogares relativamente grandes conforman el sector más pobre del país, pues sus ingresos resultan menores de dos salarios mínimos. Es evidente entonces, que actualmente la mayoría de la población no incorporada a la Seguridad Social en México, pertenece al medio rural de muy bajos ingresos y que, por este motivo, la Seguridad Social en el campo, tema de este *Seminario*, resulta fundamental para discutir propuestas de ampliación del alcance de la Seguridad Social en nuestro país.

## Hogares sin Seguridad Social

(Año 2000)

Localidad N° de Hab.	Hogares Tamaño	Sin Cobertura	
		Ingreso *	%
< 2,500	6.4	1.9	41.8
2,500-14,900	6.1	2.7	16.4
15,000-19,900	5.8	3.0	2.2
20,000-99,999	5.7	3.4	10.6
> 100,000	5.1	5.4	29.0

\* En términos del Salario Mínimo.

Fuente: Instituto Mexicano del Seguro Social, 2002

También existe un segmento importante de poblaciones grandes, urbanas y con más de 100,000 habitantes, mismos que tienen en promedio niveles de ingreso un poco más altos que los integrantes del segmento anterior, pero que no por eso dejan de ser igualmente población marginada, en pobreza extrema y sin Seguridad Social. Dadas las cifras, la conclusión está a la vista: el sector sin Seguridad Social en México, está conformado, básicamente, por población rural dispersa pobre y, en segundo lugar, por población urbana marginada que también está en condiciones de pobreza.

Ahora bien, al sumar la cobertura del IMSS y la cobertura del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado (ISSSTE), se obtiene toda la cobertura de la Seguridad Social formal de México, con derechos y con obligaciones legislados, pero el resultado es sorprendente. Sobre todo porque revela la existencia de dos países dentro del mismo territorio. Es decir, mientras que los estados del norte gozan de prácticamente 90% de cobertura, los del sureste alcanzan apenas 21%. ¿Por qué? Porque los estados que tienen más población indígena son, en general, los que tienen menos cobertura social.

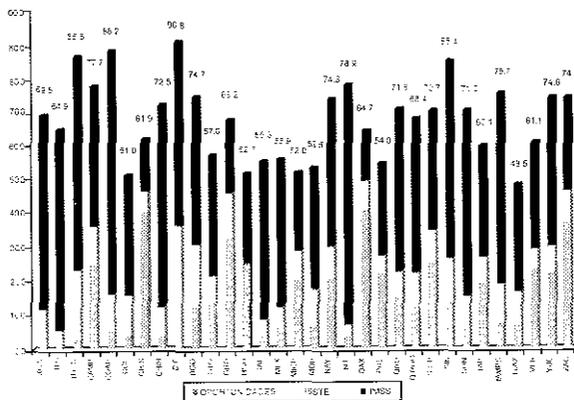
Conviene destacar ahora, atendiendo a lo que deseo proponer más adelante, que sería posible concebir al programa *Oportunidades*, como un programa que bien trabajado, puede convertirse en una pieza clave de la *Seguridad Social Universal*, pues con el impulso que el presidente Fox le está dando, se sumaron a su cobertura 750 mil familias en 2001 y este año cerca de un millón de familias serán incluidas, de manera que en Chiapas o en Oaxaca más de la mitad de la población —y esto es asombroso— estará bajo la cobertura de *Oportunidades*.

Por cierto que un dato interesante también, es que para diciembre de este año *Oportunidades* va a cubrir casi 21 millones de mexicanos, lo

que quiere decir que a cinco años de su arranque, abarcará ya el doble de la población que el ISSSTE. Este es un dato insuficientemente reconocido, pero en la actualidad, el ISSSTE protege a diez millones de trabajadores del Estado, en tanto que, sin ser un derecho porque no está legislado, *Oportunidades* ya le da protección social al doble de la población que cubre el ISSSTE.

En la siguiente gráfica, encontramos en gris la cobertura que corresponde al programa *Oportunidades*, en blanco la del ISSSTE y en negro la del IMSS. Con esta información, es posible deducir dos cosas fundamentales. En primer lugar, ya desde 2001 estos tres programas —si se acepta que *Oportunidades* es una forma incipiente de protección social—, conjuntan un presupuesto suficiente que aporta la Federación para dar cobertura de Seguridad Social de algún tipo, a más de 70% de la población del país; en segundo lugar que, si bien pudiera haber un problema presupuestal, éste quizá no sería el obstáculo principal para ampliar la cobertura de la de la Seguridad Social en México porque ya, de alguna manera, hemos avanzado muchísimo a través de lo que se ha hecho en los últimos años.

### Cobertura de la Seguridad Social Formal (IMSS, ISSTE) e Informal (*Oportunidades*)



Fuente: Instituto Mexicano del Seguro Social, 2002

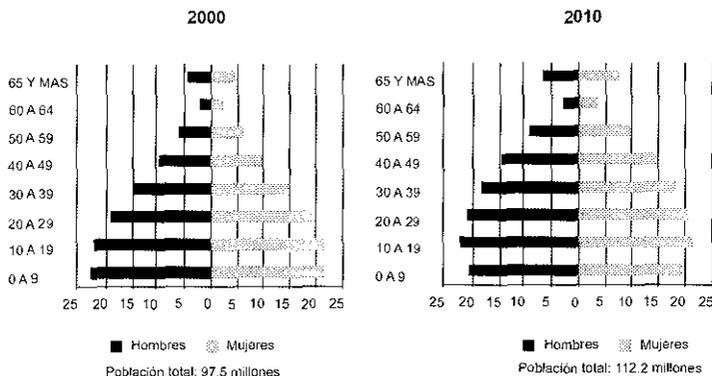
## 2. Tendencias demográficas y epidemiológicas de la población excluida

El segundo punto del diagnóstico resalta la importancia del envejecimiento que se está dando en la población mexicana. El segmento de 65 años o más, va a ser, en esta década, el que más rápidamente va a crecer. Se calcula 32%, mientras que la población de 64 años o menos va a verse aumentada solamente 12%, casi tres veces menos.

Estos datos hablan de algo muy importante: si no empezamos a crear los mecanismos de protección social, particularmente un ahorro para

el retiro destinado a esta población, podemos dentro de dos décadas, transitar de un país de niños pobres a un país de viejos pobres.

## Tendencias del envejecimiento en México

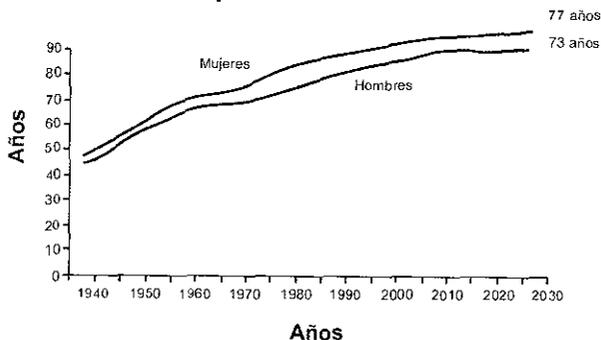


Fuente: Consejo Nacional de Población, México, 2000

Adicionalmente, la población que nos ocupa está teniendo incrementos importantes en la esperanza de vida. Ya en México, en el año 2000, más o menos, para los hombres la esperanza era de 73 años y para las mujeres de 77. Sin embargo, se prevé que esa esperanza de vida aumente en los años venideros.

La situación planteada es muy diferente a la de los años cincuenta y sesenta, cuando la gente se moría a los 50 o 60 años de edad. Ahora el avance médico está provocando que tengamos población de setenta y, dentro de muy poco, muchos ancianos de ochenta años; pero, insisto, si no se les proporciona protección social y no tienen cobertura de Seguridad Social, va a ser una población vieja, pobre y, como vamos a ver más adelante, con enfermedades crecientemente costosas.

## Esperanza de vida



Fuente: Consejo Nacional de Población, México, 2000

### **3. El costo fiscal a mediano plazo**

El tercer elemento del diagnóstico tiene que ver con los servicios médicos y los costos de las enfermedades que se están presentando, las cuales, tanto en el medio rural como en el medio urbano, han cambiado en forma significativa. Lo que era el reto de la medicina en México durante las décadas de los cincuenta, sesenta y, tal vez mediados de los años setenta, enfermedades como poliomielitis, difteria, tosferina, etc., en gran medida han sido controladas o erradicadas como resultado de los esfuerzos de la Secretaría de Salud, del propio IMSS, del ISSSTE y del programa IMSS-Solidaridad, entre otros.

Lo que ocurre ahora, es que la problemática de salud está transitando rápidamente hacia enfermedades crónico-degenerativas como el cáncer, las afecciones cardiovasculares, la diabetes mellitus o la hipertensión arterial, las cuales tienen dos características que es oportuno destacar: primero, que son mucho más costosas en atención con respecto a otro tipo de padecimientos y, segundo, que las sufren en mayor proporción las personas de la tercera edad, a diferencia también de las otras enfermedades que se caracterizan por afectar casi exclusivamente a la niñez.

Es un hecho, entonces, que la mortalidad en el país está cambiando en forma drástica: cada vez es menor la mortalidad infantil, lo cual sin duda es un logro, pero ahora la situación exige que nos ocupemos sustancialmente de la mortalidad en la edad adulta.

Esto afecta al campo porque en las áreas rurales sin Seguridad Social, un padecimiento controlable puede convertirse en un evento catastrófico. Por ejemplo, si un trabajador del campo o un jornalero agrícola presenta diabetes o hipertensión a los 55 o 58 años y no cuenta con protección social, seguramente pagará un costo que puede ser, en un momento dado, la ruina para su familia. He aquí otro elemento que habla de la importancia de disponer de protección social para los trabajadores del campo.

### **4. La cobertura de la población en pobreza extrema**

Si bien es muy difícil tener cifras precisas en este renglón, porque son datos que están sujetos a muchas interpretaciones, aproximadamente 20 o 22% de los hogares del país se encuentran en condiciones de pobreza extrema. Estamos hablando de más o menos 4.7 millones de hogares, de los cuales 2.7 habitan en el medio rural y dos en el medio urbano.

Cabe advertir algo interesante: si las estimaciones de población en pobreza extrema son de más o menos 4.7 millones de hogares, con los recursos que aprobó la Cámara de Diputados en diciembre de este año, el programa *Oportunidades* está dando cobertura a 4.2 de los 4.7 millones de las familias en pobreza extrema, lo que significa que ya no estamos muy lejos de alcanzar la cobertura para toda la población en pobreza extrema,

con un esquema de protección social que —más adelante quiero señalar— se puede convertir en un esquema de Seguridad Social.

Por eso mencionaba antes que por supuesto hay un problema presupuestal, pero quizá la Seguridad Social no sea únicamente un problema financiero.

Antes de pasar a otro punto del diagnóstico, es conveniente reiterar que a fines de este año, casi 80% de la población en pobreza extrema estará cubierta por *Oportunidades* y que esta población en el medio rural, tiene condiciones de marginación aún más profundas que las que podemos distinguir en el medio urbano. Pasemos ahora a la necesidad de contar con mecanismos de Seguridad Social relacionados con las condiciones de migración de los trabajadores.

### **5. El grado de migración y la movilidad del mercado de trabajo.**

Existe una migración permanente de mexicanos que van a Estados Unidos. Este fenómeno migratorio está representando una constante disolución de los patrones familiares tradicionales, pero igualmente significa un rompimiento de los mecanismos de apoyo en el seno de los hogares; al tiempo que constituye un reto importante en materia de guarderías y provoca que, al no contar con un esquema de *Seguridad Social Universal*, se pierdan derechos.

Es común que los jornaleros agrícolas tengan derechos durante siete u ocho meses del año pero, si bien es posible que la gente cuente con derechos legislados de mayo a enero en el Régimen Ordinario de la Seguridad Social, no es remoto que esas mismas personas sean susceptibles de encontrarse sin derechos legislados de enero a mayo.

Tal podría ser el caso de un trabajador en Oaxaca o en Michoacán que no tiene la protección y entonces, si su esposa se embarazó en una época del año en la que él se encontraba en el Régimen Ordinario, el parto puede ser atendido por el IMSS; pero si su esposa se embarazó en el momento que estaba como un trabajador que no tiene la protección, entonces no contará con ese servicio.

En síntesis, la legislación actual mexicana para la población migratoria, está haciendo que la protección social sea incompleta, tanto temporal como geográficamente, y por eso el llamado es para dar el brinco hacia una *Seguridad Social Universal*.

El otro problema es que la migración y la movilidad laboral tienden a dificultar el ejercicio y control de los derechos y, por tanto, la administración de los beneficios de la Seguridad Social. Ello ocurre tanto con la migración de la gente dentro del país, como fuera de México. La migración temporal a Estados Unidos se estima en cientos de miles de personas al año, que no acumulan ni ejercen sus derechos en forma adecuada.

Lo que sucede con esa población migrante es que cotiza por concepto de Seguridad Social en Estados Unidos y al regresar a México pierde todos los derechos que acumuló en ese país; o bien, cotiza en México algunos años, se va a Estados Unidos y ocurre lo mismo: pierde todos los derechos que acumuló en la Seguridad Social en México. También pasa que reside en México, pero entra y sale del mercado laboral y, como se apuntó anteriormente, mientras se insista en la asociación Seguridad Social-mercado formal de trabajo, no se resolverá el problema, porque esa gente no va a estar permanentemente en este mercado.

## **6. Las transferencias inequitativas de ingreso**

El último elemento que completa este diagnóstico es el hecho de que las transferencias de ingreso son inequitativas. Esto permite afirmar que la Seguridad Social no ha cumplido plenamente con su misión, hipótesis que yo formulo y quiero expresar claramente.

Las sucesivas administraciones que se han dado en el país, desarrollaron instrumentos con la finalidad de responder de manera urgente, al problema de la insuficiente cobertura en protección social, a lo largo y ancho del territorio mexicano y durante todo el año.

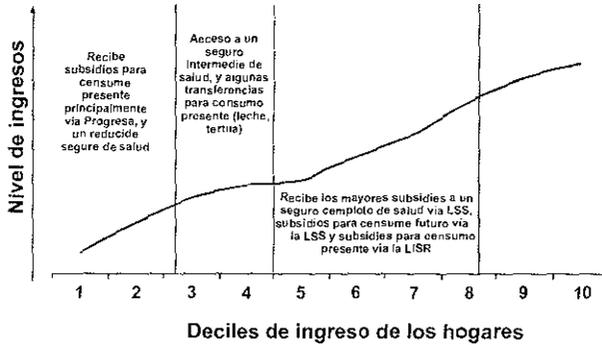
Frente a esta situación se desarrollaron instrumentos alternativos para apoyar a las comunidades marginadas, como el Programa de Ampliación de Cobertura (PAC), IMSS-Solidaridad, *Oportunidades*, *Leche y Tortilla*, y algunos programas más, que si bien han buscado ayudar a la población, ya sea en el medio urbano o en el medio rural, no han podido conformar el instrumento por excelencia que pueda hacerlo. Por ello, lo que existe hoy día, es una gran cantidad de programas con presupuesto federal, que presentan los siguientes problemas: unos están legislados y otros no; unos son transferencias de ingreso en especie y otros en moneda; unos son de política fiscal, otros de Seguridad Social; unos de salud y otros de combate a la pobreza extrema; unos fomentan la informalidad y otros no. Como consecuencia, se da un traslape inevitable en atribuciones e instrumentos que resta eficacia a los esfuerzos del gobierno federal.

Quiero poner un ejemplo hipotético. Supongamos que la distribución del ingreso del país se comporta tal como se refiere en el siguiente cuadro. El individuo más rico de México estaría en el décimo decil de distribución del ingreso; el individuo más pobre estaría en el primer decil de esta distribución. Si dividimos la población del país en tres grandes segmentos, realmente la población en pobreza extrema estaría ubicada más o menos entre el primero y el segundo decil y medio, aproximadamente 20 a 23 millones de mexicanos (es difícil ser preciso).

Luego estaría la población en pobreza moderada, entre el segundo y medio y cuarto y medio decil de la distribución del ingreso; finalmente ubicaríamos a la población que podríamos llamar de clase media, entre el

cuarto y medio decil de la distribución y hasta antes del octavo. No me ocupo de la población de ingresos altos, porque el problema de la protección social no es un problema medular para ese segmento.

## Visión Esquemática de las Transferencias de Ingreso del Gobierno Federal



Fuente: Instituto Mexicano del Seguro Social, 2002

Ahora, si ustedes me aceptan que el programa *Oportunidades* es un programa de protección social y de transferencia de ingresos, para finalizar este año, en los primeros deciles va a haber más o menos 20 millones de mexicanos que reciben una transferencia de ingreso del presupuesto federal. Se trata de familias a las cuales las transferencias les sirven para su consumo presente, en el sentido de que es dinero que pueden gastar en forma inmediata.

Dichas transferencias se dan cada dos meses a la madre de familia, son de entre 600 y 700 pesos al mes. La madre los puede utilizar para lo que la familia decida; es una transferencia de ingreso directamente en dinero. Además, esta población cuenta con lo que podríamos llamar un seguro de salud muy primitivo, ya que solamente se le da cobertura de primer nivel de atención.

En algunos estados se podría decir que es de primer nivel y medio, ya que incluye atención del parto y algunos servicios adicionales, sobre todo entre quienes tienen acceso, en el medio rural, a los hospitales del programa IMSS-Solidaridad, y es un seguro por el cual no se paga nada. En suma, este régimen, si lo vemos como un sistema de Seguridad Social, es un régimen de protección social que ofrece transferencia de ingreso y da un seguro de salud de primer nivel.

Por otra parte, identificamos a la población que está cubierta por la Seguridad Social formal (cuarto y medio y hasta antes del octavo decil). Es la población que está incorporada al mercado formal de trabajo y recibe una

transferencia para su consumo presente también en dinero. Ciertamente no lo recibe a través del presupuesto de egresos y del programa *Oportunidades*, pero sí en función de la Ley del Impuesto Sobre la Renta, como un impuesto negativo al ingreso, así como también —y éste es otro dato insuficientemente conocido— a través de la Ley del Seguro Social.

Esta ley establece que la población inserta en el mercado laboral formal, perciba un subsidio del presupuesto federal, para que se compre un seguro de salud, con la ventaja de que es mucho mejor que el seguro de salud que tienen las familias antes referidas, porque éste incluye un tercer nivel de atención, y el anterior únicamente es de primer nivel o de nivel y medio. No obstante, ambos tipos de familias gozan de transferencias monetarias, o sea, dinero en efectivo del presupuesto, pero por mecanismos distintos.

¿Y qué hay para las familias situadas en medio? Pues están en un régimen muy gris: cuentan con un seguro de salud muy indefinido, porque sólo tienen acceso a los servicios de salud de los gobiernos de los estados, los cuales podrían ser calificados más o menos de segundo nivel. Alguna parte de esta población, en el medio semiurbano, se atiende a través del IMSS-Solidaridad, que es responsable aproximadamente de 10 millones de personas. Otra porción se atiende ya en el Régimen Ordinario y también recibe transferencias de ingreso pero no en dinero: recibe un kilo de tortilla, un litro de leche, una despensa alimentaria... En fin, se trata de una transferencia en especie que se traduce en una forma de apoyo.

En cuanto a los requisitos para la incorporación o se pide que tengan un empleo en el mercado formal de trabajo, o se clasifican como población en pobreza extrema que si decide aceptar esta transferencia de ingreso, tiene que llevar a sus hijos a la escuela y acudir bimensualmente al centro de salud para que sean atendidos. A las familias del segmento central no se les pide nada. Por lo tanto, ¿qué mensaje da el Estado mexicano a la población, en términos de incentivos? En realidad, un mensaje muy confuso.

Pensemos en dos individuos idénticos que nacen en la misma comunidad, estudiaron lo mismo; los dos acabaron sexto de primaria o primero de secundaria, tienen características demográficas y de familia similares y hacen el mismo esfuerzo, pero uno tuvo la suerte de conseguir trabajo en una maquiladora y el otro no tuvo esa suerte y es taxista.

El Estado mexicano, al primero —quien consiguió empleo en la maquiladora—, le da transferencias de ingreso; al segundo, no se las concede. ¿Cuál es el mensaje que queda en términos de incentivos, en términos de esfuerzo? No estamos enviando a la gente un mensaje claro, respecto a quién merece transferencias de ingreso y por qué razones; simplemente, porque hemos construido un sistema de transferencias de ingreso, en paralelo a la Seguridad Social, totalmente insuficiente, por llamarlo de alguna manera.

Sin ir a detalle, quiero tocar brevemente el tema de cuánto dinero contempló el presupuesto del año 2001 para estas transferencias de ingreso, considerando el costo fiscal y la población beneficiaria. Como podemos ver en el siguiente cuadro, los recursos que se gastaron para la población en pobreza extrema ascienden a poco más de 24 mil millones; los destinados para el sector informal —esa población sándwich, ubicada en medio— fueron alrededor de 43 mil millones de pesos y los recursos que se destinaron a la población del sector formal suman poco más de 70 mil millones de pesos.

Estas cifras se pueden mejorar, se pueden hacer más o menos reducidas, pero lo que arrojan es que además de no constituir un esquema de transferencias equitativas de ingreso, quienes se llevan la mejor parte son los que tienen derechos legislados, porque los otros grupos ofrecen dificultades que vuelven las asignaciones mucho más erráticas, de suerte que cuando vienen ajustes a los presupuestos, es más fácil hacerlos aquí que sobre el sector formal. Sintetizando, la solución a los problemas del actual esquema de transferencias requiere una visión integral. En el momento presente, persisten algunos programas que dan incentivos a la informalidad y, en términos generales, no hay un equilibrio para la protección de los grupos de población a través de las transferencias establecidas.

Asimismo, las transferencias de ingreso son mucho mayores para el medio urbano que para el medio rural y tampoco son eficientes desde el punto de vista de un incentivo temporal. Con esto me refiero a que a las familias con mayor nivel de ingreso, el Estado mexicano les da un apoyo para su retiro a través de la Afores y de la cuota social; en cambio, a las familias de menores ingresos, el Estado no les da este apoyo, lo que, en términos demográficos, significa la amenaza de pobreza en la vejez. Por último, en el momento actual, nuestro sistema de transferencias y de protección social, además de no incorporar estos incentivos, tampoco es claro con relación a quién está pagando realmente las contribuciones e impuestos destinados a la Seguridad Social.

No es posible profundizar en este asunto porque es un aspecto muy técnico. Mas resulta evidente que el Estado mexicano da trato desigual a iguales y eso está mal. Aunado a todo lo anterior, el sistema resulta poco transparente porque exige compenetrarse mucho en las leyes y en los presupuestos de egresos para que las personas sepan qué hace el Estado por ellas; es decir, la población puede no explicarse —cito tan solo unos ejemplos— por qué a su vecino le tocó un litro de leche y a otra persona un subsidio a su fertilizante; o por qué algunos pueden acudir al *Imss-Solidaridad*, pero en otros estados de la República ni siquiera existe.

En consecuencia, todo aparece sumamente errático y es necesario verlo más transparente. Para terminar con este breve diagnóstico que, por supuesto puede enriquecerse y hacerse más preciso al considerar otros

elementos, cabe mencionar que no hay nada por ahora que disminuya el perfil de riesgos, lo que no tiene que ver con la transición epidemiológica, sino con el hecho de que tampoco existen incentivos para el autocuidado de la salud y hay muchas barreras de acceso sin ninguna justificación aparente.

### **Transferencia de ingresos: Costo fiscal y población beneficiaria**

Subsidio / Población	Pobreza Extrema	Sector informal	Sector formal	Total
Electricidad para consumo doméstico	6,131	7,735	19,840	33,706
Oportunidades, IMSS- Solidaridad, PAC	18,167	0	0	18,167
Tortilla y Leche	0	1,579	0	1,579
Crédito al Salario de la LISR	0	0	13,990	13,990
Seg. de Salud para la Fam. (IMSS) y Seguro Popular (SSA)	0	750	0	750
Cuota Social para las Afores	0	0	10,700	10,700
Seguro de Enfermedades y Maternidad del IMSS	0	0	28,414	28,414
Salud Población Abierta FASSA del Ramo 33	0	32,519	0	32,519
<b>TOTAL</b>	24,298	42,583	72,944	139,825

*Fuente: Instituto Mexicano del Seguro Social, 2002*

#### **Propuesta para una red de Seguridad Social**

Quiero poner sobre la mesa algunas ideas que, insisto, no son propuestas acabadas, ni representan la posición del IMSS, ni mucho menos la del Ejecutivo Federal, son sólo ideas para el estudio y para el debate.

La premisa central es si estamos listos como país y si podemos ya pensar en un sistema de *Seguridad Social Universal* que, bajo alguna modalidad, cubra a toda la población, incluyendo a la población en pobreza extrema, y que sea un elemento de cohesión nacional que permita a todos

los mexicanos de Chetumal a Tijuana y de Tapachula a Tamaulipas, tener un esquema de protección social compartido.

Me refiero a un solo instrumento que constituya una red de Seguridad Social más amplia y, por supuesto, más incluyente, al incorporar a la población que hoy en día, por nuestra concepción de la Seguridad Social, queda excluida.

La propuesta sería, entonces, transformar los programas de la Seguridad Social formal —del ISSSTE y del IMSS— que actualmente consideramos como la Seguridad Social formal legislada; empezar a conceptualizar el programa *Oportunidades* como una Seguridad Social incipiente e informal y amalgamar otros programas aislados de transferencias de ingresos en un sólo paquete bien articulado. Es decir, planteo establecer la protección social a través de tres modalidades de seguridad: un Régimen Solidario, un Régimen Voluntario y un Régimen Ordinario (que es hoy la Seguridad Social). Brevemente, precisaré estas modalidades, iniciando por este último.

### ***El Régimen Ordinario***

Este sería el esquema más completo de la Seguridad Social, con los cinco seguros que lo componen actualmente: (1) Enfermedades y Maternidad; (2) Riesgos de Trabajo; (3) Invalidez y Vida; (4) Retiro, Cesantía en Edad Avanzada y Vejez y (5) Guarderías y Prestaciones Sociales. Se buscaría que, eventualmente, toda la población del sector formal de la economía estuviera protegida bajo este Régimen.

Asimismo —porque esto es vital— se buscaría dar incentivos para el autocuidado de la salud (prevención y corresponsabilidad), dentro del seguro de Enfermedades y Maternidad. Los proveedores de servicios de salud serían el IMSS, el ISSSTE y las secretarías de salud de los estados, entre otras instituciones.

Desde el punto de vista de la economía, su objetivo sería la redistribución del ingreso financiado en forma tripartita: con la aportación de los trabajadores del sector formal; con la de sus patrones y con la del gobierno federal. Del mismo modo, se buscaría que el crédito al salario, que se otorga vía la Ley del Impuesto Sobre la Renta, se depositara en las cuentas voluntarias de la Afores y que pueda haber retiros mensuales en lugar de semestrales.

### ***El Régimen Voluntario***

Representaría una extensión del Seguro de Salud para la Familia que ya está en la Ley del Seguro Social (1995). Lo que se buscaría es vincular este apoyo —el seguro familiar— con la propuesta del Seguro Popular que tiene la Secretaría de Salud, para cubrir a la población de bajos

ingresos, pero no a la población que está en pobreza extrema. Aquí incluiríamos a todas las personas que trabajan por cuenta propia como los taxistas y los trabajadores que cuentan con ciertos medios, como es el caso de los que laboran en el sector informal de la economía, por mencionar algunos.

Se trataría de un régimen bipartita: el gobierno federal daría todos los subsidios, pero también los trabajadores aportarían recursos, ya que tienen cierta capacidad de copago, de contribución a la Seguridad Social. Igualmente, se buscaría que este Régimen incluyera tres formas de cobertura, agregando al esquema actual de la protección de la salud, un seguro de vida y un seguro de apoyo para el retiro, en función de lo que va a ocurrir por la transición demográfica y epidemiológica en el país. Es decir, no tendrían cinco seguros como tiene la población del sector formal, sino tres: salud, vida y retiro, y serían financiados en forma bipartita, ya que es justo que quienes tienen cierta capacidad de aportación la hagan.

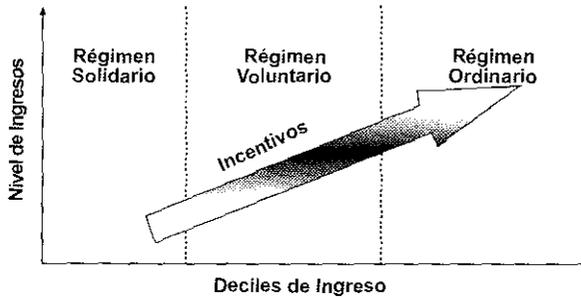
También se introducirían elementos de corresponsabilidad y prevención en materia de salud, y el acceso al Régimen podría estar condicionado a darse de alta en el padrón de contribuyentes de la Secretaría de Hacienda y Crédito Público. Al igual que en el caso anterior, los proveedores serían básicamente el IMSS, el ISSSTE y las secretarías de salud de los estados.

### ***El Régimen Solidario***

En este caso se haría una transformación de la figura de *Oportunidades*, en la cual se legislarían derechos y obligaciones para todos. Se buscaría llegar a la población en pobreza extrema, manteniendo el esquema actual, pero agregando un seguro de vida y un apoyo para el retiro, sin eliminar los actuales sistemas de corresponsabilidad que tiene el programa. Su financiamiento sería unipartita, porque estaríamos pensando en familias en pobreza extrema que no tienen capacidad de copago y, por lo tanto, en las de más bajos ingresos.

La idea sería la siguiente: que los beneficios del seguro de vida y del apoyo para el retiro dentro de este Régimen, el cual se financiaría con recursos cien por ciento federales, no fueran tan completos para que la gente, cuando mejore su nivel de ingreso, esté dispuesta a contratar el Régimen Voluntario que implica cierta capacidad de copago, con la finalidad de mantener siempre los incentivos para que las cosas vayan mejorando. Este esquema solidario sería el nivel básico de protección social que el gobierno federal le ofrecería a toda la población. De igual manera, los proveedores de servicios serían el IMSS, IMSS-Solidaridad y las secretarías de salud de los estados.

## Modalidades del Sistema de *Seguridad Social Universal*



### Hacia una visión integral

Es pertinente señalar que el presidente Fox, con las reformas a la ley que puso a consideración del Congreso el pasado mes de diciembre y conforme al apoyo de varios legisladores que nos han acompañado en este *Seminario*, dio un paso en esta dirección, porque ahora se facultó al IMSS para dar seguros de vida a otros núcleos de población que no están en el mercado formal del trabajo.

De igual modo, se facultó al Instituto para intercambiar el uso de instalaciones médicas con el ISSSTE y otras instituciones, buscando empezar a crear este puente universal y para que a través del Régimen Solidario sea posible atender a la población de *Oportunidades* e iniciar ciertos cambios.

Es un hecho entonces, que el Ejecutivo Federal y el Congreso de la Unión han avanzado en dirección a un sistema de *Seguridad Social Universal*. Por supuesto que no es la construcción completa, pero es un poco la idea de estar trabajando en ese sentido. Específicamente, el Congreso aprobó por unanimidad las siguientes reformas a la Ley del Seguro Social que, entre otras cosas, otorgan sustento legal a la posibilidad de un proyecto amplio de Seguridad Social:

- Seguro de Salud para la Familia financieramente viable, que permite impulsar el Régimen Voluntario;
- Seguro de vida a núcleos de población de bajos ingresos, para los regímenes Solidario y Voluntario;
- Convenios de atención recíproca con instituciones públicas de salud. Por primera vez, se permite que no derechohabientes sean atendidos en instalaciones del IMSS, abriendo la posibilidad para un mercado de servicios de salud;
- Uso de instalaciones del Régimen Ordinario en programas de combate a la pobreza, como parte del Régimen Solidario y
- Flexibilidad en la estructura administrativa del IMSS conforme la transformación del esquema de Seguridad Social.

## Consideraciones finales

En suma, la propuesta de un nuevo sistema de *Seguridad Social Universal* para el país tendría las siguientes características:

- Ser *incluyente*, al constituir una *red de Seguridad Social Universal* (para todos).
- Abrir nuevos canales de incorporación a la *Seguridad Social* para grupos de población que carecen de ella, generando incentivos en la formalización de sus actividades.
- Generar mayor corresponsabilidad de las familias, fomentando actividades de prevención y de inversión en capital humano.
- Instrumentar este nuevo sistema en forma gradual, estableciendo compromisos sólo en función de la disponibilidad de recursos presupuestarios.
- Establecer poco a poco, los consensos políticos para legislar, por vez primera, derechos y obligaciones de la población en general
- Incorporar al *PROGRESA* —*hoy Oportunidades*— transformando este programa en un esquema de *protección social permanente*.
- Procurar un balance adecuado entre subsidios al consumo presente y subsidios al consumo futuro.
- Constituir un esquema de transferencia más transparente, proporcionando mayor información a la sociedad y, finalmente,
- Lograr que este nuevo sistema de *Seguridad Social* sea consistente con el avance del *Federalismo*.

Todo lo anterior implica modificar nuestro concepto de *Seguridad Social*, ya que tal como actualmente se concibe no es la respuesta para el campo mexicano. Es necesario desvincularla de la participación del mercado formal de trabajo, del incremento del empleo y de la relación obrero patronal.

Si no innovamos y llevamos hacia otras dimensiones la *Seguridad Social*, el país no va a estar listo, en mi opinión personal, para responder a los retos que representan las transiciones demográfica y epidemiológica, así como tampoco tendrá un esquema de redistribución del ingreso más justo y transparente.

Creo que si todos discutimos estas ideas —por supuesto habrá otras probablemente mejores— y tratamos estos conceptos de manera plural y abierta, podremos juntos construir una verdadera red de *Seguridad Social* más equitativa e *incluyente*.

# Extensión de la protección social en salud. Experiencias en pro y en contra de los grupos excluidos

*Dra. Cecilia Acuña\**

## 1. Introducción

Las cartas constitucionales de la gran mayoría de los países de América Latina y el Caribe expresan el compromiso de proveer a todos los ciudadanos de un nivel básico de protección de salud. Sin embargo, a pesar de esta promesa y de los esfuerzos que han representado casi 20 años de reforma de los sistemas de salud, alrededor de 20% de la población de la región no cuenta en la actualidad con los recursos mínimos para resolver sus problemas de salud y cerca de 47% se encuentra excluida de los mecanismos de protección existentes contra los riesgos de enfermar y las consecuencias de estar enfermo.

Cuando los ciudadanos no acceden a los servicios de salud, se entiende que se encuentran excluidos de este derecho. La exclusión en salud se expresa en un gradiente que incluye diversas manifestaciones que van desde la total falta de acceso a los mecanismos de satisfacción de las necesidades más básicas y frecuentes de salud, hasta insuficiencias en el acceso a servicios que responden a necesidades de salud complejas y poco frecuentes, pero a menudo graves.

La experiencia acumulada luego de dos décadas de reforma de los sistemas de salud en los países de la región, hoy permite tener claro que la exclusión en salud forma parte de una cadena de eventos constituida por inequidad en el acceso—exclusión—inequidad en los resultados de salud, que a su vez genera otras situaciones que en su conjunto perpetúan y acentúan la brecha de la desigualdad entre diversos segmentos de nuestras sociedades.

Esta situación no sólo se manifiesta en el drama personal de millones de familias que deben enfrentar la pérdida de sus bienes a la hora de financiar el tratamiento de una enfermedad grave de uno de sus miembros o que simplemente no poseen bienes para alcanzar siquiera la posibilidad de dicho tratamiento. También se expresa en una brecha entre los logros de

---

\* *Consultora de ops/ops en Washington D.C., División de Desarrollo de Sistemas y Servicios de Salud (HSP).*

salud que serían alcanzables si los sistemas de protección de la salud funcionaran bien y los logros que dichos sistemas en realidad alcanzan, como puede observarse en el siguiente cuadro:

Cuadro 1  
**Brechas en atención de salud para América Latina  
 y el Caribe, 1995**

Indicador	Real	Esperado
Mortalidad Infantil (de niños menores de 5 años x 1.000 nacidos vivos)	47	39
Esperanza de vida (años)	69,5	72,0
Años de vida ajustados por invalidez (DALYS)	231,6	200,1

*Fuente: Progreso Económico y Social en América Latina. Informe 1996. Tema especial: Cómo organizar con éxito los servicios sociales, Parte III, Capítulo 2. Pág. 250. Banco Interamericano de Desarrollo, Washington DC., 1996.*

En este caso, el *rendimiento esperado* se estima sobre la base del ingreso *per cápita* y factores fijos temporales y regionales. La brecha se define como la diferencia entre los resultados observados (promedio regional) y los esperados en los cálculos.

A pesar de que este cuadro refleja la situación general del Subcontinente, sería un error pensar que también muestra en forma certera la realidad de cada uno de sus países: los países de la región no constituyen un conjunto homogéneo sino que presentan grandes variaciones en cuanto a su estructura demográfica, perfil de salud, renta *per cápita*, en la cantidad de dinero que gastan en salud y también en los arreglos institucionales que dan forma a sus sistemas de protección de salud. Del mismo modo, la pobreza, la inequidad y la exclusión varían en su magnitud y extensión en los diversos países y también en forma importante al interior de los países, de modo que es probable que las intervenciones destinadas a enfrentar estos problemas tengan también un impacto diferente en cada uno de ellos. Resulta fundamental, por lo tanto, definir y evaluar dichas intervenciones en función de ciertas características presentes en cada país o grupo de países.

## **2. Algunos elementos para caracterizar la exclusión en salud**

La región exhibe hoy en día un panorama que refleja las crisis políticas y económicas de los últimos 30 años. En el ámbito económico, la crisis del modelo de sustitución de las importaciones —vigente desde comienzos de siglo— dio paso a la instalación gradual del modelo de la globalización a partir

de los años 80, con una reestructuración de los procesos productivos y políticas de ajuste destinadas a hacer calzar los gastos con los ingresos en condiciones de cero crecimiento de la economía, donde por lo tanto, la estrategia utilizada fue una drástica reducción del gasto. El período de transición de un modelo de desarrollo a otro –y en particular el ajuste estructural de la economía, reflejado en una significativa reducción del gasto social, un gran aumento del desempleo y una caída de los salarios– tuvo un alto costo social, que se tradujo en un marcado aumento de la pobreza, tanto en su extensión como en su intensidad.<sup>1</sup>

En términos concretos, entre 1980 y 1990 el nivel de pobreza en el Subcontinente aumentó de 35 a 41% del total de hogares y las personas pobres aumentaron de 136 millones en 1980 a alrededor de 200 millones en 1990, siendo los nuevos pobres, en su mayoría, de origen urbano.

Independientemente del importante desarrollo económico registrado a partir de la mitad de la década de los noventa, con una tasa de crecimiento promedio de 3,6% –mucho mayor que la tasa promedio de 1% registrada en 1995– y una caída de las cifras de pobreza de 41 a 39% entre 1990 y 1994, no se logró compensar el incremento de la pobreza –de 35 a 41%– registrado entre 1980 y 1990.<sup>2</sup>

En el ámbito social, el nuevo modelo trajo consigo la flexibilización de los contratos y del marco laboral, la aparición de nuevos esquemas de pensiones y de seguros de salud y, sobre todo, el surgimiento del sector privado como un actor importante en espacios tradicionalmente ocupados por el Estado, como la administración de servicios sociales y de monopolios naturales. A esto se agregó una interpelación respecto de los roles que debe asumir el Estado y la aparición de fuertes críticas en cuanto a su desempeño, así como una profunda incertidumbre en relación con la confiabilidad de los nuevos esquemas y de sus administradores. En el antiguo modelo existía una red de protección social administrada por el Estado, el cual, alabado o criticado, era percibido como una garantía eficaz contra el riesgo y los *shocks* asociados a eventos imprevistos, sociales o personales. El nuevo modelo de desarrollo, en cambio, no cuenta con una red de protección capaz de reemplazar a la anterior y constituirse en la base del desarrollo social en el nuevo contexto. Ello genera sentimientos de desconfianza y vulnerabilidad frente a amenazas ya conocidas como la pobreza, el desempleo, la enfermedad y la vejez.<sup>3</sup>

En ese mismo período, la población regional entró en una fase de transición epidemiológica con una clara tendencia al envejecimiento, disminución de las tasas de mortalidad y natalidad y un aumento de la expectati-

---

1 Carlos Vergara: *El contexto de las reformas del sector salud*. Revista Panamericana de Salud Pública, Vol. 8, Nos. 1 y 2, Julio-Agosto 2000.

2 *Op. cit*

3 *Op. cit*

va de vida de 68.7 a 71.1 años en los últimos quince años. Las campañas sanitarias masivas aplicadas en forma sistemática lograron una disminución espectacular de las tasas de mortalidad infantil, con una reducción de los años potenciales de vida perdidos en toda la región, debido especialmente a la disminución de la mortalidad por enfermedades transmisibles en los primeros años de vida.<sup>4</sup> Como resultado, la población regional ha aumentado y se observa una tasa de crecimiento alta, de 1.4% para América Latina y de 1% para el Caribe. En este escenario, se puede prever un aumento poblacional de alrededor de 7.5 millones de personas por año para las próximas dos décadas, de modo que la población total, estimada en 520 millones de personas a mediados del año 2000, sería de 800 millones en el 2025.<sup>5</sup>

Por otra parte, comparada con otras regiones del mundo, América Latina se ha convertido en la región del mundo con la distribución más desigual del ingreso *per cápita*.<sup>6</sup> La instalación del nuevo modelo de desarrollo ha profundizado la desigualdad aún en países donde ha disminuido la pobreza en términos absolutos, como Chile. Luego del grave deterioro distributivo de los años 80 y a pesar del crecimiento económico, la inequidad se ha convertido en el principal desafío a enfrentar por los países de la región. Comparada con otras regiones del mundo, América Latina exhibe grados "excesivos" de pobreza, desigualdad e inestabilidad en el nivel de ingresos en relación con su nivel de desarrollo global.<sup>7</sup> Las crisis económicas y en particular los episodios recesivos han resultado devastadores sobre los pobres de la región: entre 1970 y 1994, la recesión empobreció proporcionalmente más a los ya pobres y una caída de 1% del producto doméstico bruto *per cápita* durante los años 80, eliminó las ganancias en reducción de la pobreza alcanzadas en los años 70.<sup>8</sup> Los episodios recesivos de los 80 contribuyeron de manera importante a la desigualdad actual, ya que los mayores niveles de desigualdad alcanzados no se revirtieron con el crecimiento de la década de los 90.

La combinación de estos elementos configura un cuadro de aumento de la población con un incremento de la pobreza y sobre todo, de la desigualdad, donde aparecen con fuerza dos fenómenos: la inequidad y la incertidumbre provocada por la desaparición de la red de protección que antes otorgaba el Estado. La coexistencia de ambos fenómenos da origen a la exclusión social. A su vez, la exclusión tiene graves consecuencias económicas para la región, deteriorando su potencial de trabajo, su productividad y su competitividad.

---

4 "La salud en las Américas" Vol. 1, Organización Panamericana de la Salud, 1998.

5 De acuerdo a proyecciones del CELADE.

6 "Shielding the poor: social protection in the developing world" Editado por Nora Lustig/ IDB, Washington D.C., 2001

7 *Ibidem*

8 *Ibidem*

En este contexto, la exclusión en salud es un problema que, en sus diferentes manifestaciones, afecta a un elevado porcentaje de habitantes de América Latina y el Caribe. Entre ellos se encuentra una gran cantidad de trabajadores que durante los últimos 20 años han pasado a formar parte de la economía informal y también la gran mayoría de los trabajadores del campo, que generalmente no cuentan con mecanismos de protección contra los riesgos y las consecuencias de enfermar. Consecuentemente, los excluidos en salud en la región son los pobres, las personas de origen indígena, los que viven en el medio rural, los trabajadores informales, los trabajadores agrícolas –en especial los eventuales–, los subempleados, los desempleados, los desocupados y las mujeres.

Al igual que la mayor parte de los fenómenos sociales, la exclusión en salud es un fenómeno multicausal y no existe una sola manera de medirla. Del mismo modo, no existe una sola estrategia para enfrentarla. Una característica importante relacionada con esto, es que tanto las causas como las posibles estrategias destinadas a eliminar la exclusión en salud no se encuentran sólo dentro del sector salud, sino que en muchos otros sectores de la administración del Estado y también en los recursos y organización que puedan generar las comunidades en el nivel local.

En términos globales, se puede afirmar que la exclusión en salud tiene su origen en tres dimensiones:

- Problemas de acceso a los bienes y servicios de salud;
- Problemas relacionados con el financiamiento de los bienes y servicios de salud y
- Problemas relacionados con la dignidad en la atención de salud.

Estas dimensiones subyacen a las causas de exclusión en salud. El siguiente cuadro intenta resumir las causas principales.

Cuadro 2  
**Causas de exclusión en salud**

Causa	Ámbito	Categoría
Déficit de infraestructura adecuada	a) Provisión de servicios de salud b) Entrega de servicios no directamente relacionados con el sector salud, pero que afectan la salud	a) Inexistencia o insuficiencia de establecimientos de salud b) Inexistencia o insuficiencia de suministro de agua potable, alcantarillado, caminos, transporte, etcétera

Cuadro 2

Causa	Ámbito	Categoría
Barreras que impiden el acceso a las atenciones de salud, en condiciones en que existe la infraestructura adecuada	<ul style="list-style-type: none"> <li>a) Geográficas</li> <li>b) Económicas</li> <li>c) Culturales/étnicas (autoexclusión)</li> <li>d) Determinadas por la condición de empleo</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>a) Asentamientos humanos remotos o poco accesibles</li> <li>b) Incapacidad para financiar las atenciones de salud</li> <li>c) La atención de salud se realiza en un idioma o en una modalidad que no es comprendida por el usuario o que está en conflicto con su sistema de creencias</li> <li>d) Subempleo, empleo informal, desempleo</li> </ul>
Problemas relacionados con la calidad de los servicios otorgados (que pueden, así como la variable étnica, resultar en autoexclusión)	<ul style="list-style-type: none"> <li>a) Problemas asociados a la calidad técnica de la atención</li> <li>b) Problemas relacionados con la dignidad/calidad en el trato y del lugar donde se realiza la atención de salud</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>a) Errores de diagnóstico/tratamiento, utilización de insumos poco apropiados</li> <li>b) Mal trato al público, establecimientos en malas condiciones físicas</li> </ul>

Fuente: Protocolo de investigación en protección social en salud. OPS/OMS. Washington DC., 2001 (Mimeo)

Es importante desarrollar en los países la capacidad de medir estos diversos aspectos de la exclusión en salud, con el fin de tener una idea clara de su magnitud y de sus determinantes principales en cada país y poder identificar de este modo las políticas más apropiadas para combatirla.

### 3. La protección social en salud: la cara opuesta de la exclusión

Los diversos grupos de población presentan una serie de condiciones que constituyen o se traducen en necesidades de salud, las cuales requieren a su vez de una respuesta social organizada por parte de las instituciones. El escenario institucional donde tiene lugar la satisfacción de

las demandas de salud de las personas, es el de las instituciones que proveen dichos servicios. No obstante, la red de provisión es sólo la parte más visible de un complejo conjunto que debe cumplir como mínimo otras dos funciones, aún cuando ellas no se distingan en la operación del sistema: financiar las acciones de salud –mediante diversos arreglos que van desde el financiamiento total por la vía de impuestos generales y específicos hasta el financiamiento total por parte del usuario del servicio a través del pago directo– y tomar decisiones de política en cuanto a las normas de funcionamiento del sistema y a las acciones de salud que los ciudadanos deben recibir –aunque no estén dispuestos a pagar por ello– con el fin de resguardar el estado de salud general de la población.

El conjunto de agentes organizados para responder a la demanda y/o a las necesidades de salud de una población, se denomina sistema de salud o sistema de protección de la salud. En cada sistema de salud, esta respuesta se estructura a través de ciertas funciones básicas, que se resumen en el cuadro siguiente.

Cuadro 3  
**Funciones involucradas en la protección de la salud**

Función	Componentes	Agente que la realiza
Financiamiento	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aseguramiento</li> <li>• Compra</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ministerio de Finanzas</li> <li>• Ministerio de Salud</li> <li>• Seguridad Social</li> <li>• Usuarios (a través de pago de bolsillo)</li> <li>• Población en general (a través de impuestos)</li> </ul>
Provisión		<ul style="list-style-type: none"> <li>Proveedor de servicios de salud (público, privado con o sin fines de lucro)</li> </ul>
Rectoría	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Función normativa</li> <li>• Regulación</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ministerio de Salud</li> <li>• Superintendencia</li> <li>• Otras instituciones normativas</li> </ul>

Por lo tanto, en el proceso de entrega de servicios de salud siempre se produce la interacción de cinco agentes, sea o no de forma explícita:

- Un usuario, que debe conocer sus derechos y responsabilidades en salud;
- Un financiador, que vela por la existencia de fondos para pagar o costear los servicios;

- Un asegurador, que debe ofrecer garantía de acceso económico a los servicios de salud;
- Un proveedor, quien debe ofrecer garantía de acceso físico (geográfico y técnico) a los servicios en condiciones adecuadas de calidad, oportunidad, respeto y dignidad y
- Un regulador, que debe velar por la existencia de reglas del juego justas entre estos agentes.

Conceptualmente, cuando se producen fallas en los sistemas de protección de salud y en la relación entre estos agentes, aparece la exclusión. Por lo tanto, las estrategias destinadas a eliminar la exclusión en salud constituyen un conjunto de intervenciones públicas y/o de otros actores de la sociedad orientadas a extender la protección social en salud.

La protección social en salud puede definirse como la garantía que la sociedad otorga –a través de los poderes públicos– para que un individuo o grupo de individuos pueda satisfacer sus necesidades de salud, obteniendo acceso a los servicios de alguno de los subsistemas de salud existentes en forma oportuna y de una manera adecuada, sin importar su capacidad de pago. Es importante notar que la definición no sólo se refiere a garantizar acceso, sino también a calidad y oportunidad de la atención.

Los sistemas de protección de la salud son elementos fundamentales para la satisfacción de las necesidades de salud de las personas y de su estructura y eficiencia depende en gran medida el grado de protección o exclusión en salud. En la región existen dos tipos de arreglos organizacionales que dan origen a distintos sistemas de protección de salud: a) Existencia de un sistema único nacional de salud administrado por el Estado, y b) Coexistencia de tres o más subsistemas –la Seguridad Social, el sistema público y el sector privado con o sin fines de lucro– con diversos grados de integración entre ellos. Este es el tipo de arreglo existente en la mayoría de los países de la región.

El grado de integración y el tipo de interacciones existentes al interior del sistema único o entre los subsistemas determina la habilidad del sistema en su conjunto para responder de manera adecuada a los requerimientos de salud de sus beneficiarios. En general, mientras mayor es el grado de integración entre los subsistemas, es mayor la capacidad de respuesta del sistema en su conjunto. En este contexto, existen cuatro factores asociados a una menor capacidad de respuesta del sistema:

(i) La segmentación o existencia de subsistemas con distintos arreglos de financiamiento, membresía y prestaciones “especializados” para diversos segmentos de la población, por lo general determinados por nivel de ingresos. Habitualmente se manifiesta en un subsistema público pobre y mal atendido, orientado a los pobres e indigentes y un sector privado –con más recursos y orientado al cliente- concentrado en los segmentos más

ricos. Este tipo de arreglo institucional consolida y profundiza la inequidad. Entre ambos se sitúan los seguros sociales que se especializan en trabajadores formales y sus familias.

(ii) La fragmentación o existencia de muchas entidades no integradas en un subsistema. Esta situación eleva los costos de transacción al interior del sistema y hace difícil garantizar condiciones equivalentes de atención para las personas afiliadas a los diversos subsistemas.

(iii) El predominio del pago directo o de bolsillo como mecanismo de financiamiento del sistema, ya que determina que la posibilidad de recibir las atenciones de salud dependa de la capacidad de pago de cada persona. Este tipo de financiamiento determina un alto grado de inequidad en el sistema.

(iv) Sistemas regulatorios débiles o poco desarrollados, que impiden el establecimiento de reglas del juego justas en la relación usuario—proveedor del servicio.

#### **4. Experiencias destinadas a reducir la exclusión en salud**

La información disponible muestra que en los países de la región no se han implementado en la magnitud necesaria, estrategias con el objetivo específico de reducir la exclusión en salud. En la década de los 70 y la primera mitad de los 80, se implementaron políticas destinadas a la ampliación de cobertura, en particular hacia el medio rural marginal, a partir de los resultados de la reunión de Alma Ata en 1978 y de la formulación de la estrategia de fortalecimiento de la atención primaria. Durante la segunda mitad de los 80 y en los 90 las políticas desplegadas durante los últimos 20 años en la mayoría de los países estuvieron más bien orientadas a contener costos y disminuir el gasto en salud, dadas las restricciones presupuestarias producto de las crisis económicas.

En general, los esfuerzos para mejorar los sistemas de protección de salud durante los últimos 30 años han estado predominantemente dirigidos hacia el fortalecimiento de la oferta de servicios. Comparativamente, pocos recursos se han destinado a organizar, informar y capacitar a las personas en sus derechos y obligaciones como usuarios de servicios de salud y, menos aún, a fortalecer el marco regulatorio y la capacidad de ejercer la regulación en la práctica. Con todo, existen en la región experiencias que han contribuido a disminuir la exclusión en salud. Algunas de ellas son las siguientes:

a) *Establecimiento de regímenes especiales de seguro social, sin esquema contributivo asociado.*

Orientados a satisfacer las demandas de grupos de la población considerados vulnerables o prioritarios, tales como ancianos, el binomio ma-

dre-hijo o sectores productivos como los cultivadores de caña y café. Estas experiencias han sido exitosas, en el corto plazo, para reducir la exclusión en salud de los grupos a los cuales están dirigidas. Su principal debilidad es la falta de sostenibilidad financiera en el largo plazo, ya que en general se han implementado con fondos extraordinarios (muchas veces provenientes de donaciones o préstamos de agencias internacionales) y no se ha logrado integrarlas al presupuesto regular, de modo que cuando se acaban los fondos extraordinarios también se acaba el programa.

b) *Esquemas de seguro voluntario con subsidio gubernamental.*

Este mecanismo rompe la rigidez en la afiliación de los sistemas tradicionales (bismarkianos) de Seguridad Social, permitiendo que algunos grupos excluidos se incorporen a un esquema de Seguridad Social, sin cumplir con los requisitos de afiliación. Su sostenibilidad en el largo plazo está dada por la voluntad de la autoridad pública de mantener el subsidio. Su principal debilidad es que si la entrega de beneficios a este grupo es distinta del régimen ordinario o se da en condiciones especialmente favorables, puede ser percibido como injusto por parte de los afiliados regulares (cotizantes).

c) *Expansión limitada de la oferta.*

Es la provisión de servicios de salud específicos a ciertos grupos focalizados de la población. La experiencia disponible demuestra que este mecanismo reduce la exclusión de los grupos beneficiarios en el corto plazo. Este mecanismo puede presentar dos problemas: falta de sostenibilidad financiera y falta de coherencia con las prestaciones ofrecidas por el resto del sistema.

d) *Sistemas comunitarios de protección social.*

Estos son los sistemas gestionados directamente o con altos niveles de participación de los miembros de una comunidad. Para ser exitosos, estos sistemas requieren establecer una buena conexión con el resto del sistema de protección de salud que puede hacerse cargo de aquellas enfermedades que no pueden ser atendidas en el nivel comunitario. Además requieren de combinar distintas fuentes de financiamiento para ser sostenibles en el largo plazo.

e) *Desarrollo gradual de sistemas unificados o con niveles crecientes de integración.*

Estas son las estrategias orientadas a integrar el subsistema público con la Seguridad Social y el subsistema privado, a través de mecanismos de compra de prestaciones y referencia de pacientes. Esta integración puede darse a nivel de la provisión y/o del aseguramiento. Su fortaleza es que

permite un mejor aprovechamiento de los recursos existentes en el sistema en su conjunto, amplía las posibilidades de la oferta y mejora los niveles de satisfacción de los usuarios. Su debilidad consiste en la complejidad de la integración funcional de las redes de atención y en la gestión de los mecanismos de transferencia de los fondos.

## **5. A modo de conclusión**

Del análisis anterior, se desprende que un desafío central que enfrentan hoy los sistemas de protección de la salud de los países de la región es cómo garantizar a todos los ciudadanos acceso efectivo a las atenciones de salud en condiciones adecuadas de calidad, oportunidad y buen trato, sin que la capacidad de pago sea un factor restrictivo.

Para que esto ocurra, se requiere de la existencia de una serie de condiciones que van más allá de medidas económicas y que hacen que sea difícil vencer el desafío. Estas condiciones son:

- Entender el acceso a un conjunto acordado de servicios de salud como un derecho exigible por parte de todos los ciudadanos, independientemente de su condición socioeconómica y de empleo, en un marco de derechos y responsabilidades;
- Identificar las barreras que impiden el ejercicio de este derecho;
- Establecer los mecanismos que permitan el ejercicio de este derecho en condiciones de sostenibilidad financiera, y
- Reducir las inequidades en el acceso a estos servicios.

Las políticas que promueven la segmentación y la fragmentación de los sistemas de salud, que toleran un marco regulatorio débil y que permiten que el pago de bolsillo sea el mecanismo predominante para financiar las acciones de salud, son políticas que promueven la exclusión en salud. Por su parte, las políticas de combate a la exclusión en salud serán aquellas dirigidas a:

- a) Eliminar la segmentación y la fragmentación al interior de los sistemas de salud, promoviendo la integración y la coordinación de los diversos subsistemas;
- b) Fortalecer la existencia y aplicación de un marco regulatorio que garantice reglas del juego justas entre los usuarios y los proveedores de bienes y servicios en salud;
- c) Reducir a su mínima expresión el pago de bolsillo como mecanismo de financiamiento de las acciones de salud y eliminarlo en los segmentos más pobres y vulnerables de la población, garantizando la protección financiera del hogar frente a la eventualidad de enfermar por parte de alguno de sus miembros.

En este contexto, para que el sistema de salud opere adecuadamente y sin exclusión, se deben cumplir las siguientes condiciones:

- a) Un conjunto de prestaciones garantizado para todos los ciudadanos independientemente del sistema de afiliación y/o provisión, conocido por todas las partes;
- b) Eficiencia y transparencia en la gestión y manejo de los aportes y recursos al interior del sistema en su conjunto;
- c) Un marco regulatorio adecuado;
- d) Una instancia reguladora independiente, con poder de decisión, credibilidad y capacidad de hacer cumplir el marco regulatorio y
- e) Usuarios informados, es decir, gente que sepa realmente cuáles son sus derechos y responsabilidades en salud.

A la luz de lo anterior, se puede afirmar que la extensión de la protección social en salud es un proceso global que va más allá del sector salud. Está ligado a la construcción de ciudadanía y al fortalecimiento de la democracia en nuestros países, entendiendo la salud como un derecho ciudadano independiente de la situación laboral de las personas y que requiere de ciudadanos informados. Por lo tanto, la operacionalización de las políticas de extensión de la protección social en salud requiere:

- Entender el acceso a los servicios de salud como un derecho exigible por parte de todos los ciudadanos, independientemente de su condición socioeconómica y de empleo, en un marco de derechos y responsabilidades;
- Identificar las barreras que impiden el ejercicio de este derecho, midiendo y caracterizando la exclusión en salud;
- Realizar los cambios necesarios en los sistemas de protección de salud para establecer los mecanismos que permitan el ejercicio de este derecho en condiciones adecuadas de dignidad, calidad, oportunidad y sostenibilidad financiera, de acuerdo a las características propias de cada país;
- Identificar y eliminar las inequidades en el acceso a los servicios y en los resultados de salud;
- Apoyar y promover la participación activa de las personas en el proceso del cuidado de su salud y capacitarlas en la búsqueda informada de las mejores alternativas disponibles para resolver sus problemas de salud cuando éstos se produzcan.

# La cobertura de la Seguridad Social en el campo: la experiencia de algunos países orientales

*Dra. Aviva Ron\**

Primero permítanme explicar un poco lo que hace la Oficina de la Región del Pacífico Occidental. Cubre 37 países desde China hasta las naciones más pequeñas del oriente del Pacífico, de las cuales es importante señalar que sus poblaciones están cambiando, y cada vez más gente emigra hacia las ciudades, aunque los más viejos permanecen en las granjas de las áreas rurales.

No obstante, la población del campo también cuenta con muchas mujeres y niños, de modo que la edad promedio de un agricultor es ahora de 50 años. Asimismo, en todos estos países el sector laboral formal es pequeño, no más de 10%, en contraste con Australia, Japón, Taiwán, Corea del Sur y Nueva Zelanda. También en los países en desarrollo es típico que el sector privado tenga altos salarios y pequeñas familias y el sector público —los maestros, policías y administradores en general— tenga familias más grandes y menores ingresos.

En aquellos países que gozan de alguna protección social, lo público y lo privado no suelen estar combinados, sino que son sistemas separados. Por su parte, el gran sector informal tiene muchos agricultores de subsistencia, así como muchos proveedores del mercado y además muchas personas autoempleadas ubicadas en las grandes ciudades.

El sector informal está excluido, en el sentido de que no paga ningún impuesto. Claro que tampoco lo desea y por ello permanece en la informalidad, porque además no tiene ningún incentivo para dejarla. Ni el vendedor del mercado en China ni el electricista en Beijing desean pagar impuestos sobre la renta ni ser parte del sector formal. Así se sienten seguros y le temen a registrarse bajo algún rubro y dejar de ser informales para entrar a las obligaciones de la economía formal.

En consecuencia, tenemos una base fiscal muy baja que significa que no podemos contar con un sistema bien financiado y generalizado como para otorgar atención a la salud. Debemos buscar otras políticas porque la Seguridad Social es algo bastante diferente en esta región, sobre todo com-

---

\* *Directora de Desarrollo de Servicios de Salud de la Organización Mundial de la Salud (OMS) para el Pacífico Occidental, con sede en Manila.*

parada con América Latina y el Caribe, por ejemplo, a pesar de que aquí tampoco se haya desarrollado del todo. Ellos se encuentran muy por atrás y, como la gente no está acostumbrada a la protección social, el interés y la demanda son bastante limitados.

Así las cosas, básicamente, tenemos dos tipos de países, los que eran comunistas o los que todavía son muy socialistas como China e Indochina, donde la gente no tiene la costumbre de hacer ese tipo de contribuciones de su propio bolsillo, y luego hay otras regiones que fueron colonias, como las Filipinas y el Pacífico del Sur.

La Seguridad Social no ha tenido un buen desarrollo en ninguno de esos países. Nuevamente tenemos que excluir a Japón, Corea del Sur y Australia, sólo hablo de naciones en vías de desarrollo porque no todos son pobres, pues registran un crecimiento económico razonable de 7 a 8%.

Muchos de esos países se encuentran en proceso de transición económica, pasando de ser economías planeadas a economías de mercado y, aunque todavía no tienen una buena comprensión del mercado de la salud, lo que sí tienen es una buena idea de cómo invertir para obtener un buen rendimiento de sus inversiones, ya sea que se trate de un hospital o no. Sin embargo, las antiguas colonias tienen una debilidad en lo que se refiere a la toma de decisiones: no están acostumbradas a decidir.

Finalmente, los países en transición como China y Vietnam, y otros que sí están acostumbrados a la toma de decisiones, están habituados, igualmente, a una economía planeada a cinco años y a nivel de provincias, de suerte que nadie se preocupa por nada, pues no suelen pensar en el financiamiento de las cosas. Ellos confiaban en un ministerio de finanzas muy fuerte, que determinaba qué cantidad se iba a gastar en salud, así que éstas son ideas nuevas para ellos.

Desafortunadamente, antes de que puedan pensar en las decisiones que tienen que tomar, se presenta el Banco Mundial, el Banco de Desarrollo Asiático y otros, y les dicen qué hacer y cómo deben desarrollar su sistema. Entonces ellos han permanecido sin involucrarse; sin realmente integrar sus ideas en búsqueda de una Seguridad Social que realmente resuelva sus problemas; sin buscar soluciones a través del sector social y, por esa razón, no tienen políticas claras y de trato igualitario para el sector informal.

Ciertamente hay algún desarrollo del sector formal, pero, insisto, ninguna verdadera política acerca de qué hacer con él, sobre todo porque surgen pocas iniciativas de entre la población, ya que en los países de las antiguas economías planeadas, tales como China y Vietnam, no hay tolerancia ninguna para las nuevas organizaciones comunitarias. Es decir, las cooperativas o asociaciones son una amenaza para el sistema político de esos países y si se llegaran a encontrar encauzadas a desarrollar algún esquema de microaseguramiento, están sumamente politizadas y en forma de sindicatos, como el sindicato de mujeres o el de jóvenes.

En realidad, todos estos son los brazos de los partidos políticos en los gobiernos y en ciertos países como Filipinas que tienen muchas cooperativas y Organizaciones No Gubernamentales (ong), éstas no cooperan entre sí. Un factor adicional es la poca utilización. Me refiero a que la población rural típica no puede ir a las instalaciones sanitarias y cuando va es en promedio de menos de una vez por año; incluso los niños no reciben esa atención ni siquiera una vez por año y, los que van representan .05%, en tanto que la población que se hospitaliza en un año no excede 2% en las áreas rurales.

En las áreas urbanas esta cifra es un poco más alta. Sin embargo, cuentan con la herbolaria y muchos de ellos no comprenden bien cómo hacer uso de los sistemas de salud, o bien, tienen temor de usarlos porque ahora tendrán que pagar esos servicios de su bolsillo. Resumiendo, la situación presenta enormes diferencias entre estos países que no comparten idioma ni cooperación técnica, como lo hacen en Latinoamérica, por ejemplo.

De tal suerte, la experiencia de la Seguridad Social, aun en las naciones desarrolladas, no es muy importante, tal vez sólo en el caso de Corea del Sur, ya que Corea atravesó por un período de 14 años, en el que logró una buena cobertura de la población rural. Mas, en los otros países, insisto, la experiencia al respecto es casi nula, lo que hace prácticamente imposible hablar de un modelo general y se tiene que analizar a cada país por separado.

Paradójicamente, en algunas entidades el seguro de salud se está haciendo muy popular. Es verdad que no se trata de un seguro que dé protección social muy amplia, sino solamente de un seguro de salud. La razón es que ahora las secretarías de salud tienen que reaccionar al hecho de que ellas ya no tienen suficiente dinero y se les ha dicho que tienen que reducir el gasto público. Lo anterior hace ver al seguro de salud como una solución rápida para atraer dinero a los hospitales. El problema es que en esos países no hay muchos hospitales privados.

Sólo en Filipinas, 50% de los hospitales son privados. De manera que ni China, ni Vietnam, ni Laos, ni Camboya tienen muchos hospitales privados. El gobierno es el propietario y operador de las clínicas y busca obtener ingresos rápidos para ellas. La realidad es que no están preocupados por instrumentar principios de Seguridad Social. Lo que les preocupa es poder hablar de cobertura universal y hacer partícipes a todos, lo más rápido posible. Así es que no les importa, siempre y cuando se pueda llamar pluralismo, aunque no lo sea y, ¿cómo le hacen? Pues no se preocupan si alguien viene con seguro privado.

Ellos creen que eso puede funcionar y luego se dan cuenta de que no funciona ni siquiera para 5% de la población. Llegados a este punto, empiezan a buscar otra manera de hacerlo, cueste lo que cueste. Se dan cuenta de que para las poblaciones rurales eso tiene que ser diferente, y

entonces, ven que una de las cosas que sucede en las poblaciones rurales es que hay que considerar todo, porque finalmente, no importa si un agricultor se cayó del árbol por razones de trabajo o no, al fin y al cabo no tiene un patrón; no hay responsabilidad de un patrón y si tiene que dejar de trabajar por algún tiempo, nadie le paga una prestación en efectivo durante ese tiempo.

Por tanto, ¿cuál sería el propósito de separar estos eventos? Estamos hablando de un seguro de salud que cubra todo el espectro y lo que hemos logrado en éstos últimos diez años, son dos tipos de iniciativas: las nacionales con base en regímenes voluntarios u obligatorios para la población, y los microseguros independientes basados en la comunidad para el sector informal o poblaciones rurales.

Veamos ahora lo que pasa en algunos países: Vietnam inició a partir del decreto de 1993, con un régimen nacional y si luego ellos deciden que no quieren tener muchas instituciones en el campo de seguros, pueden hacerlo. Así es que ellos han decidido que sólo quieren un régimen nacional y ese régimen estará a cargo de desarrollar las políticas y operaciones provinciales. Desde el principio establecieron claramente que será obligatorio para los trabajadores en activo o pensionados, y voluntario para los agricultores y niños en edad escolar; se deduce la afiliación individual, no familiar.

No hubo ninguna disposición preestablecida para las poblaciones de muy bajos ingresos, sólo iniciativas de provisión definidas por las provincias. Cada provincia hizo lo que quiso. Varias ONG como *Let's save the children* y *C.A.R.E.* que son las Organizaciones No Gubernamentales (ONG), más grandes, vinieron a Vietnam y trataron de organizar un seguro de salud con base comunitaria, pero fallaron.

Desde el principio estaba claro que esa contribución individual no podía ser pagada por muchos de los agricultores y con el tiempo se fue perdiendo el interés, ya que no era atractivo y no lo era porque la compañía del Seguro de Salud de Vietnam no sabía ni cómo registrar a la gente ni cómo cobrarle las contribuciones. Además ellos no daban cobertura a las familias, así es que eso no era interesante para los agricultores.

El Seguro de Salud de Vietnam tampoco resultaba interesante porque bajo el régimen voluntario los únicos que vendrían a afiliarse serían los trabajadores cuya actividad era de alto riesgo. Mientras que si hubieran cubierto a las familias, hubieran podido evitar la selección adversa. Más tarde el sistema introdujo un copago, que lo hacía todavía menos interesante debido básicamente a abusos del mismo en las áreas urbanas, razón por la cual los trabajadores de salud no estaban cooperando, pues no había ningún incentivo para hacerlo.

Ellos nunca veían ese dinero que venía de las contribuciones. Por

otro lado, Vietnam tiene un número importante de médicos que después de la desmovilización regresaron a vivir en sus pueblos y volvieron dispuestos a dar atención médica por cinco huevos, un pollo y nada de efectivo. De hecho, fueron ellos los que minaron los esfuerzos del seguro de salud y por supuesto no se hizo ninguna mejora física a los servicios públicos.

Más tarde, todo el mundo empezó a interesarse por la pobreza. ¿Por qué? Pues porque en la pobreza el seguro de salud se veía como una manera de reducirfa. Así el gobierno estaría asegurándose de destinar más fondos para consultas de salud gratuitas. En un año se asignó un millón de libras y ahora cuatro millones de libras.

Finalmente, el Seguro de Salud de Vietnam optó por fusionar todos los fondos en uno. Antes tenían seis fondos diferentes: uno para trabajadores en activo, otro para jubilados y niños en edad escolar, otro para agricultores, etc. Los juntaron todos para obtener el máximo rendimiento. El Banco de Desarrollo Asiático les acaba de conceder un préstamo por diez millones de dólares y la mayor parte de ese dinero se aplicará a consultas gratuitas durante un tiempo y la Organización Mundial de la Salud les está ayudando en este proyecto para que ellos puedan afrontar el subsidio que será necesario para los trabajadores agrícolas y la población rural.

El caso de Mongolia también fue una iniciativa nacional. Mongolia decidió dar un seguro de salud a toda su población de cobertura universal obligatoria para todos, cubriendo el gobierno la parte de la población más vulnerable: la población rural, aunque no en su totalidad, es decir, sólo la población rural nómada que son los ganaderos.

No obstante, el seguro es individual y las únicas prestaciones que concede son la hospitalización y alguna forma de copago para los medicamentos. Pero, en un plazo de dos años, el gobierno se dio cuenta de que no puede pagar los subsidios. Así es que dejó de pagarlos y pasaron de 98% de cobertura a 70% y, claro, los que no quedaron cubiertos fueron los trabajadores rurales. De tal forma, lo que ellos pagaban por los servicios de salud se redujo al uso de camas de hospital y eso no era bueno para nadie.

En la actualidad por año se hospitaliza 23% de la población de Mongolia, de lo que 30% se hospitaliza en Ulan Bator, la ciudad principal, y no hay ninguna base epidemiológica para esto ni hay necesidad de ella porque cualquier persona que sufra alguna queja mínima va al hospital y la única manera de obtener alguna prestación es ser admitido al hospital y a la gente le encanta porque a cambio recibe dinero.

Se hicieron algunos cambios en la administración y un día, en 1996, el gobierno decidió cambiar toda la organización del Seguro Social, quitándole todo al Ministerio de Salud. A través del tiempo fueron mejorando porque cuando menos el Seguro Social tuvo que aprender a cobrar las contribuciones y llevar un registro de los afiliados. También encontraron la forma

de administrar los pagos y, recientemente, sólo el pasado abril, se realizaron grandes enmiendas en la cobertura familiar y atención ambulatoria, haciendo todos esos servicios más atractivos para la población rural. También se ha descentralizado la administración hacia el nivel provincial.

El siguiente país es China, que es una situación más difícil, porque entre 1955 y 1980 el gobierno de China estableció algo que ellos llaman *Sistema de Cooperativas de Servicios Médicos Rurales* en 90% de los pueblos de China. Fue muy fácil porque la unidad colectiva allá no era una familia, sino un pueblo. Sin embargo, después de la revolución cultural, se dejó de utilizar el pueblo como unidad colectiva y en su lugar pusieron una familia como unidad productiva.

Ellos nunca pensaron en cómo cobrar ese dinero a las familias, por tanto las familias no pagaban y eso hacía que el médico no recibiera su compensación. Dada la situación, no había protección social fuera de la que proporciona el pueblo mismo, en el hospital del condado o delegación. Para principios de 1980, únicamente 10% de los habitantes del pueblo estaban cubiertos.

En 1993, el ayuntamiento estatal decidió que quería reestablecer lo que tenían antes, pero tenían que decidir la manera de hacer eso. Básicamente el sistema no les funcionó. Ellos habían recibido dinero de UNICEF, de OMS, de OPS, del Banco Mundial y tuvieron muchos planes piloto. Pero la razón por la que no funcionó fue que nadie sabía realmente qué era lo que hacían.

Se dieron grandes debates a nivel central y a nivel provincial y por fin, se permitió a los pueblos organizarse solos. Así, algunos decidieron que cobrarían un monto reducido y darían pocas prestaciones, mientras que otros eligieron que cobrarían poco pero con algún subsidio del gobierno local.

En ningún caso cubrirían a las familias y siguió sin resolverse cómo cobrar las contribuciones. Una vez por año el principal organizador del pueblo o algún partido iba a cada hogar, diciendo: "Bueno, ahora tienen que pagar por todo el año y si no pueden pagar, adiós. Usted no queda cubierto." Obviamente, no había ningún mecanismo, ninguna mercadotecnia social. Como resultado, la gente podía unirse al seguro en cualquier momento.

Acabamos de terminar un estudio en 90 regímenes y no encontramos "mejores prácticas" en ningún lado. De hecho, todos estos sistemas se han colapsado, excepto unos cuantos que eran los originales en los años 80. Algunos pueblos decidieron que tenían algo bueno y optaron por conservarlo, pero todos los proyectos piloto se colapsaron por las razones expuestas.

Ahora permitanme abordar otro tipo de políticas, donde tenemos una iniciativa comunitaria cuya base es la comunidad misma y que son diferentes a las iniciativas nacionales. Para eso voy a tomar Filipinas. Estas islas

tienen todas las ONG que uno pueda imaginar. Hay quienes dicen que hay unas 20,000, otros que son 50,000, dependiendo de la definición que se les dé a estas organizaciones. En realidad no son tantas las que se pueden definir como de Seguridad Social, donde se pagan contribuciones regulares para obtener prestaciones bien definidas.

Hay una en la que hemos estado participando durante los últimos ocho años, que fue establecida por el proyecto comunitario de una ONG Salud y funciona de manera muy sencilla: las prestaciones son exhaustivas porque cubren atención ambulatoria y hospitalaria. La unidad es la familia con un número reducido de personas en la cooperativa. Más tarde este modelo fue ofrecido al resto de los municipios en donde trabajaba esta ONG. Así es que ahora cubre a 40 o 50% de 14 áreas.

La contribución es de 2 a 3% del ingreso de las familias y la mayor parte de ellas puede pagarla. El cobro es flexible, en esos pueblos se hace a través de promotores pero hay problemas, ya que cada Navidad la gente deja de pagar porque necesita adquirir los regalos de Navidad y el seguro no es su prioridad en ese momento, si no han estado enfermos en los últimos tres meses. Así son las cosas; no obstante, tal vez, necesitan comprar semillas para la próxima siembra.

Al principio había muchos abusos. El abuso se presentaba principalmente en el seguro de maternidad. Una mujer se registraba cuando ya tenía cuatro meses de embarazo —a veces hasta siete meses— y sólo pagaba tres meses. Después del parto la familia ya no pagaba. Otro problema era que el equipo médico que era asalariado, tendía a llegar tarde y, como se trataba de poblaciones pequeñas, eran ellos los que tenían que ir a ver a los pacientes. Los médicos eran médicos locales, no eran médicos enviados de las grandes ciudades; sin embargo, no mostraban una buena actitud.

Estos médicos y enfermeras trabajan medio tiempo y el régimen los emplea como asalariados. Por cuanto toca a prestaciones hospitalarias, el equipo de atención primaria refiere a los pacientes a los hospitales para que se les hagan radiografías, pruebas de laboratorio u hospitalización. Cuando se requieren servicios de emergencia, se pagan a través de acuerdos de captación. Hay gente que dice que la captación no funciona, pero sí funciona porque son gente pobre.

Al hospital le encanta porque así recibe una cantidad que, multiplicada por el número de personas registradas cada tres meses, resulta pago por adelantado. Realmente el personal médico tendría que discutir con esas personas si ameritan ser hospitalizadas. De hecho estos pacientes llegarían tarde si no fuera porque están cubiertos por el régimen; es más, llegarían muy tarde y gravemente enfermos. Incluso si se les diera una receta para tres días de medicinas, no podrían comprar más que una dosis o sólo la de un día porque no tendrían dinero para más.

Por primera vez, el hospital siente que puede traer a la gente de bajos ingresos de manera digna, así como médico y enfermeras, sin tenerse que preocupar por quién va a pagar las cuentas. Los médicos se sienten bien y a la población le gusta, porque no tienen que ir con el trabajador social para que éste los clasifique como pobres o no tan pobres.

Ahora la pregunta que todos se hacen: ¿cómo sería la duplicación de estos sistemas? Bueno, la duplicación no tiene nada de bueno porque la gente se pone celosa cuando funciona bien. Si uno va con el presidente municipal del pueblo y le dice: "Tal vez usted pueda ayudarnos a cubrir a la asociación de pescadores o a la de vendedores del mercado", no lo acepta porque temen perder a algunos de ellos. Así es que los presidentes municipales no alientan su uso porque ellos perderían popularidad como sucede con las personas que están salvando a su gente pobre de pagar los gastos médicos.

Y es que en un país como las Filipinas en donde el voto es importante para el presidente de un municipio, es difícil luchar contra este tipo de enfoque y mucha gente, —como 10% de la población de Filipinas— trabaja en el extranjero, así es que si una familia enfrenta un problema mayor, ellos pueden conseguir \$500.00 dólares con cualquiera de sus parientes que trabaja en Nueva York... Para ellos no es el fin del mundo.

Éstas son algunas de las razones que obstaculizan la extensión de la cobertura en las ciudades que nos ocupan. Se hicieron ciertos ajustes y ahora la prestación de maternidad sólo se otorga después de un año de contribuciones. También se elaboró una carta noticiosa diciendo que se dará más atención preventiva y ahora están llegando a poblaciones más grandes y se está duplicando ese mismo esquema en las barriadas urbanas, en las afueras de Manila, con mucho éxito utilizando el mismo sistema con pago por captación para el hospital.

Si tratáramos de hacer un resumen de las iniciativas, hasta ahora éstas no habían funcionado muy bien porque no contenían disposiciones adecuadas para las familias de bajos ingresos. Ahora Vietnam ha encontrado la manera de cubrir a las familias de pocos recursos a través de la asistencia social y subsidios sociales parciales. Pero al principio, el compromiso razonado no estaba ahí.

Si vemos la experiencia de los microseguros con base comunitaria, es difícil lograr el cumplimiento en una comunidad pequeña, porque todo el mundo se conoce entre sí. ¿Cómo podría usted obligar a su suegra a pagar la contribución para el seguro? ¿Cómo podría usted no darle medicamentos a alguien que no ha pagado por tres meses, si ese alguien es su cuñada? Así es que en esos sistemas se da este tipo de choques que requerirían cambiar la actitud.

En cuanto a capacitar a los médicos locales, se hace indispensable debido a que no podemos traer médicos de la capital para que trabajen en

estas áreas; ellos no quieren hacerlo. ¿Por qué tendrían que hacerlo? Ahí mismo, en las localidades, hay médicos y tendríamos que capacitarlos cuando menos en política comunitaria para que entiendan lo que significa tratar a la gente pobre.

Ahora no tenemos ningún modelo, pero sí hemos aprendido algunas cosas y podemos hablar de mejores prácticas. Es en esto en donde las mejores experiencias pueden ser útiles para ustedes. Yo he trabajado un poco en Guatemala y Bolivia, pero fue hace bastante tiempo, en el período de 1991 a 97 con el apoyo intensificado de la OMS y estos fueron los problemas que afrontamos:

Cuando tratábamos de ver, por ejemplo, la extensión de la cobertura para trabajadores de Guatemala y de Bolivia, quedaban varias cosas en evidencia: primero que hay que cubrir familias y no individuos; segundo, que la contribución debe estar al alcance de la mayor parte de la población. Sin embargo, es mejor minimizar el porcentaje de personas que requieren del subsidio gubernamental y empezar con un mayor número de personas que puedan pagar por sí mismas, así se evita el copago y no se castiga al paciente.

Luego, si se presentan abusos, capacitar a los médicos en el uso racional de las instalaciones, porque no es por culpa de los pacientes, es decir, el paciente no es quien decide cuántas radiografías o cuántos medicamentos se administran. Se necesita un grupo calificador adecuado. No es deseable gente que, de repente, no pueda pagar por dos meses y luego entren y salgan porque ahí se acaba todo el proceso.

Asimismo, la gente tiene que entender por qué es necesario pagar de manera continua. Las prestaciones deben incluir atención ambulatoria y hospitalaria porque si no lo hacen así, la cobertura será inadecuada para las enfermedades graves. Si únicamente se da atención ambulatoria o sólo hospitalaria, se presentan abusos en el sistema.

Dicho sistema debe tener una fuerte base de atención primaria a la salud; tiene que vincularse con los servicios preventivos del gobierno, se requiere este vínculo positivo para las vacunaciones y demás cosas proporcionadas por el gobierno. No debe ser antigobierno sino trabajar estrechamente con ellos para el pago de los proveedores.

Necesitamos maneras eficaces de utilizar el seguro de salud, a nivel de proveedores. Los médicos y enfermeras de un miserable hospital de distrito no tienen buenos salarios, ni tienen buen equipo y, en consecuencia, si no ven ningún beneficio para sus bolsillos con el seguro de salud, piden por "debajo del agua". Entonces ellos necesitan incentivos.

Por otra parte, el sistema de información es básico, así como el de calidad que resulta más barato que evaluar y contestar las reclamaciones. La estructura administrativa deberá ser fuerte; los agricultores, la población rural y los proveedores deben estar representados.

Debe tenerse en cuenta también, que no se pueden aumentar las contribuciones cada año, sólo porque la institución no se encuentra en buena posición financiera. Es peligroso hacerlo, porque si la gente pierde credibilidad en el sistema se va. En Filipinas hasta ahora, nos la hemos arreglado para hacerlo sólo una vez cada cinco años, porque los gastos se limitan a través del sistema de captación y la atención primaria a la salud se da a través de asalariados.

Es claro que el gobierno tiene que estar ahí, con un papel bien definido. Si el gobierno quiere aumentar la cobertura universal tiene que realizar un empresa conjunta y considerar que también es importante la portabilidad de los derechos para los trabajadores que se van al sector informal o viceversa. Así es que se tiene que garantizar la portabilidad de esos derechos. También hay que desarrollar redes y acuerdos mutuos entre los sistemas existentes, si se trata de sistemas plurales.

Si todo esto se da, entonces definir la meta: ¿la cobertura universal? ¿Cómo? ¿A través de un enfoque muy relajado y muy plural? O más bien lo que queremos es la equidad en la protección social, en general, para el mayor número de actores sociales. Para saber cómo avanzar, primero debemos contestar a esas preguntas. ¿Deberemos hacer A o B? La A sería que empujamos al sistema nacional de Seguridad Social a aceptar tanto a la población rural, como a la informal, que fue lo que hicieron en Vietnam y Mongolia. China no ha tenido tanto éxito y yo creo que les tomará mucho tiempo lograrlo. En mi opinión, después de 30 años de trabajar en este campo, prefiero la opción A.

Sin embargo, hay que hacer las dos porque alentando varias iniciativas, sólo podemos ganar con ellas. Al mismo tiempo necesitamos más capacitación en seguro de salud, si surge cualquiera de estos regímenes de iniciativas comunitarias. Y esa capacitación debe certificarse, tiene que estar reconocida por otras instituciones para que no sea efímera.

Al mismo tiempo, tiene que haber una oficialización del sector informal durante ese período. ¿Por qué decimos eso? Lo decimos porque parte del problema es incluir a más gente en la Seguridad Social y el seguro de salud. Ya que si no permitimos esquemas comunitarios, tampoco tendremos la oportunidad de mayor cobertura. Tenemos que crear presiones que vengan de la base también para poder extender la protección social.

Por el momento nos encontramos en una mala situación en muchos países porque hay desempleo y, si miramos a Europa como ejemplo, a los jóvenes no les interesa mucho la protección, lo que ellos quieren es un empleo. Actualmente tener un empleo es más importante que la Seguridad Social a largo plazo. Pero si alentamos cualquier oportunidad que se nos presente, incluyendo estos microseguros de salud y cualquier tipo de extensión que podamos, lo que estamos haciendo es abarcar a más gente con la protección social y simultáneamente estamos brindando un mayor acceso a un mayor número de poblaciones rurales.

Esto ayudará y así tendremos más oportunidades de alcanzar la protección social completa que requieren las poblaciones rurales. Y no nos detendremos en atención a la salud, sino que también podremos cubrir invalidez, maternidad, y vejez. Pasemos a la siguiente ponencia.

# La cobertura de los trabajadores del campo en el marco de un sistema unificado de Seguridad Social. El caso de Argentina

*Dr. Alfredo H. Conte Grand\**

Debo iniciar esta charla aseverando que Argentina está en serios problemas, como es bien conocido por ustedes, y que estos problemas han repercutido de manera directa, en los programas de protección social; sin embargo, voy a referirme primeramente a la cobertura en materia de vejez, invalidez y sobrevivencia, que es la rama de Seguridad Social que tenemos bajo nuestra responsabilidad en la Secretaría, puesto que la parte de salud queda a cargo de otro ente gubernamental, sin perjuicio de lo cual, vamos a hacer alguna referencia.

Nosotros tuvimos, en materia de jubilaciones y pensiones o de cobertura de vejez, invalidez y muerte, una reforma en el año 1994, con una ley que creó un sistema de tipo mixto, donde conviven un pilar básico de reparto y un régimen público y de capitalización de tipo privado con opciones. Dicho *Sistema Integrado de Jubilaciones y Pensiones (SIJP)* está regulado por el Estado y modifica los requisitos para acceder a los beneficios y la forma de calcular los mismos. Pero esta reforma, al parecer igual que en México, estuvo dirigida específicamente a la población del mercado formal del trabajo, lo cual, aunado a los problemas económicos que ha venido arrastrando mi país, determinó el cómo está operando desde su creación hasta la fecha.

El asunto que en 1994 se mencionó como desafío a superar, fue lograr un sistema con viabilidad financiera, es decir, con un financiamiento asegurado. En lo que hace a la actualidad y a su proyección al futuro, esto indudablemente se ha visto erosionado por la crisis económica que les mencionaba al principio, pero se ha demostrado además, que aquellos cálculos de la reforma, fueron cálculos que en algún lugar tuvieron problemas porque el peso para el Estado, ha sido muy superior al que se había pensado.

El segundo desafío que se superaría era la extensión de la cobertura, pero como vamos a ver con algunos números que mostraré más adelante, estamos bajando cada vez más esa cobertura. En realidad, hay que decir

---

\* *Secretario de Seguridad Social de Argentina.*

que se han ido perdiendo cada vez más afiliados, seguramente como los ha ido perdiendo el mercado formal de trabajo.

Por lo tanto, tampoco este objetivo se ha logrado cumplir. Un tercer objetivo fue que llegara a ser el mejor sistema en cuanto a los beneficios o las prestaciones. Esto tampoco se logró, debido a diferentes motivos, entre otros, el de la crisis económica mencionada, pero también la estructura del sistema que no permitió que los beneficios tuvieran una mejora considerable, ya que, por ejemplo, se eliminarían los regímenes especiales y el único régimen especial que se pudo eliminar fue el de los trabajadores temporeros del campo, pero los regímenes especiales para los jueces, legisladores y demás grupos privilegiados siguen existiendo.

En este momento se está haciendo un intento por ver la posibilidad de resolver esto para poner a todos los ciudadanos en un pie de igualdad; también se prometió un aumento en el ahorro interno con el consiguiente desarrollo de mercado de capitales y una mejora en el desarrollo de la economía. No obstante, lo que se está viendo de la economía argentina hoy día, exime de comentar al respecto, pues indudablemente no se consiguió aumento del ahorro interno y los problemas económicos continuaron porque evidentemente las economías no se mueven porque haya acumulaciones y capitales, sino que se mueven por todo un conjunto de factores que son muchísimo más complicados.

Por otra parte, la disminución de la carga fiscal tampoco se obtuvo porque como decía, los porcentajes de la contribución del Estado al sistema, se aumentaron casi al doble de lo que se habían calculado originalmente; además, si la eficiencia administrativa y la rebaja del costo de administración era otra promesa debido a que lo privado es mejor que lo público, y porque se logra racionalizar los costos, no hay duda que es en este sentido, en donde los logros fueron peores, pues el costo de la administración ha sido más del doble en el sistema privado. Finalmente, el desarrollo económico con base en las inversiones, tampoco se alcanzó.

Con esto queda manifiesto que las promesas realizadas en aquel momento no se han cumplido, pero se puede observar con mayor precisión un poquito más adelante, cuando se aborde la cuestión precisa de los trabajadores del campo.

Este régimen entonces, el *SUP*, tiene dos módulos, uno de ellos con un pilar público del tipo de reparto con beneficio definido y otro privado de contribución definida y beneficio indefinido. El sistema público de reparto tiene a su cargo la parte básica y la parte de reconocimiento de las prestaciones de los antiguos sistemas, de manera que si es elegido por opción, se hace cargo del complemento. (Cuadro 1)

## Cuadro 1 Prestaciones



- ◊ Prestación Básica Universal (P.B.U.)
- ◊ Prestación Compensatoria (P.C.)
- ◊ Prestación Adicional por Permanencia (P.A.P.)
- ◊ Retiro por Invalidez
- ◊ Pensión por Fallecimiento de un Afiliado
- ◊ Pensión por Fallecimiento de un Beneficiario
- ◊ Prestación por Edad Avanzada

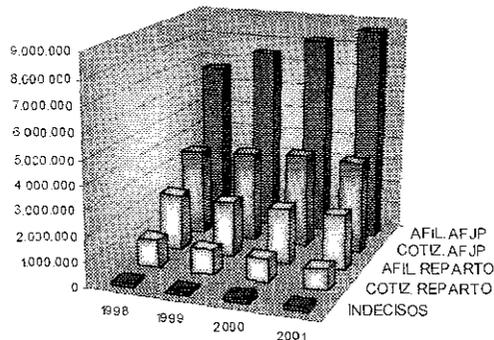


- ◊ Jubilación Ordinaria
- ◊ Retiro por Invalidez
- ◊ Pensión por Fallecimiento del Afiliado o Beneficiario
- ◊ Jubilación para Amas de Casa

Ahora bien, la Seguridad Social, en general para todos los trabajadores y también para los trabajadores del campo, se puede dividir en subsistemas de funcionamiento: el de jubilaciones y pensiones, el de desempleo, el sistema riesgo del trabajo y el sistema de asignaciones familiares. Este último será explicado con mayor detalle en este *Seminario* por expertos de nuestra administración de la Seguridad Social.

Para tener una muy breve idea de la cantidad de afiliados, los cotizantes a todo el sistema son ocho millones 700 mil trabajadores en el año 2001, mientras que los aportantes sólo tres millones 700 mil. Queda manifiesta la importante diferencia que en los últimos tiempos ha disminuido mucho más de lo normal, porque por lo regular, desde la reforma hasta ahora, aproximadamente 50% de los inscritos aportaban y ahora ha bajado 40% de los inscritos. Todo esto por efecto de la crisis multimencionada. (Gráfica 2)

Gráfica 2  
**Afiliados y Cotizantes al SIJP**

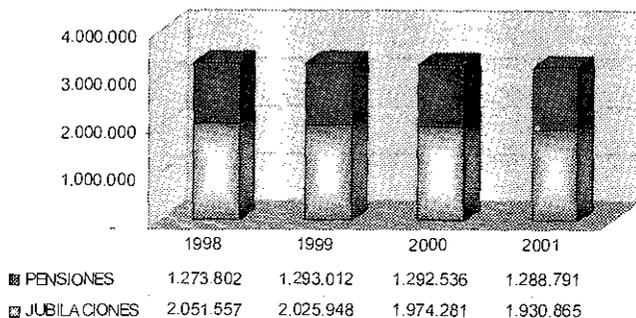


Hay otro detalle a observar: se registran 200 mil trabajadores indecisos. Estos trabajadores son los nuevos en el sistema y representan 80% de

los trabajadores que ingresan y que no optan ni por el sistema público ni por el privado. Lo anterior es un fenómeno muy interesante porque tiene que ver con una cierta indiferencia de los empleados frente a las opciones que se les presentan, y este tema de las opciones fue de los que más polémica provocó cuando se realizaba esta reforma, que indudablemente no ha tenido efectos concretos en la práctica.

Se cuenta así, con aproximadamente cuatro millones de aportantes y más de tres millones de beneficiarios, que se dividen entre pensiones y jubilaciones. Quiere decir que existe una relación de aportantes contra beneficiarios bastante deficitaria, por lo cual indudablemente se necesitaba esta reforma que se realizó, la única diferencia es que se necesitaba llevar a cabo con enfoques que en aquel momento no se tuvieron en cuenta. (Gráfica 3)

Gráfica 3  
**Beneficiarios del Régimen de Reparto**



Pasemos ahora a ver el tema de los trabajadores del agro que es lo que nos ha traído aquí. Hay legislación organizada adecuadamente que regula las relaciones laborales en el agro. He traído copias de esta Ley 22.248, que regula todos los temas de la relación laboral de todos los trabajadores permanentes y no permanentes en el agro, es decir; tanto aquéllos que tienen una relación de dependencia tradicional como los que tienen relaciones que se producen cada vez que aparece una cosecha o tareas ocasionales o supletorias en el agro, como son las podas, por ejemplo.

Esta ley también regula vacaciones, regula todo lo que tiene que ver con el contrato de trabajo. Tiene un aspecto muy interesante y lo he remarcado especialmente, que es el de la *responsabilidad solidaria de los subcontratistas*, ya que en el ámbito rural se utiliza mucho la subcontratación y la tercerización de trabajos, principalmente no ocasionales; de modo que el dador de trabajo, el que contrata o subcontrata, tiene una responsabilidad solidaria por todo lo que hace a los riesgos sociales. (Cuadro 4)

Cuadro 4  
**Responsabilidad Solidaria**

Respecto de quienes contrataren, cedieren o subcontrataren total o parcialmente trabajos o servicios que integran el proceso productivo normal del establecimiento rural, el régimen los considera solidariamente responsables con sus contratistas, subcontratistas o cesionarios del cumplimiento de las normas relativas al trabajo y a la seguridad social.

Otro aspecto que tiene mucho que ver con asegurar la cobertura, es el peso de los trabajadores agroindustriales que son 12% de participación del empleo frente a 70% en lo referente a comercio y servicio. Esta cifra ha crecido en los últimos años debido justamente a la baja de las actividades productivas que esta crisis ha traído. La construcción ha tenido una baja importantísima también, de 8% y, en consecuencia, el agro ocupa 12%. Dentro del empleo industrial, 60% del total, aproximadamente 960 mil trabajadores, son asalariados (62%), es decir, 600 mil puestos de trabajo del agro, al tiempo que no asalariados, resultan 360 mil puestos de trabajo. (Cuadro 5)

Cuadro 5  
**Estructura Interna del Empleo Agrario**

- ❖ Dentro del complejo agroindustrial, el agro equivale a 60% del total --aprox. 960.000 puestos de trabajo--
- ❖ Los asalariados representan 62% --aprox. 600.000 puestos de trabajo--
- ❖ Los no asalariados representan 38% --aprox. 360.000 puestos de trabajo--

Por lo que toca a la distribución por regiones, la región centro, lo que se llama la pampa húmeda, tiene 46%, o sea que la mitad de los trabajadores del agro se desempeña en lo que se llama la pampa húmeda. Se ven otras zonas en donde se produce: algodón (noroeste); tabaco (noreste); vino (en la región de Cuyo), lana (en el sur). Como se ve en el gran Buenos Aires, es muy bajo el porcentaje. (Cuadro 6)

Cuadro 6  
**Empleo Asalariado Agrario por Región**



REGION	%	ASALARIADOS
Centro	46	276.000
NOA	18	108.000
NEA	16	46.000
Cuyo	13	78.000
Sur	5	30.000
Gran Bs. As.	2	12.000

Fuente: Comisión Nacional de Trabajo Agrario

El *Empleo No Registrado (ENR)* tiene una gran importancia en el agro; 54% del empleo asalariado total en el sector rural es no registrado. Al parecer esto es un fenómeno bastante normal en muchos países y obviamente esto incide de manera directa en lo que puede lograrse en protección social. Es necesario resaltar que el trabajo no registrado muchas veces es ejercido por trabajadores migrantes de países vecinos, que no sólo no son registrados, también son indocumentados. Este es un problema importante que es necesario encarar.

Voy a abordar ahora la evolución de los aportantes en la Seguridad Social del grupo de los trabajadores agrícolas. En el año 96, 97 y 98 hay un pico importante que tiene que ver con el crecimiento en la economía, que en esos años estaba en niveles prácticamente cercanos al 10% y que ahora, con una economía en franco retroceso ha bajado a 174 mil de 243 mil. (Cuadro7)

Cuadro 7  
**Agrarios Aportantes a la Seguridad Social**

AÑO	APORTANTES
1994	122.000
1995	138.000
1996	227.000
1997	243.000
1998	247.000
1999	184.000
2000	174.000

Fuente: Sistema Integrado Jubilaciones y Pensiones

En cuanto a la evolución de la cobertura de la vejez, por ser Argentina un país en donde las actividades agrícolas y ganaderas son de gran importancia, ha tenido siempre respuesta en las legislaciones. En 1954 se creó una caja especial de trabajadores rurales para cubrir las jubilaciones que incluía tanto a trabajadores permanentes, como eventuales. Se estableció también una ley especial, la 14.370, con un régimen de reparto de carácter estatal tradicional, y en 1973 se observó un fenómeno muy interesante que es una ley que dio origen a lo que se llamaron los *Convenios de Corresponsabilidad Gremial*.

Dichos convenios constituyeron en esa época una novedad importante en la Seguridad Social, ya que en América Latina se observaban por esos años, las experiencias de México, de Colombia o de Ecuador pero este enfoque, tenía la particularidad de que analizaba el problema desde los interesados, es decir, los gremios participaban en la definición de distintos aspectos de la afiliación y la aportación, detalle que hacía que se lograra una solución más o menos razonable y con éxito relativo.

Por su parte, la reforma de 1994 siguió la línea de lo que estaba ocurriendo en muchos países de América Latina, de manera que con la idea del enfoque de la cuenta individual que había que poner en marcha en los distintos grupos de trabajadores, derogó el régimen especial para los trabajadores del campo, el cual tenía problemas inflacionarios, y dejó sólo incluidos a aquéllos que tenían una relación de trabajo tradicional o formal.

Los *Convenios de Corresponsabilidad Gremial* tuvieron vigencia de 1973 a 1995, con las siguientes características: se firmaba un acuerdo entre las Asociaciones Profesionales y Empresarias, o sea de trabajadores y empresarios de los distintos sectores de trabajo en el agro, y se definía una retención tarifada de aportes y contribuciones jubilatorios que consistía en una cuota que se calculaba con una fórmula que estimaba el peso de la mano de obra en cada una de las actividades agrícolas de que se tratara.

El peso en la mano de obra implicaba la determinación de esa tarifa que se retenía en el momento de la venta de los productos, con lo cual se lograba, entre otras ventajas, que concentraba esta retención y esta afiliación solamente en los acopiadores de productos. Con esto se facilitaba el control y se les podía otorgar a los trabajadores toda la protección social, es decir, la parte de las jubilaciones, los servicios de salud, los de vivienda y los de obra social.

Sin embargo, estos convenios, tuvieron algunos problemas. En teoría, su diseño era interesante y tenía en cuenta las características de cada uno de estos trabajadores, pero carecieron de fluidez en la práctica porque faltaba el reporte del trabajador; el del empleador tenía que reportar todos los datos de los trabajadores que participaban y como estos trabajadores eran también transitorios, había problemas serios de documentación y de

certificación de esos servicios. Entonces en eso fue relativamente deficiente: en el reporte que había que hacer de la nómina de trabajadores, en cuanto a sus documentos, su número y su nombre para acreditarles los servicios correspondientes.

Obviamente hubo también deficiencia en la fiscalización de los recaudadores que eran unos individuos que acopiaban los productos pero que se constituían en un nuevo agente de recaudación diferente del empleador tradicional de la Seguridad Social, asimismo hubo otra crítica bastante válida: faltó la actualización de las tarifas con relación a la inflación.

Este fue uno de los principales problemas: las tarifas eran fijadas en un proceso de negociación y cuando vinieron etapas de hiperinflación, los precios relativos se movían en forma muy acelerada. El sistema no aguantó esa dinámica porque el proceso de negociación era mucho más lento que el cambio de los precios, por lo tanto, se quedaron atrás las tarifas. Dicha situación provocó el problema de la financiación de la Seguridad Social, aunque se consideraba que la ventaja que tenían los convenios era que mejoraban la situación financiera del productor porque es un hecho que hasta que no vende y cobra la mercancía, tiene una situación financiera que, indudablemente, es deficitaria y le impide cumplir con este tipo de obligaciones impositivas o realizar los aportes a la Seguridad Social, de suerte que el momento de la venta del producto, es el momento en que la situación financiera resulta apta para ello.

Así, se estimaba que el cumplimiento de las obligaciones tenía que ser mucho más fácil, pese a que, como comentaba, hubo fallas, aunque los acopiadores eran menos, eran pequeños grupos, sin perjuicio de ello, no se logró que esta facilidad se tradujera a la práctica. No obstante, se logró que los trabajadores temporeros estuvieran cubiertos y se les concretara un derecho para una cobertura más extendida.

En consecuencia, hay que decir que estos convenios se aplicaron con éxito relativo en la ganadería, en la producción lanera, en la producción algodónera, cerealera, tabacalera y forestal; en el momento de la primera venta del producto se hacía el descuento y el comprador estaba obligado a hacer el depósito.

Es muy importante decir que contaban con participación tripartita: el Estado, los trabajadores y los empleadores. Esto era bastante útil. Lo que se tenía en cuenta era el número de horas-hombre requeridas para cada producción con base en los salarios de los convenios colectivos; los niveles de mecanización; el rendimiento promedio de cada producto y la carga contributiva de los distintos conceptos que había que aportar porque, como aseveré antes, estos aportes, no sólo eran de jubilaciones, sino también para las partes de salud o de riesgos del trabajo.

Obviamente, al anular este régimen especial disminuyó en forma importante la cobertura de trabajadores rurales y es por eso que hoy por hoy estamos pensando en remodelar aquellos convenios, motivo por el que se ha creado una comisión especial. (Cuadro 8)

Cuadro 8

### **Comisión Técnica para la elaboración de un Régimen Especial para Trabajadores Rurales**

- ❖ Creada en Octubre de 2001
- ❖ Coordinada por la Secretaría de Seguridad Social
- ❖ Comienza a desarrollar sus funciones en Mayo de 2002 impulsada por decisiones de la Mesa de Diálogo Argentino.
- ❖ Metodología basada en el consenso de todos los actores sociales intervinientes

En octubre del 2001 coordinamos desde la Secretaría, esta comisión que, lamentablemente, todavía se discute. Son temas muy complejos, no les pude traer ningún logro final, pero sí puedo contarles un poco en qué se está basando.

En la comisión hay empleadores y trabajadores. El AFIP es la entidad que lleva a cabo en Argentina, el trabajo que supervisa todo el funcionamiento del régimen de riesgos del trabajo y la administración nacional de la Seguridad Social. Esta agencia también recaudadora, supervisa que el trabajador que entra en el sistema, tenga el mismo régimen de prestaciones que todos los trabajadores. Esto es una cuestión importante porque no se produce ningún privilegio, ninguna separación entre trabajadores con capacidad contributiva y sin ella, o entre pobres y ricos.

Ahora bien, en cuanto a los temas que está contemplando esta comisión son, por ejemplo, el universo de cotizantes, el cual se está revisando porque simplemente por la incorporación de la tecnología, el mercado de trabajo ha cambiado y los mismos empleadores y trabajadores han pedido que se haga un repaso mucho más prolijo de lo que está pasando en el campo.

Lo anterior tan sólo es un ejemplo que da idea del porqué estas negociaciones van lentas, pero también se va a abordar el tema de identificación porque hubo una nueva legislación para los trabajadores del campo que ha creado una nueva libreta del trabajador del campo que no se sabe todavía si va a ser una libreta tradicional, o una tarjeta con algún adelanto

informático, que permita identificación y mejorar todo el problema de registro y, evidentemente, otra de las cosas que se discutió fue si este régimen tarifario que les mencionaba antes, es apto o no, o sea si tenemos que seguir con ese mecanismo o cambiarlo.

En general, puede decirse que hubo acuerdo de que ese régimen tarifario, si se logra modernizar y poner acorde con los cambios que pueda haber en los procesos inflacionarios, que ahora empiezan de nuevo en Argentina, seguirá siendo útil; así que se va a seguir trabajando con un esquema parecido a lo que eran los *Convenios de Corresponsabilidad Gremial*.

Ahora una rápida pasada por los riesgos del trabajo. La ley que estableció un régimen de riesgos de trabajo en Argentina es un poco especial; es un modelo bastante diferente que tiene vigencia estatal y en él unas aseguradoras privadas toman la responsabilidad de cubrir los riesgos, pero también tienen una importante participación en las actividades preventivas y de rehabilitación. Se trata de un sistema que es nuevo (tiene tres o cuatro años), del cual pueden mencionarse algunos logros o algunos avances en materia de prevención, pero todavía no está totalmente evaluado.

Por lo que toca a la siniestralidad del sector, creo que hay algunas cifras. Tenemos el total de trabajadores cubiertos rurales siniestrados para el periodo 2000-2001, asciende a 27,775 que no es una cifra pequeña y se distribuyen así: accidentes en itinere, 2.56%; enfermedades profesionales, 0.65%; reagravación, 2.42% y accidentes de trabajo, 94.38%. En el total de los sectores, se observa lo que mencionaba antes: el sector rural ocupa una parte muy importante; la tasa de incidencia para el sector rural comparado con el total ha sido la más alta. Inclusive en el total de los sectores de 96 a 2001, disminuyeron los accidentes de trabajo, mientras que en el campo aumentaron en 8.4%. Esto quiere decir que hay que trabajar muchísimo en materia de riesgo del trabajo. (Cuadro 9)

Cuadro 9  
**Evolución tasa de incidencia para el sector y total de los siniestros**

Período	Sector Rural	Resto Sectores
1996/97	96.2	82.5
1997/98	79.5	70.5
1998/99	107.9	80.7
1999/00	104.4	76.4
2000/01	103.2	75.9
Variación 96/01	8.4%	- 8%

Fuente: Unión de Asegurados. Riesgos del Trabajo, 1996-2001. Secretaría de Seguridad Social, Argentina, 2002.

En el aspecto del desempleo, se creó un *Registro Nacional de Trabajadores y Empleadores* que llamamos *RENATRE* y que tiene como objetivo expedir una libreta rural principalmente, para captar a los trabajadores temporeros, ya que los de relación formal tradicional son más, están más formalizados y registrados, y, aunque este registro es para todos, pone énfasis en aquéllos que trabajan en forma temporaria.

El *RENATRE* tiene como segundo objetivo la organización de un subsidio por desempleo; esto es muy nuevo, tiene menos de un año; y ese subsidio todavía no está instrumentado pero presenta una característica especial: está en la ley. Los aspectos, los lineamientos básicos del seguro del desempleo, su administración, por ejemplo, es responsabilidad de los trabajadores y empleadores del agro, es decir, el Estado delega estas funciones.

Aunque todo esto está todavía en estudio, desarrollándose y demás, la libreta rural será un documento que registrará a todos esos trabajadores de manera personal, intransferible; inclusive se tiene la aspiración de registrar a las familias con el objeto de facilitar todo lo que son las prestaciones de salud. El programa de prestaciones por desempleo se instrumentará probablemente con características similares al Programa General de Desempleo que funciona en el país dedicado principalmente a los trabajadores de los sectores formales de la industria y el comercio, y este régimen, muy probablemente, utilizará las redes de administración nacional pero con responsabilidad en las asociaciones de empleadores y trabajadores.

La cobertura en salud, para pasar muy rápidamente, buscando dejarles un panorama general, tiene una legislación que es la nacional; la que regula todo el sistema de obras sociales. Se trata de unas entidades que por cada asociación profesional o sindicato cubre a los trabajadores de las distintas ramas y hay una obra social que maneja el personal rural y de estibadores.

Concluyendo puede decirse que ninguno de los sistemas adoptados ha logrado resultados favorables del todo, para la cobertura y para la reducción del trabajo no resingistrado que es la mayoría de los trabajadores rurales, y obviamente, con eso ha habido siempre inconvenientes para la extensión de la cobertura de la Seguridad Social.

Puede decirse que los *Convenios de Corresponsabilidad Gremial* han tenido éxitos parciales, pero que, se vieron afectados por lo ya visto, procesos inflacionarios y demás. Entonces fueron eliminados por esa promesa que se hizo del régimen mixto que se puso en marcha en el país y con el cual los trabajadores temporarios han quedado prácticamente excluidos del Sistema Integrado de Jubilaciones y Pensiones. (Aquí me gustaría parar un minuto para decir que este régimen mixto que se ha puesto en marcha en muchos países incluyendo a México, probablemente sea en Argentina en donde primero dé sus resultados y, con ello, la necesidad de revisarlo en forma muy seria).

El gobierno argentino, en este momento, ha tomado la decisión de encarar una seria reforma de este régimen y justamente quiero pedirles perdón de ausentarme porque debo ir a Ginebra, ya que estamos trabajando con la OIT en un diagnóstico muy objetivo de lo que está pasando en Argentina con este *Régimen de Cobertura de las Jubilaciones y Pensiones*. Espero se genere un informe que permita hacer una reforma con consensos.

Lo único que tenemos claro es eso y que hay que aprovechar todo lo que está hecho. No se trata de tirar por la borda un sistema que costó mucho trabajo y mucha plata en términos de porcentaje de participación del Estado para ponerlo en práctica. También estamos seguros de que no lo vamos a hacer por debajo de la mesa como se hicieron muchas de estas reformas en América Latina. Lo vamos a hacer discutiendo con todos; buscando para cada uno su rol; buscando que se aproveche todo lo que está, incluyendo las administraciones privadas que tienen sus aspectos positivos sin ninguna duda; corrigiendo los aspectos que no funcionan.

Queremos ver si se puede lograr que la administración de carácter público de la Seguridad Social, sea más profesional, mucho más seria, mucho menos influida por los problemas que se le presentan al Estado y por los problemas que se le presentan a los políticos, porque no hay ninguna duda en cuanto a que el Estado tomó las reservas del régimen de capitalización en Argentina para su equilibrio fiscal, siendo que la promesa era que el Estado no metería más la mano en los regímenes de jubilaciones porque ahora los administraban los señores serios de carácter privado. Sin embargo, esos señores serios tuvieron que decir que sí, en momento de crisis, cuando el Estado necesitó y hoy día tienen más de 80% de las reservas en bonos de un Estado que se ha declarado en quiebra. Esto demuestra que hay que encarar una profunda reforma.

El otro tema que quiero resaltar especialmente, es que considero de gran importancia esta participación de empresarios y trabajadores porque se va a tener en cuenta lo que le pasa a cada uno de los cultivos, a cada una de las ramas de la producción; así que el trabajador rural argentino muy probablemente, en el curso de los próximos tres o cuatro meses, va a poder tener un sistema que le permita entrar en la protección social, atendiendo a sus características que no son las de todos los trabajadores. Muchas gracias.

# El Programa de Desarrollo Humano *Oportunidades*

Dr. Francisco Barrera \*

## Marco de referencia

La Secretaría de Salud ha participado, permanentemente, en programas de atención dirigidos a la población en extrema pobreza. Entre 1930 y 1979 instrumentó diferentes estrategias de atención para la población de las zonas rurales; de 1980 a 1996 se diseñaron y desarrollaron programas que favorecieron el reforzamiento de la estructura de la Secretaría de Salud, con el propósito de ampliar la cobertura de servicios de salud para población sin Seguridad Social y que residía en las zonas de mayor marginación del país. A partir de 1997 es responsable de coordinar y participar en el Programa de Educación, Salud y Alimentación, a través del *Componente de Salud*.

El Programa Nacional de Salud 2001-2006, estableció tres retos para la presente administración:

- El de la *Equidad*, por lo cual se atenderán de manera preferencial las necesidades de los grupos más vulnerables, con el fin de reducir lo más posible las brechas en salud que pudieran existir entre los diferentes subgrupos de la población.
- El de *Calidad*, con el propósito de garantizar un trato digno y asegurar que tanto los servicios públicos como los privados sean de alta calidad técnica, y satisfactorios para las expectativas de los usuarios.
- Y el de la *Protección Financiera*, cuya meta es asegurar la justicia en el financiamiento en materia de salud, de tal forma que las contribuciones al sistema de salud sean proporcionales a la capacidad de pago, y los beneficios se distribuyan atendiendo principalmente a las necesidades de la población.

Se parte del análisis de las dimensiones de la equidad que ha sido desarrollado por la Organización Mundial de la Salud (oms). Del resultado de este análisis se espera contar con un esquema de atención basado en las necesidades de la población, que integre instituciones en un sólo modelo funcional (no estructural), que incremente la equidad de la atención, sin hacer una discriminación *a priori* de la población que lo requiere. Independientemente del nivel de ingresos, el poder acceder a un servicio estará determinado por la situación de salud del paciente y no por su situación laboral o económica, de tal forma que todos aquéllos que tengan el mismo

---

\* Director General Adjunto de Equidad y Desarrollo, Dirección General de Equidad y Salud, Secretaría de Salud (SSA), México.

problema de salud, reciban la misma atención y tratamiento; y todos aquéllos con un mismo ingreso paguen lo mismo y, en su caso, los pobres paguen menos.

Actualmente, están vigentes seis programas dirigidos a la equidad y desarrollo, de origen federal, ya que son prácticamente administrados y normados por la Secretaría de Salud; estos programas son:

- *Cirugía Extramuros* que busca hacer llegar a la población con menos recursos y que reside en localidades dispersas, servicios quirúrgicos especializados con la participación altruista de instituciones médicas y cirujanos de diferentes entidades federativas y con financiamiento de Teléfonos de México;
- *Programa de Ampliación de Cobertura* que se instrumentó con apoyo de un crédito del Banco Mundial, con el cual se logró otorgar servicios de salud a la población que reside en los municipios de mayor marginación y con difícil acceso de 19 entidades federativas. Asimismo, fue posible certificar la cobertura de servicios de salud de 28 de las 32 entidades federativas del país.
- *Con el Programa de Salud y Nutrición para Pueblos Indígenas* se busca mejorar el nivel de salud y nutrición de la población indígena del país, y de esta forma disminuir la brecha existente entre sus indicadores de salud y el resto de la población.
- *El Programa de Calidad, Equidad y Desarrollo en Salud* que proporciona el financiamiento estratégico para la equidad y desarrollo con calidad, en un marco de innovación de los servicios de salud. Con este programa se busca garantizar una plataforma de recursos destinados a fortalecer otros programas para la reducción de los rezagos en salud. Estos recursos serán canalizados a microregiones, municipios y áreas, en donde se concentra la mayor marginación y los menores índices de bienestar social.
- Adicionalmente, se participa en el *Programa de Regiones Prioritarias*, coordinado por la Secretaría de Desarrollo Social (SEDESOL), y en el que convergen doce secretarías de Estado para fortalecer el desarrollo en las regiones con mayor marginación del país.

La estrategia del gobierno federal denominada *Contigo* suma los esfuerzos de todas las acciones sociales y en ella se circunscribe el Programa de Educación, Salud y Alimentación (*PROGRESA*) que a partir de este año cambió a Programa de Desarrollo Humano *Oportunidades*, basado en los objetivos rectores del Área de Desarrollo Social y Humano del Plan Nacional de Desarrollo (PND), que son:

- Mejorar los niveles de educación y bienestar de los mexicanos
- Acrecentar la equidad y la igualdad de oportunidades
- Impulsar la educación para el desarrollo de las capacidades personales y de iniciativa individual y colectiva

- Fortalecer la cohesión y el capital sociales
- Ampliar la capacidad de respuesta gubernamental para fomentar la confianza en las instituciones;

Asimismo, contribuye al logro de los objetivos estratégicos de los programas de desarrollo social, salud y educación, ya que basa el cambio en los siguientes conceptos:

- Es un programa de desarrollo humano basado en la corresponsabilidad. Hoy se busca que el beneficiario se comprometa a una mayor corresponsabilidad.
- Busca la equidad y reducir las desigualdades, ya que está dirigido a los grupos más desprotegidos, con base en la dimensión dual presentada anteriormente.
- Se centra en la familia y fomenta el tejido social y comunitario.
- Facilita y fomenta el acceso de las familias a nuevos servicios y programas de empleo, ingreso y ahorro.
- Tiene enfoque de género y promueve el liderazgo de las mujeres, al ser éstas quienes reciben los apoyos que se entregan a las familias, con el objeto de asegurar que se destinen a la alimentación familiar y evitar que se dirijan al consumo de otros recursos no aptos para la salud.
- Tiene mecanismos independientes de supervisión, contraloría social y evaluación de impacto y
- Es un programa en el que participan las Secretarías de Desarrollo Social, Educación Pública, Salud y el Instituto Mexicano del Seguro Social a través del Régimen *Solidaridad* y, recientemente, con el apoyo del Régimen Obligatorio. Asimismo, existe una alta coordinación entre los tres órdenes de gobierno.

Las vertientes del cambio que propone *Oportunidades* están dirigidas a ampliar y mejorar la calidad de la atención con el apoyo de la *Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud* y del *Programa de Escuelas de Calidad*, a fin de mejorar la cobertura de estas familias, no sólo en los servicios de salud y de educación, sino también en el fortalecimiento de la economía familiar, al generar oportunidades de ingreso, empleo y ahorro, tanto para las familias en extrema pobreza del área urbana, como para las del área rural.

### **Lineamientos básicos de la operación del programa**

Queda establecido, entonces, que el programa *Oportunidades* tiene como propósito general conjugar acciones de educación, salud y alimentación, con la finalidad de asegurar oportunidades adecuadas para el desarrollo y el desempeño productivo de las familias pobres, para elevar su nivel de vida y facilitar su plena integración social.

El programa está dirigido hacia la población en extrema pobreza del país. Para su identificación la coordinación nacional de *Oportunidades* aplica

entrevistas a las familias que residen en las localidades o áreas más marginadas del país.

En la encuesta se consideran las características socioeconómicas de los hogares en su entorno regional y su condición de residencia rural-urbana, y con base en una técnica estadística multivariada que se denomina “análisis discriminante”, se selecciona a las familias susceptibles de ser incorporadas. Con este método estadístico se evita que cualquier elemento subjetivo influya en la decisión de la selección de las familias beneficiarias.

En particular, el *Componente de Salud* tiene como propósitos generales:

- Mejorar los niveles de salud y nutrición de la población en condiciones de pobreza extrema y alta marginación, así como
- Impulsar cambios sustanciales en la conducta familiar y en la forma de operación institucional.

Y como objetivos específicos:

- Proporcionar de manera gratuita un *Paquete Básico de Servicios de Salud*
- Prevenir la desnutrición infantil
- Mejorar el autocuidado de la salud
- Promover la asistencia periódica de las familias beneficiarias a los servicios de salud y
- Asegurar la oferta de servicios, mediante equipamiento y capacitación al personal.

Para lograr estos propósitos se establecieron cuatro ámbitos de acción en los cuales se esquematiza la atención y las corresponsabilidades de las familias, siempre con base en las normas oficiales mexicanas.

a) El primer ámbito es otorgar el *Paquete Básico de Servicios de Salud* que está compuesto por trece intervenciones que se caracterizan por su alta efectividad y su carácter principalmente preventivo, así como por acciones curativas y de control de los principales padecimientos.

Se encuentra en etapa de análisis la inclusión de cuatro nuevas intervenciones relacionadas con la salud bucal, el cáncer de mama, acciones contra vectores y salud mental.

b) En el segundo ámbito de acción se da énfasis a la detección y atención de los grupos de riesgo, para lo cual se definió la normatividad mínima de atención en salud para cada grupo de edad, condición de riesgo y sexo, con base en el cual, cada integrante de la familia debe cumplir, en el año, con un número mínimo de consultas médicas, por lo cual debe asistir a la unidad de salud. La cultura actual que prevalece en la población es acudir a los servicios de salud para recibir una atención curativa; con este esquema de atención se busca modificar la cultura hacia una conducta que vigile el estado de la salud.

c) Para cumplir con el objetivo de prevenir la desnutrición infantil, se estableció como ámbito de acción el reforzamiento alimentario nutricional,

que se encarga de vigilar la nutrición, otorgar educación alimentario-nutricional a las madres, proporcionar un suplemento alimenticio específico para los niños entre cuatro meses y dos años de edad, y a los de dos a cuatro años con algún grado de desnutrición, así como a las mujeres embarazadas o en lactancia.

Este suplemento alimenticio se elaboró con base en el diseño de un grupo de expertos en nutrición, y cubre 20% de las necesidades energéticas, pues contiene 100% de los micronutrientes requeridos.

Por su parte SEDESOL otorga un apoyo alimentario económico, a cambio de que las familias cumplan con sus corresponsabilidades en salud; es decir, cada miembro de la familia debe asistir a las citas médicas programadas, con base en el esquema de atención; también deberá acudir el titular mensualmente a una sesión de comunicación educativa.

d) Finalmente, la promoción de la salud es básica para dar un giro a la actitud tanto de los usuarios, como de los prestadores de servicios, cambiando, de la atención a la enfermedad, al autocuidado de la salud. Para el programa se han diseñado instrumentos de comunicación educativa, los cuales contienen 35 temas diferentes vinculados con las acciones básicas de salud, enfocadas hacia la prevención.

Las titulares de las familias deben asistir a una plática cada mes y a partir del 2001, también es obligatorio para los becarios beneficiarios de educación media superior, asistir a siete pláticas con temas relacionados con los riesgos en salud a los que se enfrentan los jóvenes.

Es posible asegurar que entre los beneficios potenciales del *Componente de Salud* se cuentan los siguientes:

- Un impacto en las acciones sustantivas para la formación de capital humano
- Un cambio en la atención a la salud, tanto en la población como en el prestador de servicios
- La integración al desarrollo social y
- La contribución a la ruptura del círculo intergeneracional constituido por la pobreza-ignorancia-desnutrición-insalubridad.

### **Avances del *Componente de Salud***

Los avances se han realizado en poco tiempo, ya que en 1997 sólo se habían incorporado poco más de 400 mil familias y a fines del 2001, ya se beneficiaba a 3.2 millones de familias, que equivalen a poco más de 15 millones de personas, que residen en 2,310 municipios de 31 entidades federativas; es decir, prácticamente, se encuentra en todo el país, excepto en el Distrito Federal.

Ante el reto de atender con servicios de salud a toda esta población, la coordinación de las instituciones del Sector Salud ha sido fundamental: en 31 entidades federativas participa la Secretaría de Salud. Por su parte, el Instituto

Mexicano del Seguro Social tiene presencia en 17 estados a través del Régimen *Solidaridad* y en catorce con el Régimen Obligatorio.

Este último colabora en la atención de familias beneficiarias que residen en las áreas marginadas de las zonas urbanas y que se incluyeron en el programa a finales del 2001.

La dispersión de la población es un factor importante que influye en la atención de las familias. Resalta el hecho de que 60% de las familias residen en localidades menores a los 200 habitantes, por lo que se han establecido estrategias especiales para su cobertura.

Las familias asisten a cerca de 10,500 unidades médicas fijas, y se requiere la movilización de poco más de 2,800 equipos de salud itinerantes: equipos de salud que se acercan hacia estas comunidades de alta dispersión y difícil acceso, ya sea en vehículos motorizados o a pie.

Hasta el momento el Sector Salud se apoya en Liconsa y Diconsa para la producción y distribución del suplemento alimenticio. Durante el periodo de desarrollo del programa se ha requerido de un esfuerzo especial para asegurar que la población objetivo reciba el suplemento alimenticio. Tan sólo en el 2001 se distribuyeron 90.7 millones de sobres de suplemento alimenticio para niños menores de cinco años, y 37 millones de sobres para mujeres embarazadas o en lactancia, lo cual equivale a 494.5 y 170.8 millones de dosis, respectivamente, que en algunos casos es el único alimento seguro que reciben en el día.

Hasta diciembre del 2001, 3.1 millones de familias fueron atendidas por el Sector Salud, de las cuales 68% asistieron a unidades de la Secretaría de Salud, 31% a instalaciones del IMSS-Solidaridad y 0.4% al IMSS Régimen Obligatorio. Los estados de Chiapas, Veracruz, Oaxaca, Puebla y Guerrero, que son los más marginados del país, concentran 49% de las familias en control.

Debido a que se induce la demanda de atención, en algunas unidades médicas se tiene un promedio de 40 consultas diarias por médico. En el 2001, se otorgaron 8.26 consultas médicas en promedio por familia; en total 22 millones de consultas, de las cuales cerca de ocho millones, o sea 36.4%, se dirigieron a los niños menores de cinco años, con especial énfasis hacia los niños desnutridos.

Una actividad importante dentro del *Componente de Salud* es la comunicación educativa. Durante el 2001 se realizaron poco más de dos millones de sesiones de educación para las titulares de las familias beneficiarias. En el cambio a *Oportunidades*, no es suficiente con asistir a la plática, se busca que la titular se apropie de los elementos para el autocuidado de la salud y los aplique en beneficio de la comunidad y de la familia.

Las tasas de mortalidad infantil y preescolar han sufrido modificaciones importantes en los últimos años, y cabe recordar que éstas son las tasas

más sensibles a la pobreza y a la marginación. Se analizó el comportamiento de la mortalidad infantil y preescolar en los municipios en los cuales residen familias beneficiarias y si bien es cierto, que no se puede atribuir que la disminución sea resultado específico de la presencia de *Oportunidades*, resalta que la modificación más importante de la mortalidad infantil, se observa entre 1998 y 1999, dos años después de que inició el programa, al disminuir la tasa de mortalidad infantil que en 1997 fue de 4.7 a 4.0 en 1999.

El *PROGRESA* fue la base para *Oportunidades*, por ello se le reconocen los logros alcanzados hasta su vigencia; sin embargo, con *Oportunidades* se están estableciendo alternativas innovadoras que tendrán mayor impacto.

Con el *PROGRESA* se lograron formas transparentes y efectivas para la entrega directa de los apoyos a las madres de familia; con *Oportunidades* se instrumentarán nuevas formas de entrega de los apoyos y más transparencia al impulsar además el apartidismo. Se cuenta ya con una evaluación externa muy exitosa, con *Oportunidades* se desarrollarán nuevos mecanismos de supervisión externa y se realizará una nueva ronda de evaluación independiente.

Con *Oportunidades* igualmente, se fortalecerá la concertación y corresponsabilidad con los gobiernos de los estados y municipios, para lo cual además se compartirá la planeación para el crecimiento de los servicios de salud y educación para atender la demanda que se genera con el programa.

Para este año con *Oportunidades* se incrementará la cobertura hacia localidades urbanas hasta un millón de habitantes, se han establecido procedimientos para corregir los errores y problemas de familias indebidamente incluidas y excluidas, y se ha planteado incorporar un millón más de familias, con lo cual se cubrirán 4.2 millones de familias en total.

Con el *PROGRESA* fue posible fortalecer la economía familiar y vincular la salud con la educación y la alimentación. Ahora con *Oportunidades* en el campo de la educación se ha logrado reducir la deserción escolar, aumentar la permanencia de los niños y niñas en la escuela y mejorar la transición en el ingreso a secundaria, especialmente de las niñas, así como incluir el nivel de educación media superior a los beneficios del programa.

Adicionalmente, el *Programa Escuelas de Calidad* dará prioridad a los planteles escolares a los que asisten niños beneficiarios de *Oportunidades*, y se establecerá una estrategia a fin de que los adultos tengan acceso al *Programa de Educación para la Vida y el Trabajo* del Instituto Nacional para la Educación de los Adultos.

Asimismo, la *Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud* focalizará sus acciones hacia las unidades médicas en que se da atención a las familias beneficiarias; a la vez, existe una estrecha coordinación con el *Programa de Arranque Parejo y el Seguro Popular*. En salud se ha

logrado la asistencia a los servicios de salud de toda la familia y el acceso al *Paquete Básico de Servicios de Salud*. Los resultados de las evaluaciones de impacto indican que se observa una reducción de la morbilidad infantil y un aumento en la talla de niños y niñas de zonas rurales, con los apoyos a la alimentación a niños menores de cinco años y mujeres embarazadas o lactando.

El cambio es evidente; sin embargo, el reto ahora es vincular *Oportunidades* con el *Seguro Popular*, con el cual se busca asegurar el acceso a servicios de salud de niveles de atención más complejos de la población que en este momento no tiene acceso a Seguridad Social, y que evite que la población sufra una catástrofe al financiar este tipo de servicios.

Así, se puede concluir que *Oportunidades* es un programa exitoso que permite a los prestadores de servicios participar en el desarrollo de las familias que requieren de un apoyo para modificar su situación de pobreza, por eso, otorga la oportunidad a esas familias de acceder a servicios que antes no estuvieron a su alcance, pero además promueve la participación en su desarrollo personal y de su comunidad.

SEGUNDO DÍA  
DE PRESENTACIONES

---

# Transformaciones y continuidades en las condiciones de los jornaleros agrícolas durante la última década

*Lic. Lourdes Sánchez Muñoz-Hierro\**

Hablar actualmente de jornaleros agrícolas, es hacer referencia a millones de trabajadores del campo a quienes caracteriza su diversidad. Pueden ser indígenas o mestizos; campesinos, ejidatarios o comuneros; hombres o mujeres. Pueden cobrar por día, semana, mes, temporada, a destajo o por tarea; emplearse como trabajadores permanentes, temporales, locales o migrantes. Laborar para empresas agrícolas de carácter industrial, pero también, para rancheros y pequeños propietarios, productores sociales o ejidatarios minifundistas.

Sin embargo, los jornaleros tienen, a pesar de todas sus diferencias, una definición fundamental: constituyen, desde hace poco más de una década, un sector emergente de la sociedad rural, cuyas condiciones de vida y trabajo los mantiene en una situación de exclusión social, a pesar de su importante contribución al desarrollo económico de extensas regiones agrícolas del país. Hablar del sector jornalero nos hace pensar en el desarraigo, en la pobreza y la precariedad en que viven.

Por ello, quiero agradecer la invitación para participar en este *Seminario*, pues un foro internacional como éste representa la oportunidad de conocer experiencias y estudiar alternativas que contribuyan a que estos hombres, mujeres y niños ejerzan sus derechos más fundamentales, como es el referente a la Seguridad Social y los beneficios y prestaciones que esto significa.

La presente ponencia, se organiza en dos grandes apartados: el primero, con la finalidad de contextualizar lo más posible la problemática de esta población, aborda sus características demográficas, así como las condiciones de trabajo y de vida de este importante sector de la sociedad rural mexicana.

En una segunda parte se expone, de manera muy general, la labor desarrollada por el *Programa de Atención a Jornaleros Agrícolas (PRONJAG)*

---

\* *Directora General Adjunta del Programa de Atención a Jornaleros Agrícolas. Secretaría de Desarrollo Social (SEDESOL), México.*

durante más de una década; en especial, comentaré las acciones impulsadas en el ámbito de la Seguridad Social y dos experiencias concretas desarrolladas por el programa para otorgar algunos servicios del género a los jornaleros agrícolas.

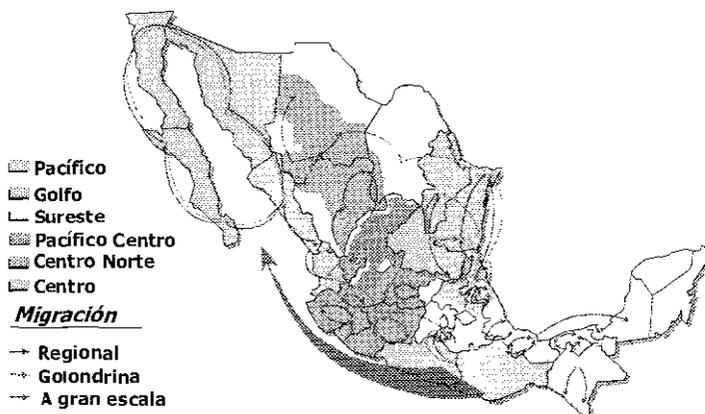
### El empleo de jornaleros en el sector agropecuario

El *Programa de Atención a Jornaleros Agrícolas* ha calculado que el número de ellos asciende a **3'160,831**; cifra que resulta de considerar los 2'347,081 que se reportan como jornaleros o peones sin otra actividad económica fuera del sector agrícola durante los meses de enero-marzo de 2001, y sumarle los 813,750 productores agrícolas que tienen como segunda actividad económica emplearse como jornaleros o peones en la agricultura, en alguna determinada época del año.<sup>1</sup>

Cabe destacar que durante la última década, el trabajo asalariado en el campo ha experimentado un paulatino pero sostenido crecimiento pues, no obstante que el total de sujetos agropecuarios ha manifestado una reducción de 12.03%, el trabajo asalariado pasó de representar 42.45% de los trabajadores agropecuarios en 1991, a 47.34% en el 2000; mientras que el trabajo sin pago tiende a la baja al pasar de 57.54% a 52.66%.

Debido a las características del mercado de trabajo agrícola, se distinguen tres tipos de entidades federativas y regiones: de atracción (que demandan jornaleros agrícolas); intermedias (que presentan tanto oferta como demanda de trabajo), y de expulsión (los cuales corresponden a los estados de origen de estos trabajadores del campo). (Figura 1)

Figura 1  
**Rutas Migratorias**



<sup>1</sup> Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática, (INEGI), Secretaría del Trabajo y Previsión Social (STPS): Encuesta Nacional de Empleo, 2001. Cuadros 3.86 y 3.88.

Las economías campesinas de los estados expulsores, se caracterizan por ser minifundistas con suelos muy erosionados y por carecer de insumos e infraestructura, lo cual implica una producción agrícola deficitaria, que en la mayoría de los casos es de subsistencia. Su población presenta una alta composición indígena, niveles mínimos de bienestar y poca o nula diversificación económica, por lo que sus habitantes han encontrado en la migración y el trabajo asalariado una, si no es que la única, forma de supervivencia.

En los estados de atracción, se han formado importantes enclaves de producción agrícola que disponen de lo necesario para la agricultura comercial y se caracterizan por ser demandantes de mano de obra local o migrante. Los campos agrícolas y sus cultivos se convierten en empresas altamente rentables, gracias a: las condiciones climáticas y topográficas, la infraestructura de riego, la concentración de la propiedad del suelo, la inversión rentable de capitales para mejorar la tecnología y el acceso a importantes mercados nacionales o extranjeros, entre otros factores.

En los estados intermedios, se desarrolla una agricultura comercial cuya producción tiene como destino principal el mercado nacional. El tipo de productor agrícola que se encuentra en ellos es mediano, es decir, siembra de ocho a 20 hectáreas en promedio, mismas que requieren para su producción, la contratación eventual de mano de obra para cubrir tareas determinadas por el tipo de cultivo de que se trate.

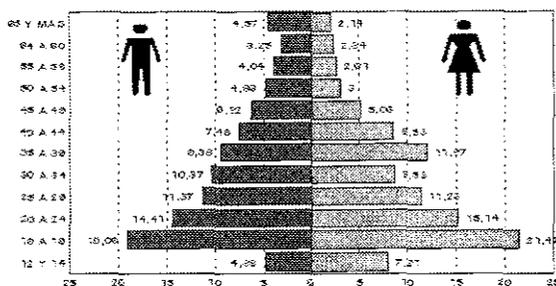
Asimismo, en el país se observan varias rutas migratorias que tradicionalmente recorren los jornaleros y sus familias.

La distribución de la población jornalera por sexo y edad constituye una de las características relevantes de los jornaleros migrantes. La *Encuesta Nacional a Jornaleros Migrantes* aplicada por el PRONJAG, en 23 regiones agrícolas de alta demanda de mano de obra <sup>2</sup>, arroja la proporción por sexo de la población ocupada como jornalero migrante: 33.7% son mujeres y 66.3%, hombres. Con relación al trabajo de éstas, entre los jornaleros encuestados se registró un índice de feminización de 50.7, es decir por cada 100 hombres trabajadores, existen 50 mujeres. Esta situación implica la necesidad de que ellas cuenten con guarderías para sus hijos, pues sus opciones son llevarlos a los campos o dejarlos en los albergues, al cuidado de otro hijo. (Gráfica 2)

---

<sup>2</sup> La *Encuesta Nacional a Jornaleros Migrantes 1998* (ENJOMI 98), fue diseñada para captar información de las características particulares de los jornaleros agrícolas migrantes y sus grupos familiares. El universo de aplicación fue los albergues y asentamientos de población migrante atendidos. El diseño muestral fue el estratificado combinado con conglomerados. Los estratos fueron los albergues y asentamientos, las familias y migrantes solos, que es la forma de agrupación de la población, son los conglomerados. Se tomaron 23 muestras independientes en diez estados con una cobertura de 324 unidades de trabajo, en las cuales se levantaron 5,716 cuestionarios. La población total estimada es de 128,084 personas, con un margen de error de 5%.

Figura 1  
**Población empleada como jornalero o peón  
 por grupos de edad y sexo 2000**



Estimaciones con base en el Anuario de recursos y servicios del Sistema Nacional de Salud, 1998 y en el XII Censo General de Población y Vivienda 2000, Resultados preliminares, INEGI.

Por lo que respecta a la edad productiva de los jornaleros agrícolas, ésta es muy corta, ya que en la *Encuesta* se reporta que 65.6% de todos los trabajadores tenía entre 15 y 35 años.

Una de las particularidades que tiene cualquier albergue o campamento para jornaleros migrantes, es que en ellos se reproduce el carácter pluricultural de la nación, es decir, son pequeños espacios físicos de encuentro pluriétnico, con la presencia de familias indígenas y mestizas de origen rural. La *Encuesta* detectó 35.7% de población hablante de lengua indígena (PHLI)<sup>3</sup> y considerando únicamente los jefes de familia y migrantes solos, la proporción de indígenas se eleva a 39.5%<sup>4</sup>.

Con relación a alguna actividad secundaria se tienen los siguientes resultados: del total de jefes de familia y migrantes solos encuestados, casi la mitad (47.7%) reportó como única la actividad de jornalero durante el año; 35.7% manifestó realizar actividades agropecuarias, como productor, en su localidad de origen, y el restante 16.6%<sup>5</sup> se dedica a otras actividades como el comercio o la albañilería.

### Condiciones de trabajo

Cuando las relaciones de trabajo se establecen entre pequeños productores y jornaleros de la misma localidad, éstas son informales y basta con que el jornalero recorra los campos agrícolas o acuda a los centros de contratación establecidos para lograr emplearse; en ocasiones puede ser por un día o por el tiempo que dure la labor para la cual se le contrata, que en estos casos no pasa de una o dos semanas.

<sup>3</sup> Es la cantidad de personas de cinco años y más que hablan una lengua indígena (PHI), con respecto al total de cinco años y más.

<sup>4</sup> Encuesta Nacional a Jornaleros Migrantes 1998, SEDESOL 2000, inédito.

<sup>5</sup> Encuesta Nacional a Jornaleros Migrantes 1998, SEDESOL 2000, inédita.

En las zonas agrícolas demandantes de mano de obra, la población local ha identificado los lugares y horarios más apropiados para poder ofertar su fuerza de trabajo. En las plazas públicas, en la confluencia de caminos o canales de riego, los jornaleros locales esperan a los «camioneteros» o contratistas, sean éstos agentes al servicio de un productor en particular o incluso, reclutadores independientes, para negociar un día de trabajo. Los campos de cultivo pueden estar hasta a 100 kilómetros de distancia de las localidades, lo que hace de éste un proceso de migración local.

En los circuitos migratorios interestatales e intraestatales, el papel jugado por los enganchadores es muy importante. Existen dos tipos de enganche: el de abastecimiento, donde sólo se garantiza la promoción y traslado de mano de obra para el agricultor de la zona de origen a la de trabajo, sin garantizar la contratación para los jornaleros. En esos casos; ya en los campos agrícolas, el jornalero debe negociar sus condiciones laborales, no sólo el salario, sino también los horarios o las cargas de trabajo y para los migrantes estacionales, un espacio donde habitar.

El otro tipo es la "subcontratación", en este caso, sin ser la regla general, el enganchador suministra la mano de obra al productor, y él o un socio, se traslada con el grupo de jornaleros, lo cual le permite negociar con los patrones las condiciones laborales de "sus trabajadores" y, al término del contrato (usualmente dos meses), recibir el salario de todo el grupo. Después de descontar pasajes, adelantos, préstamos y comida, pagará a los trabajadores lo que según él les corresponde. Este tipo de enganche se practica en las zonas donde la población es indígena, de grandes carencias y poca o nula experiencia migratoria.

La mayoría de los jornaleros agrícolas no goza de seguridad en el empleo y se encuentra expuesta al trabajo eventual y al desempleo; su permanencia en el trabajo depende del tipo de cultivo, de las fluctuaciones del mercado laboral, así como de la modalidad que asume el salario (que puede ser por tarea, destajo<sup>6</sup> o por jornada o día). De esta manera, la duración continua del empleo jornalero es, en promedio, de 180 días al año, en el mejor de los casos. Esto ocasiona que cambien constantemente de región agrícola y de patrones para poder laborar otros días en el resto del año.

En los campos agrícolas, las relaciones de trabajo involucran al mayor número posible de miembros de la familia y si bien, en los adultos varones recaen las labores más pesadas (como el uso de picos, palas y azadones; el riego; la operación de maquinaria y de transporte; la aplicación de fumigantes, y las de carácter técnico-administrativo), este tipo de faenas son las menos concurridas. La pizca, el desahije y el deshierbe concentran

---

<sup>6</sup> Forma de pago por la cantidad o tareas logradas por el jornalero, independiente del tiempo que tarde en realizarla.

el mayor número de trabajadores y es realizada tanto por hombres como por mujeres.

El trabajo de la mujer se divide entre las actividades domésticas y la labor en el campo agrícola. Su jornada comienza en la madrugada: a primera hora se levanta para preparar los alimentos de los miembros de la familia que van a trabajar, se integra a la labor y por la tarde o noche termina con las tareas del hogar. Es significativo, que en la citada *Encuesta* del PRONUAG, se detectó que del total de las mujeres embarazadas, 43.1% tenían edades de 13 a 20 años, lo que nos habla de la alta presencia de madres jóvenes entre las mujeres jornaleras.

Independientemente de la edad o sexo, los jornaleros deben laborar en promedio, entre ocho y diez horas diarias; durante este periodo se debe cubrir una determinada cuota de trabajo. Cuando el pago es por jornal, por ejemplo, en el corte del tomate, hay que cosechar un mínimo de 50 baldes para cobrar el salario diario. El inicio y término de las labores es variable y depende del cultivo, ya que el calor o el frío influyen en la calidad de los productos cosechados. Regularmente en el caso de las hortalizas en el noroeste del país o en los frutales y la caña, las labores agrícolas comienzan entre cuatro y cinco de la mañana, cuando los jornaleros tienen que concentrarse en los lugares fijados para su traslado a los campos de cultivo. En general, la jornada principia a las siete de la mañana y termina a las cuatro de la tarde, incluida la hora de comida. El retorno a las viviendas o a los lugares de alojamiento es a las 17 horas o más tarde, según la distancia que se recorre hasta los campos de cultivo.

Los sistemas de remuneración más frecuentes entre los medianos y grandes productores son por tarea, por jornada y a destajo. En el primer caso, se tiene la obligación de cumplir con una determinada labor, independientemente de la duración de la jornada. Por ésta se paga más del salario mínimo establecido en la región, independientemente de la carga de trabajo. En el caso del pago a destajo, el jornalero está expuesto a jornadas que se extienden más allá de las ocho horas legales. Sólo en algunos estados como Sinaloa, Sonora, Baja California y Baja California Sur se paga el salario incluidas algunas de las prestaciones sociales definidas en la Ley Federal del Trabajo; a estos salarios se les denomina "compactados".

La diferencia de salarios que se puede presentar en una misma región, es atribuible a que las grandes empresas ofrecen albergue para los jornaleros y contratan trabajadores por toda la temporada, lo que con frecuencia lleva a que paguen salarios inferiores a los que proporcionan los pequeños y medianos productores, quienes contratan día a día a sus jornaleros en los mercados de trabajo locales y no les ofrecen ningún tipo de prestación social.

El salario ofrecido en ciertas zonas agrícolas permite entender por qué los trabajadores viajan más de 2,500 kilómetros para emplearse; por

ejemplo, en el valle de Maneadero, en Baja California, obtienen hasta 3.1 salarios mínimos generales (SMG). En la costa centro de Nayarit, el valle de La Paz, Baja California Sur o la zona vitivinícola de Caborca, Sonora, se gana 2.5 SMG y en la Costa de Hermosillo, 2.8 SMG; éstas son las regiones donde los jornaleros obtienen los ingresos más altos<sup>7</sup>.

Por lo general, al jornalero agrícola no se le proporciona equipo adecuado para realizar trabajos riesgosos, en especial, para manejar agroquímicos. En ocasiones, se fumigan los campos de cultivo cuando hay personas trabajando en ellos, por lo que son recurrentes las intoxicaciones y quemaduras provocadas por la exposición a esas sustancias. Además, las inclemencias del tiempo y las cargas de trabajo provocan deshidratación, insolación, golpes y mutilaciones. En muchos de estos casos, el jornalero se ve incapacitado para trabajar. La información que se deriva de la encuesta citada, sobre accidentes de trabajo indica que 4.5% de los jefes y hombres solos encuestados han padecido un accidente laboral; los más comunes son los golpes, caídas y cortaduras. El envenenamiento registra 3.3% de los casos.

### Condiciones de vida

Tanto en los lugares de origen, como en las zonas de trabajo, por lo general las viviendas de las familias de los jornaleros tienen muchas carencias. Dentro de sus comunidades se caracterizan por ser las que presentan las peores condiciones; con falta de servicios y materiales de construcción frecuentemente rústicos, de poca resistencia y durabilidad.

En cuanto a los migrantes que arriban a las zonas agrícolas por su cuenta<sup>8</sup>, se presentan casos en los que el trabajador y su familia improvisa su habitación con materiales de desecho en los predios junto a las cosechas, en donde generalmente se carece de servicios. Los que cuentan con recursos – o si en la zona existe la posibilidad- alquilan pequeños cuartos (cuarterías) en los poblados cercanos a los campos<sup>9</sup>.

Respecto a quienes se enganchan, durante su estancia en las zonas de trabajo deben habitar en las viviendas que les proporcionan sus contratantes. Por lo regular, se trata de largas galeras con divisiones que forman

---

<sup>7</sup> Salario Mínima General. Es importante recordar que los salarios reportados sólo se obtienen durante el periodo que están trabajando en la zona agrícola.

<sup>8</sup> Es el caso de trabajadores que sufragan sus gastos de transporte y hospedaje ya en las zonas de trabajo. Algunos ejemplos son: los campamentos de amarradores de ceballín en Maneadero, Baja California; de las ensartadores de tabaco en la costa centro de Nayarit; los hojiteros (recolectores de hoja de elate) del valle de Mezquital, Hidalgo; los cortadores de chile en Isla del Bosque, Escuinapa, Sinaloa; los piccadores de hortalizas en Yurécuaro y Huetamo, Michoacán; en Villa de Arista, San Luis Potosí y algunas partes de la Laguna de Durango.

<sup>9</sup> Se conocen como "cuarterías", en algunas localidades, las vecindades que agrupan los cuartos en renta. Son tan grandes como un albergue y a sus propietarios les reportan ganancias suficientes como para construir las cuarterías necesarias. Es el caso del poblado Gabriel Leyva Solano, en Guasave, Sinaloa, donde en junio de 2000, las familias rentaban cuarterías de lámina negra de dos por dos metros en 500 pesos mensuales. Los hombres solos deambulaban y pernoctaban en la plaza central del pueblo.

cuartos de cuatro por tres metros. En algunos lugares, las mujeres aún cocinan con leña en un rincón dentro del cuarto, lo que provoca trastornos respiratorios y enfermedades bronquio-pulmonares, principalmente en los niños. De acuerdo con la encuesta realizada a jornaleros migrantes<sup>10</sup>, 57.2% padecieron enfermedades de tipo respiratorio durante su estancia en los lugares de trabajo.

La situación de insalubridad en algunas viviendas, se combina con otros factores de riesgo, producto de la migración y de la pobreza de las familias jornaleras; existen casos en donde la desnutrición, la incidencia de enfermedades infecto-contagiosas (entre ellas la tuberculosis y el sida), los bajos niveles educativos, así como los riesgos inherentes a todo proceso de trabajo temporal: la flexibilización de la jornada —con las desgastantes cargas laborales que tiene aparejada— y la insuficiente regulación en materia de seguridad e higiene en el trabajo,<sup>11</sup> entre otras, son elementos que inciden desfavorablemente en la salud de los trabajadores y sus familias.

La familia jornalera encuentra dificultades para tener acceso a los servicios de salud, pues sólo aquéllos que trabajan en grandes empresas tienen la posibilidad de ser atendidos en las clínicas del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), o bien, acudir a las instalaciones de la Secretaría de Salud o consultar médicos particulares, con la salvedad de que tanto en las zonas agrícolas, como en las comunidades de origen, este tipo de servicios es escaso, por lo que, en los últimos años ha sido necesario impulsar la construcción y funcionamiento de módulos o casas de salud para cubrir esas necesidades.

Un aspecto que complica la atención hacia los jornaleros agrícolas y sus familias por parte de diversas instituciones, incluida su incorporación a la Seguridad Social, es la carencia de actas de nacimiento y en algunos casos, de documentos de identidad. En los años recientes, instituciones como el Instituto Nacional Indigenista; las oficinas del Registro Civil de los estados de Oaxaca y Guerrero principalmente y, la Secretaría de Gobernación, conjuntamente con el *Programa de Atención a Jornaleros Agrícolas*, han hecho importantes esfuerzos para dotar de documentos de identidad a los jornaleros migrantes.

La situación de pobreza en la que migran los jornaleros, se agudiza al llegar a los albergues y adquirir en las tiendas que se ubican en estos espacios, las mercancías que necesitan por medio de crédito; posición que los mantiene constantemente endeudados con los tenderos, hasta el día en que regresan a sus pueblos de origen. Esta circunstancia se agudiza por la necesidad de la

---

<sup>10</sup> Encuesta Nacional a Jornaleros Migrantes 1998, SEDESOL, 2000, inédita.

<sup>11</sup> En 1999 entró en vigor la NOM-005-STPS-1998 que regula las condiciones de seguridad e higiene en el uso de insumos fitosanitarios y de nutrición vegetal. Sin duda es un avance importante en cuanto a la seguridad e higiene de los trabajadores agrícolas, sin embargo, hace falta que autoridades, trabajadores y productores profundicen en la elaboración de mapas de riesgo en cada empresa.

familia jornalera migrante de ahorrar todo lo posible del salario familiar, lo que los obliga a reducir al máximo los gastos y, ante la carestía de los alimentos que se venden en los albergues, el monto destinado para adquirirlos es reducido.

En un estudio piloto realizado en Sonora sobre evaluación dietaria en trabajadores, se encontró un déficit de consumo de energía de 600 a 900 kcal/día en hombres y de 400 a 700 kcal/día en mujeres; finalmente: "los trabajadores entrevistados reportan que pierden de tres a cinco kilogramos de peso en las primeras cinco semanas de haber llegado a los campos".<sup>12</sup>

Es sabido que uno de los indicadores determinantes de pobreza es la escolaridad, porque es con el desarrollo educativo como resulta posible acceder a otras oportunidades de empleo y de ingresos.

Los resultados de la *Encuesta a Jornaleros Agrícolas*<sup>13</sup>, muestran un bajo nivel de escolaridad en los jornaleros migrantes de seis años y más, ya que entre ellos, en 1998, 30.6% carecía de estudios. La proporción de jornaleras migrantes sin instrucción era del 35.8%; y en el caso de los hombres, el 26.9%.<sup>14</sup> El promedio de escolaridad entre los hombres de 12 años y más es de 3.7 años, mientras que para las mujeres jornaleras de 2.9 años. La brecha entre este grupo de trabajadores y el promedio nacional es de cuatro años.<sup>15</sup>

Los datos de baja escolaridad dan cuenta de la condición social de los trabajadores temporales del campo, ya que este aspecto es producto de la constante movilidad de los niños. Esta situación obliga a los hijos de los jornaleros a continuar el camino de sus padres, cancelándoles opciones para acceder a ocupaciones en otras actividades productivas, por falta de educación o capacitación, lo que contribuye a la reproducción de la pobreza de generación en generación.

Sin embargo, los saldos son positivos, en una década de esfuerzos interinstitucionales para mejorar el acceso a la escuela de los hijos de los jornaleros migrantes, hoy las niñas y niños migrantes tienen oportunidades educativas a través de la *Modalidad Educativa Intercultural para la Población Infantil Migrante (MEIPIM)*<sup>16</sup>. Este modelo, considera que a partir de las condiciones en que se desenvuelven las niñas y niños migrantes se debe generar una intervención didáctica más pertinente y eficaz, para así, alcanzar un aprendizaje básico; entendido éste en términos de desarrollo de capacidades y habilidades.

---

<sup>12</sup> Centro de Investigación en Alimentación y Desarrollo, A.C., *PROJAG-Sonora, Reporte Técnico DNU/155/99 Diagnóstico Nutricional y Alimentario en Trabajadores Jornaleros Agrícolas del Estado de Sonora: Estudio piloto, septiembre de 1999.*

<sup>13</sup> *Encuesta Nacional a Jornaleros Migrantes 1998, SEDESOL, 2000, inédita.*

<sup>14</sup> INEGI, 2000, *op. cit.*, cuadro 3.2.2., p. 66.

<sup>15</sup> INEGI, *XII Censo General de Población y Vivienda 2000, Resultados definitivos, www.inegi.gob.mx* El promedio de escolaridad de las personas mayores de 15 años es de 7.6. En los estados de Guerrero y Oaxaca, de donde es originaria la mayor parte de la población jornalera, los promedios de escolaridad son de 6.3 y 5.8 años, respectivamente.

<sup>16</sup> Consejo Nacional de Fomento Educativo, *CONAFE, Educación Intercultural. Una propuesta para población infantil migrante, México, CONAFE, 1999.*

## **El Programa de Atención a Jornaleros Agrícolas**

Hasta aquí a grandes rasgos, la situación a la que se enfrentan los jornaleros agrícolas. Es por todo ello, que el gobierno de la República a través del *Programa de Atención a Jornaleros Agrícolas*, de SEDESOL, realiza acciones y proyectos en beneficio de esta población desde 1990.

El trabajo que desarrolla el PRONJAG se sustenta en una red de promotores sociales, que con su trabajo diario en las comunidades y campos agrícolas, impulsan proyectos que contribuyan a desarrollar las capacidades de este sector de la población y el ejercicio de sus derechos en materia de Vivienda y Saneamiento Ambiental; Alimentación y Abasto, Salud y Seguridad Social; Educación, Cultura y Recreación; Empleo, Capacitación y Productividad y Procuración de Justicia.

Para lograrlo, el programa convoca la participación de diversas instituciones de los tres órdenes de gobierno, así como a la actuación corresponsable tanto de productores, como de los propios jornaleros. Con la suma de estos esfuerzos, se llevan a cabo proyectos social y económicamente viables, que contribuyen a mejorar las condiciones de vida y trabajo de la familia jornalera.

El programa se centra en la población eminentemente jornalera; de esta manera se atiende a jornaleros migrantes, locales y avecindados sin distinción de condición de género o etnia, en tres grandes ámbitos: zonas de atracción, zonas de expulsión y zonas intermedias, en las cuales se presentan diferentes tipos de unidades de trabajo: albergues privados y sociales, campamentos de jornaleros, unidades y módulos de servicios integrales, colonias o barrios en las zonas de trabajo, así como en comunidades rurales en regiones de expulsión.

Al desarrollar proyectos y acciones se consideran dos elementos fundamentales: la interdependencia de los ámbitos de acción y la continuidad de los mismos en los espacios que recorre el jornalero durante su reproducción social y económica; también se subraya la necesidad de articular las acciones que se realizan, tanto en las zonas de trabajo como en las de expulsión y durante el tránsito migratorio.

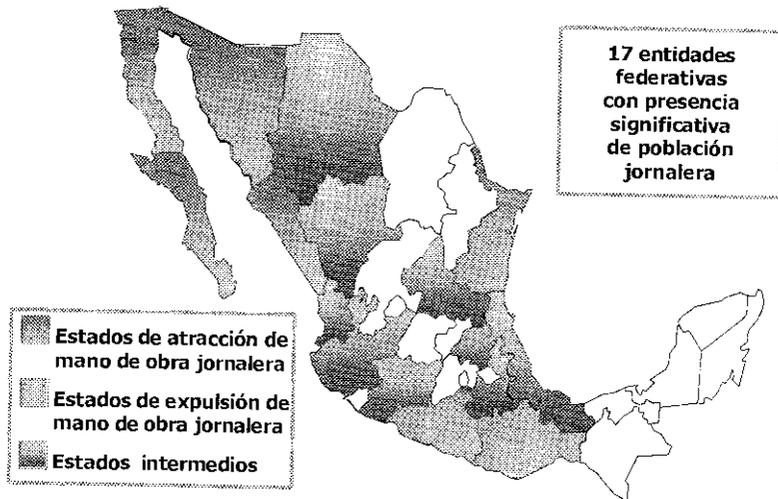
### **Cobertura del programa**

La estrategia seguida por el programa para el desarrollo de su cobertura, tanto territorial como poblacional, está basada en la identificación de los principales polos de atracción de los jornaleros agrícolas para actuar en ellas, así como para registrar los lugares de origen de esta población y operar en las mismas.

El PRONJAG inició en el estado de Sinaloa, entidad que representa el mayor centro de atracción de jornaleros agrícolas en el país, y una vez probado su método de trabajo, paulatinamente se fue extendiendo a otras entidades

con presencia significativa de jornaleros agrícolas, sean éstas de atracción o de expulsión de mano de obra, hasta atender actualmente 17 entidades federativas, 257 municipios y 1,367 unidades de trabajo, en donde se benefició a una población total de 678,834 en el ejercicio del año 2001. (Figura 4)

Figura 4  
**Cobertura**



### **Acciones del programa**

Desde sus inicios, el programa ha instrumentado proyectos y acciones en beneficio de las familias jornaleras, distribuidos en las siguientes líneas de acción:

**Vivienda y saneamiento ambiental.** En esta línea se impulsan proyectos de: construcción, rehabilitación y equipamiento de albergues; construcción de pies de casa; rehabilitación o ampliación de viviendas unifamiliares; construcción y rehabilitación de sistemas de agua potable, módulos sanitarios y letrinas, entre otros.

En el ámbito de **alimentación y abasto** se ha logrado elevar los niveles nutricionales de las familias jornaleras atendidas, mediante la ejecución de proyectos que corresponden a: apoyos nutricionales a niños, madres embarazadas y lactantes y ancianos; la construcción de cocinas-comedor en albergues; la dotación de despensas para el tránsito migratorio; organización de grupos operativos para compra de alimentos; instalación y recapitalización de tiendas de abasto; así como rehabilitación y equipamiento de locales de abasto.

Al mismo tiempo, se ha logrado acercar a la población jornalera a diferentes tipos de servicios educativos, a la vez de contribuir al desarrollo

de modelos pedagógicos acordes a sus características y condiciones. En el ámbito de **educación, cultura y recreación** se realizan proyectos que incluyen: la construcción, rehabilitación y equipamiento de guarderías, aulas educativas y ludotecas fijas y móviles; la construcción de parques infantiles y canchas de usos múltiples, así como organización de eventos culturales y deportivos.

Como parte de las acciones emprendidas por el programa para brindar una atención integral que permita el acceso de los hijos e hijas de jornaleros agrícolas menores de 14 años, a mejores condiciones de salud, alimentación, seguridad, educación y juego, desde 1996 se obtuvo una aportación por 3.3 millones de dólares por parte del Banco Interamericano de Desarrollo (BID), para la construcción de infraestructura y atención educativa y alimenticia de los menores hijos de jornaleros del estado de Baja California.

A los jornaleros agrícolas se les ha proporcionado alternativas de **empleo, capacitación y productividad**, permitiendo con ello calificar su mano de obra y desarrollar sus habilidades y destrezas. En este sentido, entre los proyectos que se han impulsado se encuentran: la asesoría y apoyos para el fomento de proyectos productivos, así como la instrumentación de talleres de oficios y de capacitación para y en el trabajo.

En **procuración de justicia**, se ha beneficiado a la población jornalera a través de la capacitación, asesoría y difusión de sus derechos civiles, penales, agrarios y laborales a los que como mexicanos y trabajadores deben acceder. Asimismo, se ha logrado realizar proyectos y acciones para la protección del jornalero y su familia durante el tránsito migratorio a través de la regulación y tramitación de documentos de identidad que les permiten defender sus derechos.

Durante el año 2001, se inició la operación del *Programa para Contribuir al Ejercicio de los Derechos de Niñas y Niños, Hijos de Jornaleros Agrícolas (PROCEDER)*. Este programa se orienta a generar condiciones físicas, materiales y ambientales, así como brindar opciones formativas, lúdicas, recreativas y culturales, a fin de que los menores tengan opciones que favorezcan el desarrollo de sus capacidades, ejerzan algunos de sus derechos fundamentales y se desaliente el trabajo infantil.

En el ámbito de **salud y Seguridad Social**, son varias las acciones que se han emprendido para beneficiar a la población jornalera, todas ellas con base en la gestión y coordinación con la Secretaría de Salud y el IMSS, lo mismo que con otras instituciones como los Sistemas para el Desarrollo Integral de la Familia estatales y municipales (ODF), el Instituto Nacional Indigenista (INI) y otras instancias sociales.

En este ámbito de acción se ha contribuido a la prevención de enfermedades y a una mejor atención médica para el jornalero y su familia; así como a facilitar su acceso a servicios de Seguridad Social, todo ello por me-

dio de la operación de proyectos de: construcción, rehabilitación y equipamiento de consultorios médicos y casas de salud; dotación de botiquines comunitarios y para el tránsito migratorio; impartición de cursos, pláticas y talleres sobre nutrición; planificación familiar, tabaquismo, alcoholismo y drogadicción, sida y violencia intrafamiliar; rescate de la medicina tradicional; campañas de salud, particularmente de vacunación, desparasitación, higiene personal y entrega de paquetes nutricionales; prevención de enfermedades y accidentes de trabajo y para el uso adecuado de agroquímicos; se fomenta la capacitación de promotores de salud que acompañan a las familias jornaleras durante su tránsito migratorio y también se desarrollan proyectos particulares para atender a mujeres jornaleras en edad fértil y en estado de embarazo.

Asimismo y en el marco de las disposiciones relativas a los trabajadores eventuales establecidas en el Reglamento de la Seguridad Social para el Campo, derivada de la nueva Ley del Seguro Social, el PRONJAG se ha sumado al esfuerzo institucional para aplicar esa legislación.

Con el fin de apoyar el proceso de preafiliación y afiliación de los jornaleros agrícolas al IMSS, las redes de promoción social del programa:

- Difunden y promocionan el proceso de afiliación al IMSS entre los productores agrícolas y la población jornalera.
- Ofrecen al IMSS datos sobre la población jornalera que podría afiliarse a la Seguridad Social.
- Informan al IMSS acerca de la problemática que los jornaleros tiene para preafiliarse y afiliarse.
- Facilitan al IMSS instalaciones y espacios para realizar las tareas de preafiliación y afiliación.
- Apoyan, gestionan y dan seguimiento a la atención preventiva y curativa de jornaleros en las unidades médicas del IMSS.

Enseguida haré referencia más detallada a dos experiencias que consideramos exitosas en el campo de la Seguridad Social, temática que nos ocupa en este *Seminario*, las cuales se han desarrollado por iniciativa del PRONJAG.

### **Centros de atención infantil**

Ante la necesidad de atender de manera integral a la población infantil que enfrenta condiciones de extrema vulnerabilidad, debido a que sus madres se incorporan al trabajo asalariado agrícola, desde los primeros años de la década de los 90, el PRONJAG inició la instalación de guarderías en diversas regiones y estados del país de alta concentración de familias trabajadoras agrícolas, que aunque muy sencillas, permitía a las jornaleras dejar a sus hijos menores de seis años, cuidados y protegidos, en espacios seguros, mientras ellas iban a la labor.

Pronto, esta experiencia dio cuenta de la necesidad de diseñar modelos específicos y adecuados a este tipo de población, no solamente los

espacios físicos debieron de ser modificados, sino sobre todo, la concepción de la atención y las modalidades de su operación; así, en 1998 se diseñó conjuntamente con el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) un modelo de atención que se opera como Centros de Atención y Educación infantil (CAEI), el cual responde a las características y necesidades de los niños y las niñas, hijos de jornaleros. En estos espacios, se brindan los servicios de guardería a las madres jornaleras, adecuados a las circunstancias de cada zona y grupo de trabajadoras.

Los componentes del modelo de atención son: seguridad, alimentación, salud, juego y construcción del conocimiento. Se concreta en diversos materiales de apoyo, una gran variedad de recursos didácticos y juguetes, que permiten trabajar situaciones de aprendizaje orientadas al desarrollo físico, mental y social de las niñas y los niños de cero a seis años. Opera gracias a una red de apoyo conformada por la comunidad jornalera, los padres de familia usuarios del servicio, el personal de instituciones y organismos sociales que apoyan los servicios de salud, alimentación y educación que se brindan en estos centros.

Cabe señalar, que el programa viene impulsando la subrogación de los servicios de guardería que ofrece el IMSS, por parte de algunos productores agrícolas.

### **Fondo de Previsión Social (FOPRESOL)**

A petición de los jornaleros agrícolas del estado de Guerrero —origen de gran cantidad de migrantes del país— y debido a la alta mortalidad registrada a fines de las temporadas agrícolas 96-97 y 97-98, la representación del *Pronjag* en esa entidad, en coordinación con el gobierno estatal, ponen en marcha en el año de 1998, el Fondo de Previsión Social, el cual ha permitido a la población jornalera satisfacer sus necesidades de Seguridad Social y compensación por muerte presentadas a lo largo del tránsito migratorio y la estancia en campos agrícolas fuera del estado. Durante el primer año de vigencia, se inscribieron al FOPRESOL 4,679 jornaleros migrantes. Para el año 2001, el registro fue de 5,594.

El monto de la indemnización es de \$10,000.00 (diez mil pesos M.N.) y su pago se hace en una sola entrega, conforme a la designación de beneficiarios asentada en la Constancia de Inscripción. Para participar en el FOPRESOL, los solicitantes pagan una cuota de inscripción anual de \$5.00 (cinco pesos M.N.).

Esta experiencia ha atraído la atención de diversos grupos jornaleros en varias entidades del país, quienes se encuentran interesados en formar sus propios fondos de previsión social.

## Consideraciones finales

Por último, deseo señalar que a lo largo de estos diez años, el campo mexicano ha venido presentando diversos cambios estructurales en donde se aprecia la permanencia e incremento del trabajo asalariado en las actividades agrícolas; e igualmente se han generado procesos de sensibilización y concientización sobre la necesidad de una mayor atención a los jornaleros agrícolas y a sus familias, tanto por parte de diversas instituciones públicas y privadas relacionadas con el sector, como de los patrones y de los mismos trabajadores.

Un gran avance en este sentido, es la entrada en vigor, en julio de 1998, del Reglamento de la Seguridad Social para el Campo, a partir de la nueva Ley del Seguro Social,<sup>17</sup> mediante la cual el trabajador agrícola tiene posibilidades de contar con la misma protección que cualquier trabajador en el país dentro del Régimen Obligatorio, con la salvedad de que para muchos de ellos es difícil mantener las ocho cotizaciones semanales ininterrumpidas, para conservar durante las siguientes ocho semanas el derecho a recibir asistencia médica y hospitalaria para ellos y sus beneficiarios (artículo 109).

Del mismo modo, al trabajador se le dificulta acumular las "1,250 cotizaciones semanales" (artículo 154) para obtener el seguro de retiro, ya que cuando se contratan con pequeños productores pueden establecer relaciones laborales diariamente o por los días que dure la labor, que va de una a dos semanas, lo cual los deja al margen de los beneficios de dicha ley.

Las prestaciones que brinda el IMSS, y a las que ahora tienen derecho los jornaleros, habrán de hacerse efectivas paulatinamente. Sin embargo, uno de los principales obstáculos que enfrenta la Seguridad Social en el campo, es la heterogeneidad en el tipo del contratante y la duración del trabajo con cada uno de ellos, ya que lo más probable, es que sólo los jornaleros que laboran con las medianas y grandes empresas agrícolas podrán tener acceso a las prestaciones. Puede quedar fuera la enorme cantidad de trabajadores que se contratan con varios patrones en una misma semana; los que son subcontratados por enganchadores, caporales, capitanes o cabos y los que trabajan para pequeños productores, porque el trámite de asignación de un número de Seguridad Social para el jornalero no lo convierte en derechohabiente, hasta que el que lo contrata le entrega el aviso de días laborados y el trabajador solicita su alta con estos documentos y se presenta en la unidad médica que le corresponde, trámite este último, que difícilmente puede ser cumplido por los diferentes tipos de patrones.

Esta es, a grandes rasgos, la situación a la que se enfrentan los jornaleros agrícolas y, precisamente, por la que muchos hemos trabajado para

---

<sup>17</sup> En el Capítulo X, Título segundo de la Ley del Seguro Social, así como en el Reglamento de la Seguridad Social para el Campo, se establece el marco legal de la Seguridad Social para los jornaleros, que entró en vigor el 1 de julio de 1998, misma que contempla cinco diferentes seguros: de Riesgos de trabajo; de Enfermedades y maternidad; de Invalidez y vida; de Retiro, cesantía en edad avanzada y vejez, y de Guarderías y prestaciones sociales.

transformaría, pues, es justo decirlo, un grupo grande y heterogéneo de autoridades, instituciones públicas federales, gobiernos estatales y municipales, organismos sociales —tanto nacionales como internacionales— productores agrícolas y, especialmente, la propia población jornalera ha buscado, desde hace más de una década, proponer y aplicar alternativas para que mujeres y hombres jornaleros, junto con sus familias, solucionen y mejoren sus condiciones más inmediatas y se dé respuesta a sus necesidades fundamentales; al tiempo de avanzar en transformaciones de fondo que permitan que, como un sector altamente productivo, tengan una vida más digna y plena.

Eventos como este *Seminario*, organizado por el Instituto Mexicano del Seguro Social, la Organización Panamericana de la Salud y el Centro Interamericano de Estudios de Seguridad Social abonan el terreno para que el Estado y la sociedad civil, a través de sus mecanismos institucionales, busquen las formas para hacer efectiva esta aspiración de los trabajadores agrícolas.



# La cobertura del Sistema de Seguridad Social en el campo: la experiencia de Bolivia

*Dr. Fernando Lavadenz Mantilla. \**

En el marco de un proceso participativo de la sociedad boliviana, dirigido a la generación de políticas públicas, se efectuaron dos diálogos nacionales: el primero el año 1997, con la participación de los partidos políticos y, el segundo, denominado *Diálogo Nacional 2000* (realizado ese año), con enfoque y participación municipal. En ambos diálogos se plantearon las opciones de reforma sanitaria a ser aprobadas a través de un proceso concertado y, a partir de ellos, se pusieron en práctica cambios al sistema sanitario boliviano.

Asimismo, en el año 2002, se realizó el *Congreso Boliviano de la Salud*, en el cual las comunidades y los participantes expresaron su sentir y sugirieron determinaciones a ser asumidas en los planes estratégicos de salud del país y en la próxima agenda de gobierno.

Bolivia, en el marco de la participación de la comunidad en salud cuenta, además, con un *Consejo Nacional de Salud* y con *Consejos Departamentales y Municipales de Salud*, los cuales tienen un funcionamiento irregular, dependiendo de la región o municipio correspondiente. Del mismo modo se crearon, en el año 2000, *Defensorías de la Salud*, que se encuentran en proceso de implantación, con la finalidad de iniciar un sistema de regulación basado en la comunidad, particularmente en el área de atención a la salud.

Como marco referencial para la Reforma de Salud boliviana, se podría mencionar que se consideraron tres grandes tendencias de reforma sanitaria a nivel global: la primera, forjada en países que buscaban realizar cambios construyendo un «mercado interno» de la salud, a partir de la eficiencia y generando transformaciones que permitiesen que la competencia fuera el motor que para impulsar mejoras en cuanto a cobertura y calidad de atención, reduciendo los severos problemas de ineficiencia de los servicios. Una segunda «tendencia» considerada fue la que privilegia la contención de costos, debido al creciente gasto de los sistemas en salud; finalmente, la tercera, es la que toma el camino de las reformas por la equidad, para mejorar las condiciones de salud de la población y reducir las brechas sanitarias existentes entre ricos y pobres.

---

\* Consultor de OPS / OMS en Washington D. C.

Probablemente, el modelo ideal sea el adecuado equilibrio entre eficiencia, contención de costos y equidad. Además, parece ser que alcanzar el equilibrio entre estas tres grandes tendencias, es un objetivo técnicamente correcto y que genera consensos. Lo que no provoca acuerdos es de dónde partir para alcanzar el medio; este es, en definitiva, el centro de la polémica. En Bolivia creímos, por las condiciones propias del país, que era mejor partir desde la equidad, pero sin perder de vista el equilibrio que a lo largo del tiempo debería ser introducido en esta reforma progresiva.

En los últimos años de este proceso se consideró como enfoque estratégico, de manera explícita, que fuese gradual y no una reforma tipo *shock*; que se midiera; que pudiera monitorearse periódicamente con base en indicadores definidos a partir de los objetivos sanitarios, y que éstos fueran conocidos y, en lo posible, cumplidos por todos los involucrados, mediante los compromisos de gestión establecidos; además, que fuera gestionada fundamentalmente a partir de sus resultados.

La reforma estableció, como su gran objetivo, la disminución de la pobreza y la reducción de la exclusión, particularmente de los pobres y de los pueblos indígenas. El proceso ya lleva más de ocho años y su última etapa se inició hace poco, con el segundo *Diálogo Nacional 2000*.

Las tres etapas tuvieron diferentes componentes: en la primera, se lanzaron dos seguros públicos, denominados Seguro Materno-Infantil, (SNMN) y Seguro de Vejez para la Salud, (svs), a los cuales se le sumó como un tercer componente, la descentralización en salud, que en el caso boliviano llegó hasta el nivel municipal. En la segunda etapa se definieron, de manera central, otros tres componentes: el Escudo Epidemiológico (conjunto nacional de bienes públicos), el Seguro Básico de Salud, (que ampliaba el SNMN de 22 a 92 prestaciones garantizadas), y el cambio de la cultura institucional del sistema de salud público del país con la introducción, a nivel nacional, de los *Compromisos de Gestión*.

En la tercera etapa puede decirse que se lanzó y comienza a implantarse el Programa de Extensión de la Salud (EXTENSA), para aumentar la extensión de cobertura en salud al área rural, con la incorporación de nuevos recursos humanos, incluyendo un programa de salud de la familia y nuevas modalidades de atención, como las brigadas móviles; por otra parte, la profundización del Seguro Básico, a partir del denominado Seguro Básico de Salud Indígena y Originario, con la incorporación de diez nuevas prestaciones para cerca de 100 municipios, a partir de un claro impulso generado desde el propio capital social, y la profundización del Escudo Epidemiológico, con el combate contra la malaria, incorporándola al Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI) y a la lucha contra el Chagas, ambas acciones de importante éxito en el país.

Todo este diseño debía ser aterrizado en un sistema sanitario en el que persistían la segmentación y fragmentación de la salud: la Seguridad

Social era responsable de 26 % de la población; los servicios públicos de salud cubrían 35 %; las organizaciones no gubernamentales se encargaban de 8 % y los servicios privados alcanzaban exclusivamente a 6 % de la población. Además, con un gasto por hogar muy elevado para 1998 —fecha de la última serie de las Cuentas Nacionales de Salud— ya que el sector público cubría en aquel año, con menos recursos que la Seguridad Social, una mayor proporción de población.

En referencia a la última etapa del proceso, es necesario señalar que la corriente de medicina social expresada por muchos —como *Sigerist* en Alemania, cuando hacía referencia al movimiento sanitario alemán del siglo pasado y señalaba que en la salud, el pueblo no era consultado, los ciudadanos no tenían voz ni voto en estas deliberaciones, sin embargo la salud del pueblo, era un problema del pueblo y que estaba claro que la gente debía apropiarse de la salud, luchar por ella y practicarla—, fueron una de las fuentes de inspiración de los sanitarios bolivianos que a lo largo de estos años diseñamos o participamos en el proceso, pensando en la salud de los pobres, pero también fueron una fuente de inspiración incluso más fuerte entre los pueblos indígenas, quienes en diversas jornadas de movilización, arrancaron al gobierno el *Seguro Indígena de Salud*.

En la construcción del mismo, dos grandes valores guiaron la planificación sectorial, desde los denominados «pilares» del plan de gobierno, (oportunidad, equidad, dignidad e institucionalidad): la *equidad*, que antes fue mencionada y la *dignidad*, un valor que se tradujo en la necesidad de generar acceso y calidad en la atención de la salud, así como en el sistema de aseguramiento del país, sin discriminación y con respeto a tradiciones y hábitos nacionales, generando autoestima en el boliviano de todas las clases sociales y fortaleciendo la identidad nacional.

Con base en estos valores, un aspecto central para implantar la Reforma de Salud, fue impulsar la gestión social. Es decir, **fomentar la construcción de valores; asegurar el ejercicio pleno de los derechos** (garantía de derechos) **y consolidar el tejido social**, propiciando su organización y participación. En particular, incidir en el medio rural boliviano a partir de las demandas generadas, ha exigido poner sobre la mesa cinco aspectos esenciales: a) Instrumentar un plan estratégico de salud para pueblos indígenas, conjuntamente con otros sectores; b) Desarrollar gradualmente el enfoque de Reforma de Salud; c) La estructuración y consenso para la creación de un seguro básico indígena de salud; d) El establecimiento de una política nacional indígena y originaria desde el sector y e) Fomentar el desarrollo con respeto a la identidad nacional en salud.

A la fecha, las estrategias consideradas se han establecido a través de las siguientes acciones: Carta de los derechos de la mujer; Rondas mé-

dicas y comunitarias rurales, con médicos tradicionales; Consejos Nacionales Indígenas de Salud; Convenios institucionales (Ministerio -organizaciones indígenas); Centros de información pluriculturales a la población con adecuación cultural; Formación e incorporación de facilitadores bilingües; Capacitación de médicos y enfermeras —seleccionados por los propios pueblos en institutos y universidades con becas completas para desarrollar trabajo entre indígenas y grupos originarios—, quienes prestarán servicios en sus comunidades por cinco años; Introducción de la medicina tradicional en el currículum académico de la medicina formal, así como incorporación de la enseñanza de la medicina tradicional en los contenidos de los programas nacionales de salud.

Estos últimos puntos han girado y emergido, a partir de la necesidad de aplicar un enfoque intercultural en la Reforma de Salud pero, particularmente, sobre la base de la exigencia irreductible de la Confederación de Pueblos Indígenas y la Confederación Sindical de Trabajadores Campesinos de Bolivia, en el sentido de incorporar sus demandas en la agenda nacional y de plantear como la tercera demanda en importancia a la salud. Las huelgas, bloqueos y manifestaciones de los pueblos indígenas y originarios de Bolivia, pusieron punto final a un olvido milenario del país y del sector a su identidad, haciendo evidente y obligatorio para cualquier diseño, que el pobre y el excluido en Bolivia tienen mayoritariamente rostro indígena y de mujer y que apenas se ha comenzado el camino.

Los primeros resultados de estos cambios, muestran un sustantivo incremento de coberturas y una sostenida y acelerada disminución de la muerte materna e infantil, como señal de que se avanza por buen camino, en una ruta diseñada por unos, pero en la dirección definida por la mayoría.

# El programa IMSS-Solidaridad: una experiencia de protección social en el campo mexicano

*Dr. Javier Cabral Soto\**

## **Antecedentes**

Los antecedentes y orígenes del programa IMSS-Solidaridad, se remontan a junio de 1974 cuando, con base en la facultad conferida al Instituto Mexicano del Seguro Social por la nueva ley de 1973, se iniciaron los servicios de solidaridad en favor de la población más desprotegida.

Por ello, en 1979, el gobierno federal hizo la petición ante el H. Consejo Técnico para que el IMSS proporcionara servicios de salud a diez millones de campesinos sin capacidad contributiva, creando para ello el programa IMSS-COPLAMAR.

En abril de 1983, por decreto presidencial, desaparece COPLAMAR y el Instituto Mexicano del Seguro Social asume la responsabilidad operativa total del programa con financiamiento a cargo del gobierno federal, por lo que con base en la experiencia y la adecuación de normas y procedimientos de trabajo en el medio rural, fue posible establecer un Modelo de Atención Integral a la Salud, sustentado en la estrategia de Atención Primaria, erigiéndose como base operativa del programa.

En 1984 el Ejecutivo Federal decreta la descentralización de los servicios de salud a población abierta, por lo que en el periodo 1985 a 1987 se transfirieron a los gobiernos de los estados y a la Secretaría de Salud un total de 911 Unidades Médicas Rurales (UMR) y 23 Hospitales Rurales (HR) en 14 estados de la República.

En 1989 el programa se denominó IMSS-Solidaridad y continuó los servicios de salud en 17 entidades federativas y amplió la infraestructura con la construcción de 1,216 unidades médicas rurales y 17 hospitales rurales, recursos con los que se alcanzó una infraestructura conformada hasta la fecha por 3,540 UMR y 69 HR.

En 1994, se determinó suspender el crecimiento de la infraestructura y sólo continuar la operación, para atender en la actualidad a cerca de 11 millones de personas (Cuadro 1) en 17 estados del país con los mismos recursos. Con el fin de incrementar la cobertura, únicamente ha incorporado, para la población abierta, la estrategia de Microrregiones, con el objeto de atender localidades que no cuentan con servicios de salud señaladas por el

---

\* *Coordinador General del programa IMSS-Solidaridad, México*

Programa de Educación, Salud y Alimentación (*PROGRESA*), hoy denominado programa *Oportunidades* (Cuadro 2)

Cuadro 1  
**Acceso de la población a los servicios de salud**

	Población Asegurada		Población Abierta		
Pob. (Mill.)	Seguro Médico Privado	Seguridad Social principalmente IMSS e ISSSTE	SSA	IMSS-Solidaridad	Sin acceso
		54.3	31.6	11	

Estimaciones con base en el Anuario de recursos y servicios del Sistema Nacional de Salud, 1998 y en el XII Censo General de Población y Vivienda 2000, Resultados preliminares, INEGI.

Cuadro 2  
**Ámbito de responsabilidad del Programa IMSS-Solaridad**



El resto de la población abierta del país (31.6 millones), es atendida por la Secretaría de Salud (ssa), mientras que la población con Seguridad Social o derechohabiente (54.3 millones) es atendida por diversas instituciones de salud, entre las que destacan el imss y el issste; quedando a la zaga del otorgamiento de servicios de salud, aproximadamente 500,000 personas.

## **Introducción**

La operación del programa imss-Solidaridad se inscribe dentro de los objetivos y lineamientos del Plan Nacional de Desarrollo y del Programa de Reforma del Sector Salud, con el fin de contribuir a mejorar los niveles de vida de la población indígena y campesina que ampara y que vive en condiciones de pobreza extrema, entre los que se encuentran los jornaleros agrícolas; además, el programa comparte el reto del Programa Nacional de Atención a Jornaleros Agrícolas de ampliar su cobertura territorial considerando los estados receptores y expulsores de mano de obra agrícola.

Sin embargo, no podemos soslayar el marco contextual en la atención de este importante grupo poblacional, ya que presenta diversos orígenes geográficos y étnicos, y por ende, cierta desarticulación social que dificulta su participación permanente y compartida con las acciones desarrolladas por los programas de salud, además de que muchos productores demandantes de mano de obra agrícola aún se resisten a cumplir con las obligaciones laborales y de Seguridad Social que la ley les señala.

La población jornalera está conformada principalmente por mixtecos, nahuas y zapotecos y destaca su gradual incremento a lo largo del tiempo. Por lo que respecta a su composición, una encuesta realizada por la Secretaría de Desarrollo Social (SEDESOL), en 1998, muestra que de una población de 128,084 jornaleros agrícolas, 42.6% eran del sexo femenino y 57.4% masculino; estaba compuesta preferentemente por jóvenes, con 17.3% de niños menores de cinco años; 22.5% de menores entre los seis y los 14 años, de los cuales, cerca de dos terceras partes desempeñaban labores agrícolas asalariadas y solamente 7.5% de la población tenía entre 45 y más años de edad.

Como es de sobra conocido, la mayoría de los jornaleros agrícolas no tienen seguridad en el empleo y se encuentran expuestos al trabajo eventual y al desempleo, su seguridad en el trabajo depende del tipo de cultivo, de las fluctuaciones del mercado de trabajo y de la modalidad que asume el salario, que puede ser por tarea o por destajo o bien por jornada o día: de esta manera, la duración continua del empleo es, en promedio, de 150 días al año, lo que ocasiona una alta dinámica poblacional con cambios continuos de región agrícola y de patrón, para poder laborar otros días durante el resto del año. El promedio de horas laboradas por jornada oscila entre las ocho y

las diez horas pudiendo llegar hasta 11 horas al día, sin tomar en cuenta el tiempo de traslado a los campamentos o a las colonias.

El tiempo y las cargas de trabajo provocan patología específica entre la que se encuentra la deshidratación, insolación, quemaduras, golpes, cortaduras y mutilaciones lo que condiciona que en muchas ocasiones el jornalero se vea incapacitado para trabajar, además de enfrentar otros enemigos cotidianos como la intoxicación por agroquímicos y las enfermedades originadas por sus condiciones de vida, es decir infecciones y parasitosis de diversa índole exacerbadas por factores como el hacinamiento y la falta de higiene.

Lo anterior, refleja las condiciones precarias de la población jornalera agrícola, tanto en sus comunidades de origen como en los campos agrícolas donde laboran, por lo que los retos para las instituciones que prestan atención a este grupo de la población es mayúsculo.

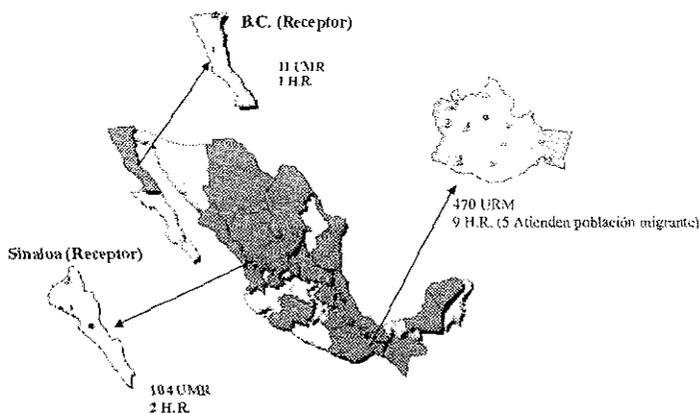
Sin embargo, no debemos soslayar la importancia que ha recuperado su atención en el último bienio, ya que en este marco de atención a los migrantes, en México en los últimos años se han forjado nuevos tipos de relaciones entre la sociedad y el gobierno, tal como lo demuestran los crecientes niveles de coparticipación para definir, ejecutar y financiar, así como para efectuar el seguimiento y evaluación de los proyectos de bienestar emprendidos en beneficio de estos grupos prioritarios.

### **Participación del programa**

El programa IMSS-Solidaridad centra su atención en las familias indígenas y campesinas de nuestro país, brindándoles acciones integrales de salud entre las que se encuentran las familias de jornaleros agrícolas y tal como se mencionó anteriormente, su ingreso familiar es temporal y proviene de la venta de la fuerza del trabajo en actividades agrícolas por parte de sus integrantes.

El programa actúa en los diferentes ámbitos de ubicación de los jornaleros; es decir, en las zonas de atracción como Baja California y Sinaloa y en uno de los estados con mayor índice de expulsión como Oaxaca. Además cubre otros donde se combinan ambos procesos, como Durango, Hidalgo, Michoacán, Nayarit, Puebla, San Luis Potosí, Veracruz y Zacatecas (Cuadro 3); agregado a lo anterior, dichos trabajadores agrícolas no sólo trabajan y recolectan frutos en tierras mexicanas, sino también en el extranjero, especialmente en Estados Unidos.

Cuadro 3  
**Principales estados expulsores y receptores**



Lo antes mencionado manifiesta el enorme reto al que se enfrenta México y por ende el programa. En respuesta a tal desafío, IMSS-Solidaridad cuenta con una infraestructura compuesta por dos niveles de atención, con unidades médicas rurales en donde se proporciona atención médica gratuita de primer nivel y se ofrecen servicios de consulta externa de medicina general; inmunizaciones; atención del parto y medicamentos, además de realizar acciones de promoción y educación para la salud con participación de la comunidad.

El segundo nivel de atención, está compuesto por los hospitales rurales, donde se proporciona atención médica integral familiar y especializada, con servicios de estomatología, medicina preventiva, trabajo social, hospitalización pediátrica y de adultos, urgencias, quirófano, sala de observación gineco-obstétrica, farmacia, laboratorio, ultrasonido, rayos X y albergue para el uso de pacientes y familiares que recorren grandes distancias para acceder a los servicios, sin omitir las acciones de promoción y educación para la salud que se realizan tanto intra como extramuros.

En el ámbito de responsabilidad del programa IMSS-Solidaridad se aplica el Modelo de Atención Integral a la Salud (MAIS) a través del cual se realizan acciones tanto asistenciales como preventivas, a fin de incrementar los niveles de salud de los solidariorhábientes a partir del auto cuidado de su salud con participación activa de la comunidad.

Para lograr dicha participación, desde el origen del programa se han instrumentando diversas estrategias, entre las cuales destaca el Modelo de Comunicación Educativa, para propiciar que la población solidariorhábiente

tome decisiones libres e informadas y adopte prácticas benéficas para la salud; el lema de dicha estrategia es “de la gente para la gente” y se efectúa a través de la información, educación y comunicación. La aplicación de este modelo es un proceso permanente que retoma los principales medios de comunicación del ámbito rural y se adapta a las distintas formas de relación entre las personas de cada comunidad.

Por otra parte, además de procurar mejorar los niveles de información para conservar la salud de la población, el programa también busca crear mejores condiciones de vivienda y de saneamiento ambiental; para lograrlo, coordina acciones interinstitucionales con diversas dependencias entre las que se encuentran la Secretaría del Medio Ambiente y Recursos Naturales (SEMARNAT) y la Comisión Nacional del Agua (CNA).

### **Principales acciones de salud realizadas**

El programa IMSS-Solidaridad participa con el Sector Salud en la unificación de esfuerzos e iniciativas para ampliar cobertura y elevar la calidad de los servicios que se ofrecen a los jornaleros, quienes en su mayoría, se encuentran al margen de las condiciones mínimas de salud, higiene y Seguridad Social, por lo que es imprescindible aplicar un modelo de atención que garantice el acceso, suficiencia y continuidad de los servicios y que éstos sean integrales, priorizando las acciones preventivas sobre las curativas.

En este sentido, tal como se mencionó anteriormente, IMSS-Solidaridad aplica el Modelo de Atención Integral a la Salud a la población solidariohabitante entre la que se encuentran los jornaleros agrícolas.

A continuación se enuncian las acciones realizadas en el programa:

#### *Atención preventiva (lugares de origen y de destino)*

- Prevención y control de enfermedades prevenibles por vacunación
- Vigilancia y control nutricional del menor de cinco años y de la embarazada
- Orientación nutricional (Centros de Educación Nutricional)
- Prevención de enfermedades transmisibles
- Tratamiento de parasitosis
- Detección de enfermedades crónico-degenerativas
- Consejería en salud sexual y reproductiva
- Atención del embarazo parto y puerperio
- Detección de hipotiroidismo congénito
- Detección oportuna del cáncer cervico-uterino y de mama
- Salud bucal
- Desarrollo humano

#### *Atención médica asistencial*

- Atención integral a los menores de cinco años, adolescentes, adultos y adultos mayores

- Atención a enfermos con padecimientos crónico-degenerativos
- Atención de enfermedades infecciosas
- Atención médica resolutive en algunos casos de displasia
- Referencia y contrarreferencia entre unidades de primero y segundo nivel, así como a unidades de tercer nivel de atención de la Secretaría de Salud

#### *Acciones de vigilancia epidemiológica simplificada*

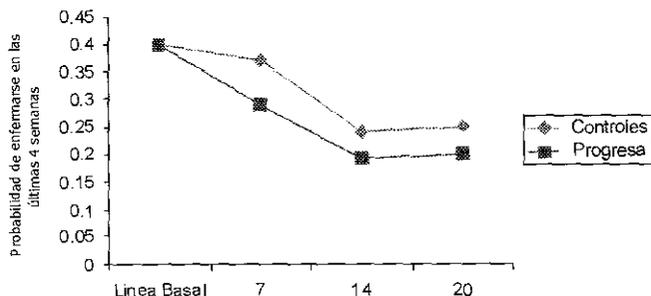
- Notificación oportuna de poblaciones móviles a las delegaciones receptoras
- Notificación epidemiológica de enfermedades
- Estudios de brote y cercos epidemiológicos
- Búsqueda de contactos de padecimientos sujetos a vigilancia epidemiológica
- Seguimiento de los casos de enfermedades sujetas a vigilancia epidemiológica

Aunado a lo anterior y con la finalidad de atender de manera continua e integral los flujos migratorios de jornaleros agrícolas entre zonas de trabajo y comunidades de origen, el programa elaboró y próximamente aplicará la **Cartilla de Salud del Migrante**, con la cual es posible que los prestadores de servicios de las localidades de donde proceden o a donde emigran para trabajar, conozcan los antecedentes de salud de las personas y den continuidad al manejo integral de las mismas. Por otra parte se cuenta con una estrecha comunicación entre las diferentes unidades médicas del programa, ya sea a través de radios de banda corta, teléfono, correo postal o correo electrónico para intercambio de la información.

### **Nutrición**

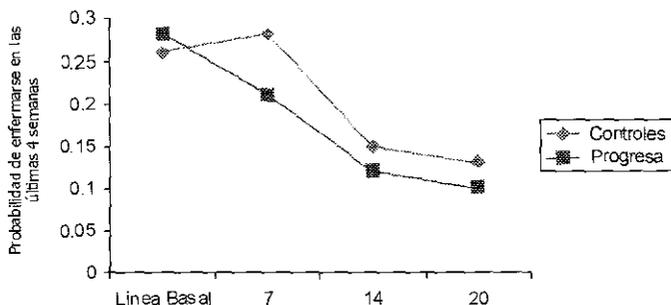
El programa IMSS-Solidaridad asume como uno de sus objetivos más importantes la vigilancia epidemiológica de la nutrición en los grupos prioritarios de menores de cinco años y embarazadas, por lo cual hemos dado cabal cumplimiento a las actividades delineadas por el *PROGRESA*, hoy programa *Oportunidades*, para ofrecer mayores alternativas para la recuperación nutricional de la población indígena y campesina, obteniendo a la fecha resultados exitosos, tal como se muestra en el Informe de Resultados de la Evaluación realizado por el Instituto Internacional de Investigación en Políticas Alimentarias IFFPRI (*International Food Policy Research Institute*), en donde se evalúa si está dando buenos resultados el *PROGRESA*, por lo que las gráficas que a continuación se incluyen, muestran claramente los logros conseguidos con esta estrategia. (Gráficas 1 y 2)

Gráfica 1  
Resultados del IFPRI 2000



Fuente: Informe de resultados de una evaluación realizada por el Instituto Internacional de Investigaciones en Políticas Alimentaria, IFPRI

Gráfica 2  
Resultados del IFPRI 2000



Fuente: Informe de resultados de una evaluación realizada por el Instituto Internacional de Investigaciones en Políticas Alimentaria, IFPRI

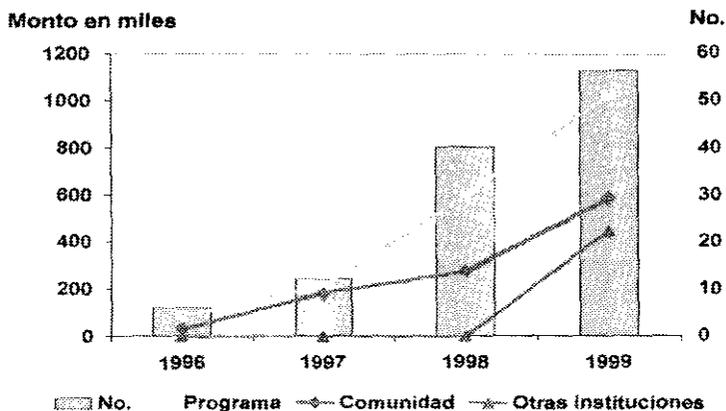
En este mismo sentido, el programa también focaliza algunas acciones de salud entre las que se encuentra la educación nutricional a través de los Centros de Educación Nutricional (CEN), los cuales se ubican en todas las unidades médicas del programa y en las localidades de acción intensiva.

Así, en todas las unidades médicas se cuenta con un Comité de Salud que está formado por un Vocal de Nutrición, de Salud, de Educación, de Control y Vigilancia y en las localidades donde así se requiere, con un Vocal de Desastres, todos ellos coordinados por un Presidente; de esta manera, tanto la comunidad como la institución participan en acciones de educación nutricional, entre las que destaca la preparación de alimentos con productos propios de la localidad y de la temporada, elaboración de conservas, etcé-

tera, todo ello enfocado a mejorar las condiciones nutricionales de las comunidades, con énfasis en las embarazadas, en las mujeres en periodo de lactancia y en los niños menores de cinco años.

Para fortalecer la línea de nutrición, el programa también cuenta con la estrategia de Proyectos Productivos de naturaleza: Pecuaria, Agrícola, Piscícola y de Transformación (Gráfica 3), para lo cual se proporciona asesoría técnica y un fuerte apoyo financiero a la siembra de huertos y al establecimiento de granjas de especies menores en el traspatio cuando es posible.

Gráfica 3  
Proyectos productivos 1996-1999



### Indicadores de resultado y de impacto de las acciones efectuadas por el programa IMSS-Solidaridad

Los resultados de las acciones en salud efectuadas por el programa IMSS-Solidaridad que a continuación se muestran, no discriminan si se trata de jornaleros agrícolas o piscicultores o solidariohabientes que no migran, de tal manera que consideran los registros del total de la población incluyendo los de la jornalera agrícola.

La prestación de servicios de salud a los solidariohabientes se divide en dos partes; la preventiva y la asistencial:

#### Atención preventiva

Con relación a la protección contra las enfermedades prevenibles por vacunación destacan los siguientes puntos:

- La Cobertura de Vacunación con esquema básico completo en menores de cinco años es cercana a 100%.

- La cobertura de vacunación de TB en las mujeres en edad fértil y en embarazadas es superior a 95%.
- A partir de 1998 se inició la estrategia de protección con TB a varones de 20 y más años.

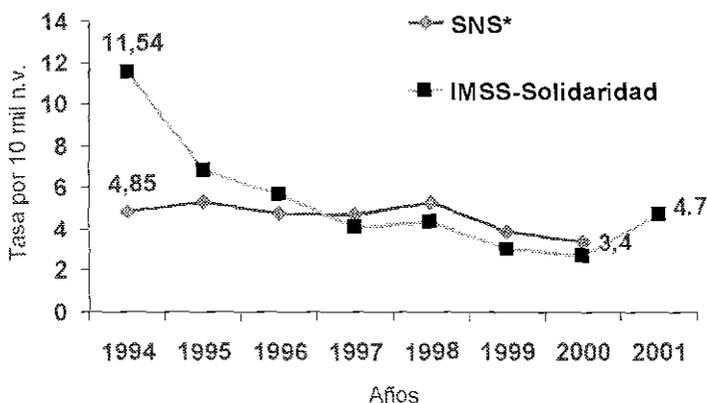
### Atención Asistencial

Dentro de los principales motivos de demanda de consulta se encuentran la atención prenatal y como motivo de egreso hospitalario la atención del parto, que constituye una de las principales áreas de oportunidad.

La salud reproductiva entre la población del medio rural amparada por el programa ha mostrado cambios favorables, entre los que destaca el inicio de la atención médica en edades tempranas del embarazo, lo que permite la administración de ácido fólico en las primeras semanas de gestación y con ello disminuir la incidencia de malformaciones (como es el caso de defectos en el cierre del tubo neural), además de permitir la identificación y manejo oportuno de las complicaciones.

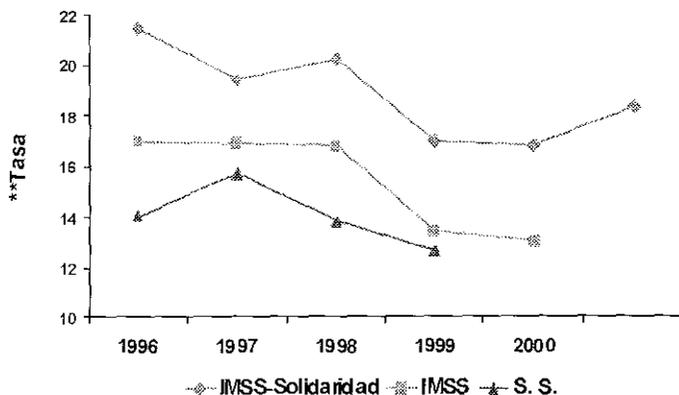
También destaca el comportamiento ascendente del porcentaje de partos que son atendidos en las unidades médicas del programa, con incremento de 71.8% reportado en 1995 a 86.7% en el 2000, contribuyendo con ello a modificar favorablemente la tendencia de las tasas de mortalidad materna y perinatal. (Gráficas 4 y 5)

Gráfica 4  
Tasa de mortalidad materna



Fuente: Anuario de mortalidad/SUI-SISPA.

Gráfica 5  
**Tendencia de la tasa de mortalidad perinatal por institución**



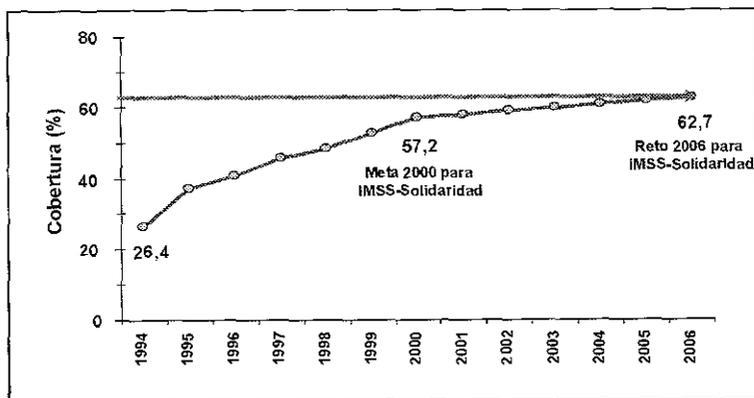
Fuente: Mortalidad 1998, contexto actual y aspectos relevantes; Boletín de mortalidad 1995-1998, Coordinación de Salud Comunitaria SUI/SISPA 1995-2001.  
 \*Tasa: Por mil N.V.

Lo anterior nos muestra que al efectuar análisis del comportamiento de los indicadores de impacto y los de atención materno infantil en el programa, identificamos las siguientes asociaciones que se traducen en avance en la salud de la población:

- El inicio oportuno de la atención prenatal ha contribuido a la reducción de la mortalidad materna en más de 65% y el promedio de consultas por embarazada en 75%.
- La tendencia descendente de la mortalidad perinatal ha sido favorecida en 89.9% por la oportunidad en la atención prenatal, 78.8% por la atención del parto a través de personal institucional y en 91.1% debido al incremento en el número promedio de consultas prenatales en la embarazada.

Otra de las acciones emprendidas por el programa para cambiar la tendencia de los indicadores de daño antes mencionados, ha sido el fortalecimiento de las acciones en planificación familiar; en este sentido destaca el hecho de que 100% de los aceptantes cuenta con el consentimiento informado y compartido, la demanda insatisfecha ha disminuido y por consiguiente se ha incrementado considerablemente el número de usuarias y usuarios de metodología anticonceptiva, situación que se muestra en la siguiente gráfica; dichos logros se deben en gran parte a la aplicación de la técnica de Consejería y dan cumplimiento al compromiso establecido con el Consejo Nacional de Población (CONAPO). (Gráfica 6)

Gráfica 6  
**Cobertura de métodos anticonceptivos  
 en MEFU 1994-2000 y proyección 2001-2006**



Fuente: Anuarios de población y servicios SUI/SISPA  
 Censo de Salud Reproductiva 2000

Asimismo, el análisis muestra que las acciones de Planificación Familiar contribuyen fehacientemente a la reducción de la mortalidad materna y perinatal en 86% y 87% respectivamente.

Aproximadamente una cuarta parte de la población de solidariorhábientes son adolescentes, para ellos el programa elaboró una estrategia desde 1996, que incluye un conjunto de actividades tanto intra como extramuros que consisten especialmente en educar a los adolescentes sobre los principales problemas de salud y sociales que los afectan.

Entre las principales actividades que se realizan en esta intervención se encuentra:

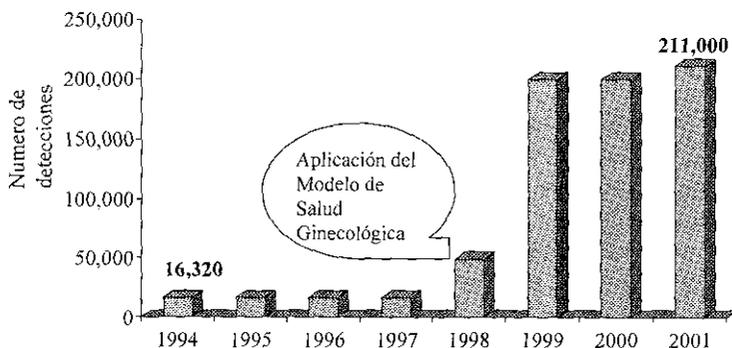
- Educar a los adolescentes que están en contacto con este programa –ya sea de manera intra como extramuros– en la perspectiva de género
- Pláticas sobre desarrollo humano
- Informar y educar a los adolescentes sobre la metodología anticonceptiva, los riesgos de los embarazos en edades tempranas y sobre las infecciones de transmisión sexual
- Proporcionar atención prenatal, del parto y del puerperio
- Brindar atención médica tanto asistencial como preventiva a los y las adolescentes

Otro problema de salud que afecta a la población femenina mexicana entre la cual se encuentra la campesina e indígena que ya inició su vida sexual es el cáncer cervico-uterino, del que se han descrito como factores

que contribuyen a su aparición: la desnutrición, el analfabetismo, la multiparidad y la ocurrencia de infecciones por el virus del papiloma humano que puede desencadenar la aparición de dicho proceso neoplásico, y si se tiene en mente las condiciones socioeconómicas en las que viven los solidariorhábientes, se sabrá claramente que estas poblaciones tienen elevadas probabilidades de sufrir y morir por este padecimiento, siendo esto todavía más marcado entre la población de migrantes y jornaleros agrícolas por las prácticas de riesgo que realizan.

Esta patología constituye para México y para el programa un desafío, de tal manera que se ha elaborado una estrategia que tiene como propósitos fundamentales: crear una cultura de revisión ginecológica en la que la mujer campesina e indígena permita que se le realice revisión de sus genitales y por otra, que el personal prestador de servicios de salud adquiera el compromiso de efectuar exploraciones ginecológicas cada vez que tengan la oportunidad de atender a una mujer. La estrategia tiene el nombre de Modelo de Salud Ginecológica, el cual ha impactado favorablemente a partir de 1998, ya que éste ha eficientado el diagnóstico y tratamiento de enfermedades del tracto genital inferior de la mujer. (Gráfica 7)

Gráfica 7  
**Tendencia del número de detecciones.  
 Tratamientos iniciados 1994-2001**

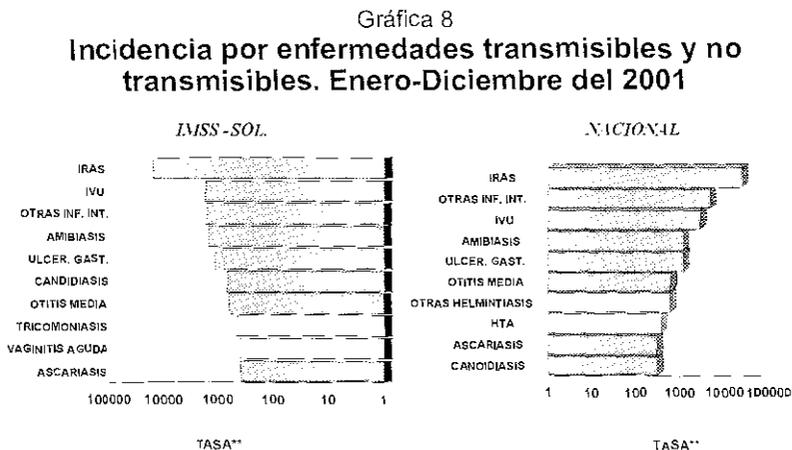


### **Morbilidad y Mortalidad de la población amparada por IMSS-Solidaridad**

En lo que concierne al comportamiento de la morbilidad y la mortalidad, estos indicadores han sufrido modificaciones importantes en el periodo 1987-2001 en donde las enfermedades crónico degenerativas adquieren un papel cada vez más preponderante, siendo esto más marcado en el norte del país y en menor proporción en el sur, encontrándose en este último mayor incidencia de enfermedades transmisibles.

## Morbilidad

Al investigar y estudiar los problemas de salud que más frecuentemente afectan a la población solidariohabitante se encontró que la mayoría de estos padecimientos son consecuencia del deficiente saneamiento básico y de las inadecuadas condiciones de las viviendas; entre dichos padecimientos se encuentran: infecciones intestinales, amibiasis, ascariasis y los problemas respiratorios. (Gráfica 8)



Fuente: Información Epidemiológica Morbilidad 2001 SSA, SUAVE 20.

\* Información Preliminar.

\*\* Tasa por 10,000.

En la transición epidemiológica antes observada, han contribuido en especial las acciones de la comunidad, entre las que podemos referir las campañas de limpieza comunitaria, cloración del agua, descacharrización, sanitarios ecológicos y acciones de mejoración de la vivienda, entre otras.

Los prestadores de servicios de salud participan con sesiones de educación sobre los principales problemas que afectan a la población demandante, actividad que se realiza tanto intra como extramuros; por otra parte, durante la consulta médica se informa a los pacientes sobre las medidas preventivas, así como en relación a signos y síntomas de alarma del padecimiento.

Asimismo, los registros muestran el abatimiento en la incidencia de dengue clásico, hemorrágico, cólera y rabia humana, lo que confirma la efectividad de las acciones de salud y la participación de la comunidad para el cuidado de su salud.

Para el programa constituye un desafío importante la eficacia en la detección, control y tratamiento de la tuberculosis respiratoria, misma que

se ha constituido como uno de los problemas que aquejan sensiblemente a la población solidariohabitante.

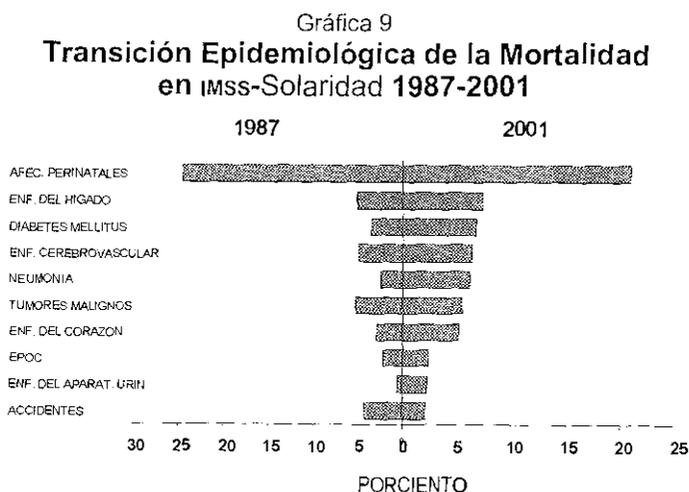
Por otra parte, la tendencia del VIH es elevada y por consecuencia se eleva la del SIDA y ¿quiénes son las personas más afectadas por este serio problema de salud?, pues la gente que tiene menos información, menos comunicación y menos educación, obviamente se ubican en los nichos de las áreas más pobres y por desgracia mucho más entre los campesinos y los indígenas.

Un gran número de factores de riesgo para contraer esta enfermedad lo poseen los migrantes, entre los que se encuentran los jornaleros agrícolas que viajan de estado en estado, con lo que se incrementan las probabilidades de contagio y de contagiarse debido a que ignoran cómo prevenir la enfermedad.

### **Mortalidad**

Del total de registros de defunciones ocurridas o registradas por las unidades médicas del programa se encontró como principal causa de mortalidad general a las defunciones perinatales, seguidas por los padecimientos crónico degenerativos, sobresaliendo entre ellos la diabetes y las enfermedades cerebro-vasculares que la mayoría de las veces son secundarias a problemas hipertensivos,

Cuando se compara el comportamiento actual con el de 1987 se observa una discreta disminución de la mortalidad perinatal y un mayor número de decesos por padecimientos crónicos, que afectan con mayor frecuencia a los adultos y adultos mayores. (Gráfica 9)



Fuente: Definiciones certificadas en los Hospitales Rurales 1987-1985 SUI 68, IMSS-Solaridad, 2001.

## Problemática en la atención de los migrantes

### Conclusiones

La presencia del programa IMSS-Solidaridad es una ya larga experiencia de 23 años de protección social en el campo mexicano, es decir, un seguro de salud para la atención de las familias indígenas y campesinas; no obstante, los impactos en la salud de los jornaleros agrícolas se ven comprometidos por sus características migratorias. Un ejemplo de ello es el hecho de que un trabajador que desarrolle una enfermedad crónica como la diabetes mellitus, cuenta con atención médica y medicamentos mientras esté trabajando y seis meses después no contará con nada. Posteriormente, cuando vuelve a contratarse, dicho paciente probablemente estará descompensado y requerirá de mayores recursos médicos para su atención; este mismo ejemplo es aplicable a una mujer gestante, la cual puede recibir consultas durante el embarazo, pero no se atiende institucionalmente en el parto, con el consiguiente incremento del riesgo en la ocurrencia de mortalidad materna y perinatal.

Lo anterior denota la necesidad de estudiar mejor el impacto de los costos de la población con y sin Seguridad Social, a fin de concientizar a los patrones de que se requiere sostener la inversión en capital humano, ya que también en el más puro sentido de la productividad, ésta disminuye significativamente en pacientes no controlados o mal tratados, repercutiendo no solamente en el ámbito familiar, sino en el marco global de la economía del país.

Por todo lo antes expresado, concluimos que la problemática más relevante, que limita mejores logros en la salud de los jornaleros agrícolas es:

- La insuficiente infraestructura y recursos institucionales
- La falta de sistemas automatizados de registro, lo que favorece la evasión de cuotas
- El alto índice de desplazamiento de la población

Por ello, el programa IMSS-Solidaridad, además de desarrollar las acciones enunciadas y aplicar el Modelo de Atención Integral a la Salud antes descrito, se une convencidamente a la estrategia del gobierno federal "**Vete Sano y Regresa Sano**", con el objetivo primordial de apoyar al migrante en sus zonas de origen, traslado y recepción en su activa dinámica poblacional, con un enfoque preventivo y de orientación, sustentado en la comunicación y educación para la salud, a fin de que pueda enfrentar situaciones de adversidad.

Finalmente, consideramos que el desafío para el programa IMSS-Solidaridad, hoy IMSS-Oportunidades, es continuar las tareas educativas en salud con plena participación de la comunidad, ya que constituye el capital esencial y nuestra mejor arma para abatir los graves daños que afectan a los estratos poblacionales marginales de nuestro país.

## **Bibliografía**

1. Anuario de Recursos y Servicios del Sistema Nacional de Salud, SSA, México, 1998.
2. XII Censo General de Población y Vivienda 2000. Resultados preliminares. INEGI, México.
3. Sistema Único de Información (SUI). Subsistemas 65 y 66. IMSS, México, 1994-1997.
4. Sistema de Información en Salud para Población Abierta (SISPA), SSA, México, 1998-2001.
5. Sistema Único Automatizado para la Vigilancia Epidemiológica, SSA, México, 1997-2001.
6. Boletín de Mortalidad, IMSS-Solidaridad, 1995-2001.
7. Sistema Único de Información, Subsistema 67: Enfermedades transmisibles y no transmisibles.
8. Boletín de Información Estadística (vol.2) Daños a la salud. SSA, México, 2001
9. Boletín de Morbilidad. IMSS-Solidaridad, 1999.
10. Boletín de Vigilancia Epidemiológica. IMSS-Solidaridad, marzo 2001.
11. Anuario de Morbilidad y Sistema Activo. IMSS-Solidaridad, 1999-2001.
12. Compendio Histórico de Estadísticas Vitales. SSA, 1994-2000.
13. Programa de Jornaleros Agrícolas. SEDESOL, México, 2001.
14. Informe de Resultados de Evaluación. Efectuado por el Instituto Internacional de Investigación en Política Alimentaria IFFPRI.
15. Diagnóstico de Salud de las Zonas Marginadas Rurales de México. Prioridades y Resultados 1991-1999. Programa IMSS-Solidaridad, 2001.

# Los mecanismos para el aseguramiento de los trabajadores agrícolas en Brasil: una experiencia vigente

*Dr. Celecino de Carvalho Filho \**

## **Introducción**

El objetivo de esta presentación es dar a conocer la experiencia brasileña con relación a la protección social en el área rural, aún insuficientemente evaluada, pero bastante exitosa. Inicialmente, se presentan algunos datos sobre Brasil, para tener una idea de su dimensión, destacando su principal característica que es la enorme desigualdad social, objetivo de todo el trabajo desarrollado, en el sentido de superar estas dificultades.

Los datos son de 1999, pero permiten su desagregación, por lo que se toman como punto de referencia. Después de ese breve panorama sociodemográfico y de la situación de la cobertura en Brasil, se aborda lo relativo a las características de los grupos de población, del trabajo rural y la clasificación de trabajadores y empleadores, así como lo referente a cuotas y obligaciones, plazos y beneficios.

Más adelante se precisa el modelo de aplicación de las acciones de auditoría y los cambios y avances en el marco legislativo, desde una perspectiva secuencial. Posteriormente se trazan algunos de los resultados alcanzados, los principales obstáculos identificados y las acciones emprendidas frente a ellos, para cerrar con un esbozo de los más importantes desafíos futuros y con una serie de reflexiones finales.

## **Algunos elementos del perfil sociodemográfico y la cobertura de la Seguridad Social en Brasil**

Para 1999 el país contaba con 160 millones de habitantes. La población económicamente activa ascendía a 86.9 millones y la población ocupada a 79.3 millones. En el área rural, la población económicamente activa sumaba 17.6 millones y la población ocupada 17.4 millones. En este ámbito, quedaban al margen de la Seguridad Social 15.6 millones de personas, lo que evidenciaba uno de los grandes problemas en el contexto rural.

*\* Especialista en Seguridad Social, es profesor de posgrado en esta materia en varias instituciones de enseñanza, así como Coordinador del Núcleo de Apoyo Técnico al Programa de Estabilidad Social del Ministerio de Seguridad y Asistencia Social de Brasil.*

Si precisamos un poco más estos datos, obtenidos por la institución brasileña responsable de la estadística nacional –el *Instituto Brasileiro de Geografia y Estadística*, (IBGE)–, observamos que los 15.6 millones sin protección ubicados en el área rural, estaban distribuidos de la siguiente manera: 3.1 millones de empleados, sin libreta de trabajo firmada; 4.5 millones de trabajadores por cuenta propia (quienes asumen el riesgo de su propia actividad); 3.2 millones dedicados al consumo propio (trabajadores que trabajan para su propio sustento) y 4.8 millones de trabajadores sin remuneración; es decir, aunque trabajaban no recibían ninguna remuneración.

Bajo el concepto de seguridad, los segmentos conformados por los denominados *sin remuneración*, *consumo propio* y parte de los *por cuenta propia*, constituyen el llamado *asegurado especial*, principal grupo blanco de la acción gubernamental a partir de 1995 y, ciertamente, donde esta acción obtuvo bastante éxito.

Otro hecho que destaca es que, además de estos 15.6 millones de trabajadores rurales sin ninguna protección social, había medio millón de empleadores que igualmente no tenían previsión, porque no se inscribieron como contribuyentes individuales.

En Brasil es dramático el nivel de protección de los trabajadores del sector privado, incluyendo urbanos y rurales. De un total de cerca de 67 millones de personas ocupadas en el sector privado, 40.2 millones no tienen ninguna protección; esto quiere decir que de cada diez personas ocupadas, seis no tienen Seguridad Social. Estos trabajadores están distribuidos de la siguiente manera: 11.3 millones son empleados; 3.9 millones trabajadores domésticos; 14 millones trabajadores por cuenta propia; 9.9 millones trabajadores no remunerados y 1.2 millones son empleadores o patrones.

Esta es una verdadera tragedia porque, además de que muestra la enorme desigualdad social del país, cuando estas personas son alcanzadas por algún riesgo como enfermedad, invalidez, edad avanzada o muerte, sin tener protección, irán a depender de sus familiares, de terceros, o de la caridad ajena, lo que implica más empobrecimiento de la población y más desigualdad.

La cobertura de la Seguridad Social en Brasil, con relación a la población ocupada de América Latina en general, es bastante insuficiente, lo que se evidencia al considerar el trabajo realizado por especialistas de la OIT<sup>7</sup>, en donde se registran, para 1992, las siguientes coberturas en algunos países latinoamericanos: Bolivia: 46.7%; México: 36.0%; Nicaragua: 15.3% y Uruguay: 69.0%. En 1996, Argentina alcanzaba una cobertura de 53.3% y Ecuador de 36.9%. En el caso brasileño, la cobertura, en 1999, era sólo de 39.9%.

---

<sup>7</sup> Gillion, C et al: *Seguridad Social en América Latina*, OIT, 2000, pág. 679.

Presentados estos datos básicos que caracterizan mejor la situación de la cobertura de la seguridad brasileña, en comparación con algunos países hermanos de América Latina, pasemos a los conceptos adoptados por Brasil relacionados al trabajador rural.

### **El trabajo rural y la clasificación de trabajadores y empleadores**

En Brasil, el trabajador rural es clasificado como empleado, trabajador independiente, contribuyente individual y asegurado especial. El empleado rural es aquel que presta servicio a la empresa rural, en forma permanente, no eventual, bajo subordinación y mediante remuneración, entre otras características. El trabajador independiente guarda las mismas características que el anterior, pero requiere para su contratación la intermediación del sindicato de la clase o del órgano gestor de mano de obra, como es el caso de los portuarios, por ejemplo. El contribuyente individual es aquél que ejerce actividad por cuenta propia o presta servicio a una o más empresas, sin vínculo formal de empleo.

Por su parte, se considerará asegurado especial aquél que ejerce sus actividades individualmente o bajo el régimen de economía familiar, con o sin auxilio eventual de terceros, sean sus respectivos cónyuges o compañeros e hijos mayores de 16 años, que trabajen, comprobadamente, con el grupo familiar respectivo.

Entre los trabajadores rurales se consideran asegurados especiales a los siguientes: el productor, el socio, el mediero, el arrendatario\*\*, el pescador artesanal, el comodatario, el condómino, el usufructuario (excepto cuando sea arrendatario), el mariscador y el indio en vías de integración o aislado, tutelado por la Fundación Nacional del Indio.

Por otro lado, no es considerado asegurado especial el miembro del grupo familiar que posea otra fuente de renta en forma recurrente y que viva del ejercicio de una actividad remunerada (excepto el dirigente sindical), del arrendamiento de algún inmueble rural o que goce de jubilación por cualquier régimen.

Tampoco es asegurado especial la persona física, propietaria o no, que explota una actividad agropecuaria o pesquera por intermedio de terceros, con o sin auxilio de empleados.

La afiliación es un vínculo que las personas establecen con la Seguridad Social, a partir del momento en que pasan a ejercer una actividad remunerada y contribuyen a la Seguridad Social. Su inscripción es un acto por el cual el asegurado ya es catastrado en la Seguridad Social; o sea, es la formalización de la afiliación. De esta manera, la inscripción del empleado asegurado ocurre en el momento de la firma del contrato de trabajo y es registrada en la libreta profesional o libreta de trabajo por el propio empleador.

---

\*\* Excepto el otorgante de empleo.

Para el trabajador independiente, la inscripción se realiza a través de su registro en el sindicato correspondiente u órgano gestor de mano de obra. Para los demás asegurados (contribuyente individual, facultativo, doméstico y asegurado especial), la inscripción puede ser hecha por teléfono en forma gratuita, por internet, por terminal de autoatención y por la Red de Atención de la Seguridad Social, que cuenta con diversas alternativas: *Agencias*, la llamada *Unidad Avanzada*, módulos de *Atención Ciudadana*, de *Atención Móvil* y a través del *Servicio Bancario*. (Nótese que, además, el asegurado especial es el único que puede tener su inscripción *post mortem*).

### **Cuotas y obligaciones**

La Seguridad Social brasileña, considerando la generosidad de su plan de beneficios, tiene un costo para el trabajador bastante razonable. Las contribuciones mensuales del empleado y del trabajador independiente, rural o urbano, varían de \$15.30 a \$171.77 reales (R), lo que corresponde, en dólares americanos, a un rango que va de 6.1 a 68.8 dólares (estimando el dólar, en promedio, en 2.50 reales).

Las obligaciones mensuales de los contribuyentes individuales oscilan de \$40.00 a 31,231 reales. Que corresponden a 16.0 y a 124.9 dólares, respectivamente. Es importante resaltar que si el contribuyente individual presta servicios a la empresa, su contribución es reducida prácticamente a la mitad, como una medida para estimular su vinculación y consecuente contribución a la Seguridad Social. Esas contribuciones les permiten acceder, respectivamente, a recibir el beneficio mínimo, a partir de un salario mínimo (200.00 reales que representan 80.0 dólares) o el beneficio máximo, para quien percibe 1,561.56 reales ó 624.60 dólares.

Para el asegurado especial el tratamiento es diferenciado y transitorio. Su contribución corresponde a 2.1% sobre la comercialización de su producción, más 0.2% para el servicio nacional de aprendizaje rural. Para el caso que no se dé la comercialización de la producción, basta la comprobación del ejercicio de la actividad rural, para asegurar el derecho a los beneficios, siempre en el rango mínimo. Los asegurados especiales que tienen mayor capacidad contributiva pueden aportar facultativamente, obteniendo el beneficio compatible con esa contribución.

La forma de aporte actual es transitoria, expira en el 2006, cuando deberá entrar en vigor el nuevo sistema de contribución anual, con exigencia mínima de contribución, que será flexibilizada para quien tenga una renta más elevada, dejando claro que el subsidio continuará siendo mantenido apenas en la concesión del beneficio de valor mínimo, igual al salario mínimo. Para valores de beneficio mayores que el mínimo, la propuesta es que la contribución sea equivalente al del contribuyente individual.

El proyecto de ley, actualmente en discusión en el Congreso Nacional, trata también de la adopción de procedimientos simplificados y de la indispensable identificación de cada asegurado, esperando facilitar la concesión de los beneficios. Este cambio tiene como objetivo adoptar el principio de la equidad contributiva y, sobre todo, dar dignidad a los trabajadores rurales en cuanto al requerimiento del beneficio.

Hoy, la mayor dificultad, es la inexistencia de documentación comprobatoria del ejercicio de la actividad rural. Es importante dejar en claro que el tratamiento diferenciado dispensado al trabajador rural sólo está siendo posible gracias a la Constitución de 1988, que partió del supuesto de que los trabajadores rurales en general, y, particularmente, los asegurados especiales, no tenían condiciones para financiar la totalidad de los beneficios considerados por la Seguridad Social, ni los servicios de salud, dada la insuficiencia de su renta. Y esto sólo fue posible con la introducción del concepto de Seguridad Social en la Constitución, que determina la *integración de las acciones en las áreas de Salud, Asistencia Social y Seguridad Social* proporcionando, también de forma integrada, el financiamiento de esas acciones, sobre la base de la diversificación de las fuentes de recursos, conforme se verá más adelante.

### **Plazos y beneficios**

El plazo de recaudación de las contribuciones de los empleados, de los trabajadores independientes y de los asegurados especiales es hasta el segundo día del mes siguiente al de la efectividad del recibimiento de la remuneración o de la comercialización de la producción. Obsérvese que en el caso de los empleados y de los independientes, la responsabilidad por la recaudación de las contribuciones es de los empleadores. Los contribuyentes individuales tienen hasta el día 15 del mes siguiente al del recibimiento de sus rentas, para hacer efectiva la recaudación de las correspondientes contribuciones.

De los diez beneficios ofrecidos por la Seguridad Social brasileña, de acuerdo al pago tasado sobre la base del salario mínimo (salvo en los casos de contribuciones adicionales), los asegurados especiales tienen derecho a ocho de ellos: jubilación por invalidez; edad y tiempo de contribución (esta última, por no representar riesgo social, no debería existir); auxilio-enfermedad; auxilio-accidente; auxilio-reclusión; pensión por muerte y salario-maternidad. Exclusivamente, no tienen derecho a la jubilación especial y al salario-familia.

Los asegurados especiales, así como todos los demás asegurados, tienen derecho a los tres servicios gratuitos ofrecidos: *Social*, básicamente de orientación; *Pericia médica*, que tiene la función de definir si una eventual enfermedad del asegurado lo incapacita para el trabajo y *Rehabilitación profesional*, que incluye desde la reparación del daño físico y la readaptación, hasta el acondicionamiento y la recolocación en el mercado de trabajo.

Los requisitos para la concesión de la jubilación rural, por edad, es de 60 años para el hombre y 55 años para la mujer, siempre y cuando se haya cotizado durante 15 años o se compruebe el ejercicio de la actividad rural, en el caso de los asegurados especiales. En la realidad, esta exigencia es todavía menor: diez años y seis meses en el 2002, cifra que gradualmente irá en aumento (en seis meses a cada año), para quien ya estaba inscrito en la seguridad hasta julio de 1991.

Otra cuestión crucial que está siendo discutida con el área rural es la necesidad de la revisión del actual límite de edad, ya que estas edades ya no se justifican porque son incompatibles con el patrón demográfico brasileño, además de ser menores que las adoptadas para el área urbana, que son de 65 y 60 respectivamente, e incluso porque diversos estudios muestran que las personas pobres del medio rural viven más años que los del medio urbano. La idea es que mediante un proceso de transición, la edad unificada, como en México, sea a los 65 años para ambos sexos.

### **Las acciones de auditoría y los avances en el marco legislativo**

Este es otro aspecto vital que merece ser tratado en este importante *Seminario*: el sistema de auditoría de la Seguridad Social. Es incuestionable la necesidad de una auditoría en cualquier proceso administrativo, sobre todo cuando hay concesión de prestaciones pecuniarias y, aún más, cuando envuelve aspectos subjetivos, como es el caso de los beneficios concedidos al área rural.

El esquema de Seguridad Social, desde su inicio, siempre fue caracterizado como formal, basado en contrato de trabajo y en la firma de la libreta de trabajo. Dada la necesidad de la incorporación de los trabajadores rurales, cuyo grado de formalización de la relación de trabajo es insignificante y considerando la concesión de beneficios fundamentalmente a partir del dependiente del convenio personal del servidor, la auditoría es aún más importante, por posibilitar un razonable grado de control del proceso. En la realidad, son cuatro sistemas de auditoría de la seguridad: a) De informaciones y planificación; b) De control de apoyo de la auditoría; c) De acompañamiento de indagaciones administrativas y d) De auditoría propiamente.

Estos sistemas se hacen efectivos por medio de dos acciones básicas: *plan de acción anual*, a través del cual se audita de manera programada a los sectores de beneficios y de recaudación por unidad gerencial, y las *acciones de emergencia*, que dan seguimiento y depuran denuncias e indicios de irregularidad, como la concesión de beneficios en número o valor por encima de los rangos medios observados.

Para situar un poco la evolución de la protección social rural brasileña, citamos los principales marcos legales. En 1963 (Ley Nº 4,214), 40 años después de la institución de la seguridad urbana, fue creado el FUNRURAL,

programa que concedía un beneficio de medio salario mínimo al trabajador rural. En 1971 (Ley Complementaria nº 11), se instituye el *PRORURAL*, que amplió el número de beneficios concedidos, manteniendo el mismo valor. En 1988, con la nueva Constitución Federal, que constituye el marco legal más importante y modernizador, se ha garantizado la evolución de la protección social en general y, sobre todo, con relación al área rural.

Primero, como ya fue dicho, se introdujo el concepto de Seguridad Social, con la protección y el financiamiento integrados, infelizmente no comprendido por los gobiernos y por la sociedad. La protección integrada y la *reunión de las políticas públicas de Seguridad Social bajo un esquema contributivo*, estaba orientado a la atención de las personas que perdieran la capacidad de trabajo. Por otra parte se contempló la Asistencia Social, bajo un mecanismo no contributivo, como medida para promover la protección de quienes están en la pobreza absoluta y son excluidos del proceso productivo y de sus beneficios; y la Atención a la Salud, no contributiva, para mantener la salud física y mental de la población.

El *financiamiento integrado*, con diversificación de fuentes, fue igualmente importante, porque partió del conocimiento de la imposibilidad de que determinados sectores, como el rural, pudiesen financiar, por ejemplo, todo su plan de beneficios. Claro que el área rural tiene que contribuir, porque se trata de un seguro, pero observando el principio de equidad contributiva, por el cual cada quien contribuye de acuerdo a sus posibilidades, quedando a cargo de toda la sociedad la complementación de los recursos.

Así, además de mantener la hoja de salarios, la Constitución de 1988 instituyó nuevas fuentes de financiamiento, como la facturación (*COFINS*) y el lucro líquido de las empresas, como la contribución sobre el movimiento financiero (*CPMF*), para personas físicas y jurídicas. Estas cuatro principales fuentes de financiamiento han dado grandes recursos y más que suficientes para el financiamiento de las acciones de Seguridad Social. Uno de los problemas que hemos enfrentado es que no conseguimos todavía implementar el principio equitativo especialmente con relación a las empresas.

En Brasil, da igual que la empresa tenga uno que 100 mil empleados: el tratamiento relativo a las contribuciones sobre la hoja de salarios es el mismo. No hay progreso en este sentido, aunque hay esperanzas de un avance en razón de la Enmienda Constitucional N° 20/98, que explica lo que llamamos *Concepto de equidad contributiva*, que va a posibilitar que las empresas que absorben mucha mano de obra puedan tener la alícuota sobre la hoja de salarios reducida, compensada en las otras fuentes de financiamiento.

Hay un programa muy importante (*SIMPLES*), basado en la facturación de las empresas y no en el número de empleados, que las exonera de la

recaudación de la parte patronal sobre la hoja de salarios, ciertamente insuficiente para atender al principio de equidad.

Otro aspecto relevante introducido en la Constitución del 88 se centra en la uniformidad del tratamiento para los asegurados urbanos y rurales. Hasta entonces, los asegurados urbanos tenían un plan de beneficios mucho mayor al ofrecido a los rurales. La diferencia, con la uniformidad de tratamiento determinada por la Constitución, quedaría apenas con relación al valor de los beneficios, que resultaría del valor de las contribuciones de cada asegurado. Un aspecto fundamental a destacar fue el tratamiento dado a los asegurados especiales –aquellos que viven, individualmente o en régimen de economía familiar–, asegurándoles un sistema de financiamiento diferenciado, basado en la comercialización de su producción, garantizando un plan de beneficios.

Finalmente en 1991 (Leyes 8,212 y 8,213), hubo la recaudación de los dispositivos de la Constitución, destacándose el que asegura el acceso de los asegurados especiales al plan de beneficios, mediante sólo la comprobación del efectivo ejercicio de la actividad rural, cuando no haya comercialización de su producción.

### **Resultados y alcances**

La mayor evidencia del éxito de la Seguridad Social brasileña en el área rural son las cifras de los servicios otorgados a los trabajadores rurales: 6.38 millones de beneficios hasta abril del 2002, de los cuales 4.59 millones corresponden a jubilaciones; 1.66 millones a pensiones; 110 mil auxilios y cerca de 20 mil salarios-maternidad. Este último beneficio deja claro que la Seguridad Social de Brasil, a pesar de sus enormes dificultades, consiguió alcanzar al contingente más excluido de la protección social, que es la mujer rural, inclusive la india.

Más importante todavía es que, desde junio del 2001, y en algunos momentos en particular, ha sido concedido este beneficio en mayor número para las aseguradas rurales que para las urbanas. El salario-maternidad para la asegurada especial es concedido considerando cuatro parcelas como un salario mínimo, bastando la comprobación del ejercicio de la actividad rural por diez meses.

Debe destacarse que la expansión de la seguridad en el área rural ha presentado un efecto altamente positivo para el país, comprobado por investigaciones realizadas por instituciones independientes, desde la reducción del éxodo rural, como la reversión del tradicional flujo migratorio, en el sentido rural-urbano, lo que incide en la mejoría de la calidad de vida en todos los sentidos. Esta mejoría de la calidad de vida se ha traducido con la ampliación de la cesta de consumo, en la expansión de la habitación, aumento de los artefactos domésticos, tratamiento de agua e instalaciones sanitarias adecuadas, entre otros aspectos.

Los efectos positivos alcanzan hasta la revaloración de la mano de obra; ya que si el valor ofrecido, por día de trabajo, es muy bajo, el trabajador lo rehúsa, en virtud de tener su sustento garantizado por la jubilación de uno de sus padres o de ambos.

El pago de los beneficios es hecho en los primeros días hábiles de cada mes, de acuerdo con el número final del beneficiario, siendo que el pago del abono anual (décimo tercer salario) es hecho conjuntamente con el pago del mes de noviembre.

Los valores de los beneficios son reajustados, anualmente, de acuerdo con las respectivas fechas de inicio, con base en la variación integral del índice de inflación, desde la fecha de concesión o del último reajuste.

Este procedimiento tiene el objetivo de preservar el valor de los beneficios contra las pérdidas provocadas por la inflación.

### ***Algunos obstáculos y barreras de acceso***

Entre los principales problemas que, a nuestro entender, continúan dificultando el mayor acceso del sector rural a la protección social, muchos de ellos acceden a la categoría que podríamos llamar autoexplicativos: alto índice de analfabetismo; baja renta; relación de trabajo no formal; bajo índice de organización; desconocimiento del ejercicio de ciudadanía; inconsistencias y resistencias en la organización de jubilados urbanos, con repercusión en el Congreso Nacional, defendiendo, equivocadamente, que la causa del déficit de la Seguridad Social es provocada por la cobertura del área rural, revelando absoluto desconocimiento del concepto de *financiamiento integrado* establecido por la Constitución.

Asimismo, resistencia del patronato rural, alegando mayor dificultad de producción por la escasez de mano de obra, que rechaza los precios por día de trabajo anteriormente ofrecidos, en función de la existencia de jubilaciones de los padres, lo que garantiza su sustento, aún sin trabajar; resistencia de servidores de la propia Seguridad Social, por el carácter subjetivo en la concesión de beneficios, dada la inexistencia de documentación caracterizadora del trabajo rural; legislación inadecuada, a pesar de los avances, ya que la legislación aún no está plenamente acorde con la Constitución, ni ajustada a las peculiaridades rurales; y, por último, un número insuficiente de agencias de apoyo y servicio, considerando la dimensión continental de Brasil y las características de los trabajadores rurales.

### ***Las acciones desarrolladas***

Con todos estos problemas y frente al incremento de la presión de los movimientos sindicales rurales, fueron desarrolladas acciones sistemáticas que incidieron en el desempeño de la Seguridad Social, entre las que destacan las siguientes:

- Aumento en las concesiones de beneficios rurales: de 618 mil, en 1994, a más de un millón, en el 2001;
- Reconocimiento, por la seguridad, de las dificultades de acceso del trabajador rural a la protección social;
- Reuniones sistemáticas con la representación nacional de los trabajadores rurales y de los pescadores artesanales, con el objetivo de la reelaboración de acciones regularizadoras, para adecuar las normas a la realidad rural, la alteración de la legislación rural y la elaboración de material de divulgación, como cartillas, folletos, etcétera;
- Reuniones sistemáticas con la representación nacional de los empleadores rurales, así como acuerdos conjuntos, con la representación nacional de los trabajadores y empleadores rurales;
- Reuniones, en los estados, con representación de los trabajadores, los sindicatos rurales, representantes de la federación del Estado y de la Confederación Nacional, así como servidores de la previdencia social.

Es oportuno tener presente que la representación de los trabajadores, en Brasil, posee cerca de 3,700 sindicatos y la de los empleadores, cerca de 2.600.

Un paso siguiente, ya previsto pero aún no realizado por nuestro alejamiento del proceso, son reuniones conjuntas, en los estados, entre la representación de los trabajadores y empleadores rurales con los servidores del seguro. Del mismo modo, la aplicación del descuento de 2% del valor de la jubilación rural, autorizado por ley, para la representación de los trabajadores rurales, como forma de fortalecimiento del movimiento sindical, considerando incluso la colaboración del sindicato con el seguro en el momento de la preparación del proceso de jubilación del trabajador rural, al emitir la declaración, autorizada por ley, de que aquel trabajador es efectivamente rural.

### **Los desafíos futuros**

Una vez considerados nuestros principales problemas y alcances, vamos a tratar los desafíos futuros de la Seguridad Social brasileña relacionados con el área rural. El principal objetivo es, si duda, ampliar la cobertura efectiva de todas las personas ocupadas, especialmente los trabajadores rurales, dadas sus peculiaridades.

Esta ampliación de la cobertura debe ser llevada a efecto considerando, entre otras acciones, la de promover la adecuación de la legislación para el caso de la seguridad rural. En este sentido, como ya se dijo, hay en el Congreso Nacional un proyecto de ley que instituye la contribución rural, anual, para el asegurado especial, compatible a sus posibilidades. Esta propuesta de contribución ha sido defendida inclusive por la Confederación Nacional de los Trabajadores Rurales, con el doble

objetivo de respetar el carácter contributivo de la seguridad y asegurar la dignidad en la hora de la concesión de beneficio. El asegurado tendrá un número que lo identificará como trabajador rural, eliminando la humillación de la cual hoy es víctima, por tener dificultad de comprobar su condición, especialmente en los casos de la trabajadora rural. Esto porque la concesión del beneficio depende de la formación de convicción por parte del servidor de la seguridad, no siempre calificado y sin las condiciones de trabajo adecuadas.

Otra acción importante es conocer al trabajador rural, identificándolo y registrándolo. Es indispensable la identificación de la existencia de más de 30 millones de personas sin registro, notablemente del área rural, registrando a quienes fueron trabajadores rurales y ya estuvieron asegurados previamente, como forma de brindarles la debida protección y también evitar que los trabajadores urbanos, al momento de su baja de la actividad laboral y dadas las reglas más flexibles para el área rural, utilicen esta condición para jubilarse más temprano.

La intensificación de la cooperación con la representación de los trabajadores rurales es una acción más en la búsqueda de la ampliación efectiva de la cobertura de la seguridad. En este sentido, se debe continuar con la realización de eventos como cursos y palestras para los trabajadores y empleadores rurales, siempre en conjunto con sus sindicatos, federaciones y confederaciones, además de la distribución de material explicativo sobre la importancia de estar inscrito en la Seguridad Social.

Otro aspecto central es incentivar la organización sindical, manteniendo el acuerdo de descontar 2% del valor de la jubilación para la representación de los trabajadores rurales, permitiendo que sindicatos de trabajadores y de empleadores inscriban asegurados y, más todavía, que preparen procesos de concesión de beneficio, entre otros servicios.

Asimismo, capacitar servidores del Seguro Social, especialmente en legislación rural, así como realizar campañas nacionales de divulgación por la radio y televisión, son acciones indispensables para alcanzar el objetivo de ampliar la cobertura.

Finalmente y, en esta misma línea, una tarea esencial es facilitar todavía más el acceso de los trabajadores rurales a la seguridad, instalando más agencias, fijas y móviles, como carros y barcos, que alcanzan poblaciones nunca asistidas por cualquier política pública. Complementariamente, es preciso contratar más servidores y propiciar una mayor cooperación con los municipios, con centros avanzados del seguro instalados por las prefecturas, que preparan los procesos y los encaminan a la agencia más próxima, evitando mayores dislocaciones de los asegurados. De manera adicional se requiere ampliar los servicios telefónicos, de internet y de utilización de satélites.

## **Reflexiones finales**

Tengo la expectativa de haber aclarado un poco los aspectos más relevantes de la trayectoria brasileña en lo referente al avance de la protección rural. Por otra parte, independientemente de las enormes dificultades vigentes, no tenemos dudas de que estos avances son considerables y son reconocidos por instituciones internacionales.

Entendemos que lo alcanzado sólo ha sido posible por la adopción del concepto de Seguridad Social consignado en la Constitución del 88, especialmente con relación a su financiamiento integrado. Si continuásemos insistiendo que el área rural, entre otras, tendría que financiar sus beneficios, no avanzaríamos, porque diversos estudios muestran que, inclusive en los países desarrollados, esto no sucede.

Con esta concepción, que consideramos acertada, porque los resultados así lo muestran, continuamos avanzando para que podamos dar al área rural una atención más compatible con sus reales necesidades.

# Trabajo decente y protección para todos

*Sr. Sergio Velasco\**

Soy especialista en Seguridad Social en la Oficina Internacional del Trabajo (oit) de San José, Costa Rica, cuyo ámbito de acción es Centroamérica, México y el Caribe (de habla no inglesa). Por tanto, voy a comentar algunas experiencias en el marco de los seguros sociales en Centroamérica y a platicar también un poco de lo que estamos haciendo en el renglón de la extensión de la cobertura de Seguridad Social en Costa Rica y Guatemala.

Primero que nada traigo un comercial promoviendo el concepto de trabajo digno (que originalmente llamamos decente). De entrada es necesario poner de relieve el concepto de *trabajo decente y protección para todos* ya que es la divisa que define la actual orientación de la oit y por la cual debe velar, como una misión particular, la Seguridad Social hoy en día: trabajo decente es una actividad productiva, en la que hay respeto y pleno ejercicio de derechos, ingresos adecuados, protección social apropiada y acceso a oportunidades de empleo, principalmente en el área del campo.

Sin embargo, sabemos que en muchos países de Latinoamérica el agro dista mucho todavía de ser un trabajo productivo que genere los ingresos adecuados para los campesinos. Debido a esto, la oit y la Conferencia Internacional del Trabajo del año 2001, se propusieron lanzar una campaña mundial para incrementar la cobertura de Seguridad Social, tanto en pensiones, como en salud; de modo que estamos comprometidos, porque éste es uno de los pilares del trabajo y el centro de la misión que perseguimos como organismo abocado a mejorar las condiciones de los trabajadores.

Ha habido importantes reformas a la Seguridad Social que se han dado en los últimos 20 años. Entre los principales casos, a manera de ejemplo, destacan las reformas de Chile —que hizo una reforma en pensiones— Perú, Argentina, Uruguay, México, Colombia, Bolivia y El Salvador. Asimismo, Nicaragua, que aprobó una Ley de Reforma en el año 2001; República Dominicana, que la acaba de aprobar y Panamá que está en vías de hacerlo, pues se encuentra en un gran diálogo nacional para reformar su esquema de Seguridad Social.

Desgraciadamente, los objetivos que han impulsado estas reformas han estado más orientados a corregir problemas de desequilibrio financiero, que a corregir problemas, por ejemplo, de falta de cobertura, o bien, vencer

---

\* *Especialista en Seguridad Social y colaborador de la oit en San José, Costa Rica.*

obstáculos para alcanzar los principios de la Seguridad Social, tales como la universalidad, la equidad y la solidaridad.

Es un hecho que en algunos países pertenecientes a la oif había regímenes antiguos, en los cuales existían grupos excluidos y grupos de privilegios. Los maestros, los integrantes del ejército o los elementos del Congreso tenían regímenes especiales. Desafortunadamente, es necesario decir que aún después de las reformas, en muchos casos, grupos excluidos como el de los campesinos, han seguido siendo ignorados y los grupos de privilegio continuaron como grupos privilegiados.

Es posible encontrar cifras muy generales de las fuerzas de trabajo por sector de actividad económica en América Latina. Ellas nos permiten ver que en el año 70, la actividad en el campo ocupaba 42% de la fuerza de trabajo, misma que ha ido disminuyendo, ya que en el 80 pasó a 34% y en el 90, a 23%. En cambio el sector servicios, se ha ido incrementando. Su participación en la fuerza laboral ha ascendido de 35 a 50%, es decir, la gente está emigrando del campo a la ciudad y está engrosando las filas del sector informal.

Ése es otro problema que hay que atacar: cuando hablamos de extender la cobertura de la Seguridad Social, las instituciones asignadas (desde que comenzó el seguro social en Alemania con Bismark) se han orientado a cubrir a los trabajadores asalariados que tienen una relación formal de trabajador-patrón y cuando comenzó a crecer el sector informal, todo mundo lo veía como un mal pasajero. No obstante, ahora estamos comenzando a aceptar que vamos a tener que vivir con ese mal, que lejos de ser pasajero, está creciendo, no solamente en América Latina, sino también en los países industrializados.

Entonces tenemos que modernizar ese sector informal, rural y urbano, para hacerlo más productivo y acercarlo más a lo que es nuestro concepto de trabajo decente o digno. Yo le diría más bien trabajo digno porque decente tal vez no suene muy bien en español.

Ahora bien, volviendo al sector informal, seis de cada diez nuevos empleos se generan en él y hay cifras que hablan de siete o más. Ciertamente, existen seguros diseñados para permitir la afiliación de trabajadores por cuenta propia, en donde estarían ubicados los trabajadores de campo, pero resulta que sus tasas de cotización son tan elevadas, debido a que ellos tienen que cubrir su parte y la parte del patrón (el cual no existe en muchos casos) que si les llegara a interesar entrar, estos seguros son tan caros que la conclusión es que realmente están diseñados para que el trabajador por cuenta propia no entre.

A lo anterior se añan varios factores más. Por una parte, la afiliación no es obligatoria, salvo en Uruguay, Argentina y Costa Rica. Por la otra, como ya se ha mencionado, a la actividad de los trabajadores del campo de

baja productividad en términos generales y por ende de muy baja capacidad contributiva, se suma que son grupos con una muy baja capacidad organizativa. Este es otro aspecto que yo quería tratar porque me parece muy importante.

Se estima que más de 50% de los accidentes de trabajo y enfermedades profesionales que se suceden en el mundo, se dan en actividades agrícolas, pues en un gran porcentaje son altamente riesgosas. La OIT estimó que aproximadamente se dan en el mundo 250 millones de accidentes al año. Partiendo de esta base, acaba de ser aprobado, un Convenio sobre Seguridad y Salud en la Agricultura, que se está promoviendo para su ratificación en los diferentes países.

Menciono ahora únicamente para ubicarnos, cuáles han sido las modalidades no tradicionales de inclusión que se han manejado o que hemos identificado en la OIT. Una es extender la cobertura a través de los sistemas formales de protección social. Tradicionalmente cubrían únicamente a los trabajadores asalariados, ahora se están buscando mecanismos innovadores para incluir, a través de esos institutos de Seguridad Social, a trabajadores informales, insisto, ya sea del campo o de las ciudades.

Otra modalidad es la de los Sistemas Universales que ya existen en Europa y son financiados por el Estado. Asimismo, la modalidad de Asistencia Social que también en buena medida es financiada por el Estado y, finalmente, el Microseguro.

Nosotros tenemos un programa global que llamamos Estrategias y Técnicas contra la Exclusión de la Seguridad Social y la Pobreza (STEP). Este programa se ha orientado principalmente a promover los microseguros. Lo ideal es que los trabajadores excluidos entraran a los sistemas formales de protección social, pero no podemos esperar indefinidamente a que las cosas se den; este es un atajo: empezamos desde abajo, se les enseña a los trabajadores a que se autoorganicen y a que generen sistemas autosostenibles financieramente, sobre todo orientados hacia lo que es la parte de salud.

Estas personas —me estoy refiriendo a los grupos excluidos— han percibido la salud como su primera necesidad y, a partir de ahí, la conveniencia de los seguros de invalidez y de muerte que además son más baratos; el de vejez, aunque es más caro, y un seguro de educación. Esto es lo que han arrojado las primeras investigaciones que ha hecho el programa STEP.

Hablo de una manera general del marco conceptual STEP, el cual parte de que no importa si una persona pertenece a un sistema formal de Seguridad Social, lo que realmente importa es que tenga acceso a un plan garantizado de salud, sea cual sea el mecanismo; de suerte que no se dependa únicamente de que los seguros sociales amplíen su cobertura, sino

que se busquen otros mecanismos para que los trabajadores tengan acceso a un plan mínimo garantizado de salud.

Para terminar con el programa, STEP dice que existe exclusión si falla una de las siguientes condiciones: acceso oportuno y suficiente; financiamiento solidario y un marco de dignidad y satisfacción.

Vamos a ver muy rápidamente, como un ejemplo, el caso de Costa Rica respecto de la Extensión de la Cobertura a través de Convenios de Aseguramiento mediante la Caja Costarricense de Seguridad Social. La cobertura de la fuerza de trabajo es de 12.9%. Se trata de trabajadores por cuenta propia, y 3.4% está cubierto por otra modalidad que se llama Convenio. Voy a adelantar lo siguiente: a los trabajadores por cuenta propia que desean afiliarse a la Caja Costarricense de Seguridad Social, se les hace un estudio, cotizan de acuerdo a su posibilidad de cotización y el Estado paga la diferencia. Es un sistema costoso, pero el primer paso es que el Estado, tomó la decisión política de pagar ese costo y no es un costo regresivo porque la cobertura es bastante amplia, de hecho, se habla de que en términos prácticos la cobertura es de 100%.

En Costa Rica, entonces, aunque el trabajador no cotice, si está en una situación de emergencia puede acudir a los hospitales o clínicas de la Caja del Seguro Social y se le atiende. En cuanto a pensiones podemos ver que la cobertura es más baja. En trabajadores por cuenta propia es de 2.4% y en trabajadores bajo la modalidad de Convenio es de 0.3%. Sin embargo, también hay trabajadores que solamente optan por un régimen, ya sea que tomen salud solamente o pensiones.

No obstante, a partir del año 97, se le obliga a cualquier trabajador que quiera afiliarse a la Caja del Seguro Social por el sistema voluntario, que se afilie a ambos regímenes: a salud y a pensiones. Continuemos con la cobertura de población ocupada no asalariada, cuyo 57% está cubierto por el seguro de salud y 9.5% por pensión. Los convenios cubren 12% de los trabajadores no asalariados, es decir les ha dado resultado afiliar trabajadores por cuenta propia y a través de convenios, han aumentado su cobertura de una manera tremenda en los últimos 12 o 13 años.

Si se buscan los inicios de los Convenios de Aseguramiento, es posible ver que los primeros de los que se tienen noticias son del año 67. Se afilió el Colegio de Abogados, después se afiliaron la Cruz Roja Costarricense y el Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados así como universidades públicas, y en el 84, se inicia la expansión de la cobertura de Seguridad Social incorporando asociaciones de pequeños productores en donde hay mucho trabajador agrícola.

A partir del año 84, las características que presentaron esos Convenios de Aseguramiento fueron: solamente se celebran convenios con organizaciones de personería jurídica, es decir, legalmente establecidos, enton-

ces tiene que haber un mínimo de capacidad organizativa para que estos grupos puedan hacer un convenio con la Caja de Seguridad Social.

Una vez que la organización hace su solicitud a la Caja entonces se negocian las primas, las cuotas. La Caja hace una investigación para ver cuál es la capacidad contributiva de los miembros de esa organización y entonces determinan un nivel de cuota que es el que va a pagar la organización; la diferencia, insisto, la cubre el gobierno, también es importante el poder de negociación del grupo específico.

Por lo que corresponde a la determinación del aporte estatal, resulta de la diferencia entre cotización efectiva y cotización global. El ajuste de cuotas se hace una vez al año; la recaudación la realiza la organización a través de la estructura administrativa interna que ella establece y luego transfiere los recursos a la Caja. Esto es muy importante pues constituye una de las barreras para afiliar trabajadores por cuenta propia, que no tienen una relación formal con un patrón. No hay quien les cobre las cuotas, no hay quien se haga cargo de la recaudación de cuotas, aquí la organización misma, lleva el control de la recaudación: lleva el control de la afiliación de los trabajadores y para esto se le capacita.

En el renglón de las restricciones, encontramos una. Deben ser trabajadores no asalariados los que pertenezcan a la organización. Desafortunadamente, algunos trabajadores asalariados evaden y se van por el lado de los convenios porque les cuesta más barato que siendo trabajadores asalariados, excepto las prestaciones en dinero por incapacidad laboral temporal.

¿Cuáles son las funciones de la organización? Agrupar; promover la afiliación; recaudación y transferencia de cuotas; controlar la afiliación; distribuir los comprobantes de verificación de derechos y negociar las mejores condiciones para sus afiliados. Esas serían las funciones de las organizaciones que hacen convenios con la Caja. Vamos a ver ahora el perfil de la población afiliada por convenios.

Por debajo de la línea de pobreza está 51%; en actividades agrícolas está 77%, y en establecimientos con cuatro o menos trabajadores está 89%. Entonces, realmente hay un efecto redistributivo al cubrir estos grupos en forma subsidiada. Se pueden sacar así las siguientes conclusiones: la cobertura de seguro social en Costa Rica se ubica entre las más altas de la región latinoamericana y hay un balance positivo en términos de objetivos redistributivos (salud); los convenios de afiliación colectiva constituyen un instrumento que demuestra suficiente potencialidad para llevar Seguridad Social a grupos tradicionalmente no protegidos, pobres, rurales, agrícolas, viejos, no asalariados y semiasalariados; y, finalmente, hay un punto que es conveniente resaltar, la existencia de convenios impulsó que grupos que no estaban organizados se organizaran para poder tener acceso a este beneficio.

La ganancia fue que se tuvo un efecto organizativo en los grupos del campo que no estaban cubiertos, aunque no se debe omitir que se requieren cambios profundos en la gestión y administración de los convenios, pues no se ha explotado del todo el potencial que poseen como modalidad no tradicional.

¿Cuáles son las fortalezas de los convenios? Una de ellas es que se involucran las organizaciones de los trabajadores en la administración, promoción, recaudación y control. Otra, que se cubren grupos tradicionalmente excluidos por los seguros sociales. Estos grupos ya están utilizando los servicios de la Caja. Por otro lado, también propician la solidaridad con grupos de escasos recursos y el Estado contribuye al financiamiento del seguro social para los grupos de escasos recursos.

Las debilidades de los convenios serían que no hay controles o no los suficientes, pues sus sistemas de información y sus políticas administrativas son deficientes y se da la dispersión de procesos, dentro del nivel central y la región. Tampoco hay promoción del programa y adolecen de escasa responsabilidad en cuanto a tipo de afiliados y nivel de ingreso. Una debilidad más es que se utilizan como un medio de evasión parcial.

¿Cuáles son las recomendaciones a este sistema? Traspasar todas las administraciones del programa a una sola gerencia de división ya que actualmente está manejada por varias gerencias; desarrollar un sistema de información que permita el control de los diferentes convenios: tipo de convenios, tipo de afiliados, contribuciones, etcétera; desarrollar actividades de promoción de los convenios; uniformar al máximo el contenido de los convenios y establecer o aplicar los mecanismos de control mediante inspección, muestreos, etcétera.

El otro caso a revisar es el de Guatemala, acerca de la Extensión de la Cobertura del Primer Nivel de Atención de Salud a través de Alianzas con Administradoras y Prestadoras de Servicio. Aquí el problema era otro, ya que no había suficiente oferta para cubrir la demanda de servicios médicos. En 1995, 46% de la población no tenía acceso a los servicios de salud, la oferta pública de servicios de salud no era suficiente, una gran parte de la población excluida estaba fuera del área de influencia de los centros de salud. En 1996 se hizo una reforma al sector salud en Guatemala, de manera que tres años después, la cobertura se incrementó en 3.5 millones de habitantes, es decir, se había logrado incluir a 76.8% de la población que no estaba cubierta en 96. ¿Qué fue lo que se hizo? Se hizo una alianza con 78 Organizaciones No Gubernamentales (ONG), mediante 123 convenios. Estas 78 ONG funcionaban ya sea como administradoras, o bien, como prestadoras de servicios de salud. Se aprovechó, entonces, la infraestructura de servicios médicos participando, además, las cooperativas, municipalidades, el propio Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (IGSS), iglesias y otras

instituciones. Otro elemento muy importante en la estrategia ha sido la participación de la sociedad civil; la atención se presta incluso, en viviendas y en centros comunitarios a un costo muy bajo, que no pasa de 8.5 dólares *per cápita*.

Asimismo, se estableció un conjunto de medicamentos básicos, disponibles en forma gratuita en los centros de atención para todos, lo cual también tuvo un costo muy alto para el Estado; se dio un énfasis preventivo y no sólo curativo, de forma tal que casi 50% de los recursos se destinan a atención preventiva. Para todo esto, los recursos que el Ministerio de Salud tuvo que trasladar a las ONG fueron: en el 97: 21.6 millones de quetzales; en 98: 106.4 y en 99: 139.4.

Esto fue únicamente lo que se trasladó a ONG. Se puede observar el esfuerzo que hizo el gobierno por echar adelante este programa, y ¿por qué lo hizo? Porque fue un compromiso de los Acuerdos de Paz. El gobierno estaba comprometido, tuvo que hacerlo, y lo hizo bien. Desarrolló un sistema de información con objeto de llevar a cabo vigilancia epidemiológica y monitorear el desempeño del proceso de extensión de la cobertura del primer nivel para poder contar con elementos objetivos en la toma de decisiones.

Por último, los proyectos y acciones que *ort* está llevando a cabo en la región: en Honduras tenemos un proyecto, que se llama Extensión de la Cobertura de la Seguridad Social a los Pobres y Excluidos. Este proyecto está financiado por el gobierno de Holanda y pensamos que en su primera fase (que va a durar un año y medio, plazo que termina a fines de 2003) va a llegar a un plan de acción nacional para extender la cobertura en Honduras, no solamente en salud, sino también en pensiones; esto se va a dar a través de un gran diálogo nacional.

Dicho diálogo, sería un diálogo tripartita en donde estarían presentes representantes de trabajadores, de empleadores y del gobierno. De esta forma, el pueblo hondureño va a tomar la decisión de cuál va a ser la estrategia que van a adoptar para extender la cobertura de la Seguridad Social.

Otro proyecto se ubica en Haití donde hay dos ejercicios de microseguro que está manejando el programa global STEP. Uno de ellos es con un hospital y el otro, si mal no recuerdo, con una ONG.

No quiero concluir sin reiterar la reciente aprobación del Convenio de Seguridad y Salud en la Agricultura. Finalmente, en El Salvador se acaba de concluir una investigación de factibilidad de extensión de la cobertura hacia el sector informal a través de ONG.



TERCER DÍA  
DE PRESENTACIONES

---

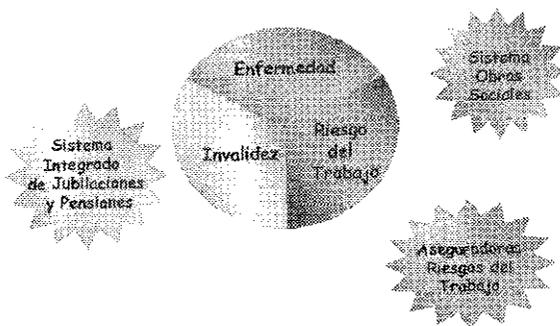
# El programa de asistencia familiar

*Dra. Gladis Beatriz Rocher \**

Quiero agradecer la invitación para participar en este *Seminario* porque me permite transmitirles mi experiencia en un tema que en Argentina consideramos muy importante: las Asignaciones Familiares. Mi ponencia consta de tres partes. En la primera voy a comentarles cómo funciona el sistema y cuáles son sus aspectos normativos; en la segunda, quiero mostrarles la reforma que estamos encarando de los procesos de otorgamiento de todas las prestaciones, incluidas las Asignaciones Familiares como un modelo para compartir con ustedes; y por último, voy a pasar un video institucional en donde es posible observar la problemática del trabajador rural y algunos de los operativos de pago de asignaciones en forma directa a los trabajadores rurales.

El mapa de la Seguridad Social argentina indica las contingencias que se cubren, entre las que se encuentran las cubiertas por las Asignaciones Familiares. Para los casos de origen patológico como la enfermedad, se cuenta con la Salud Pública y el Sistema de Obras Sociales. Para la cobertura a los accidentes o enfermedades provenientes del trabajo se cuenta con las Aseguradoras de Riesgo del Trabajo y para la invalidez, con el Sistema Integrado de Jubilaciones y Pensiones. (Gráfica 1)

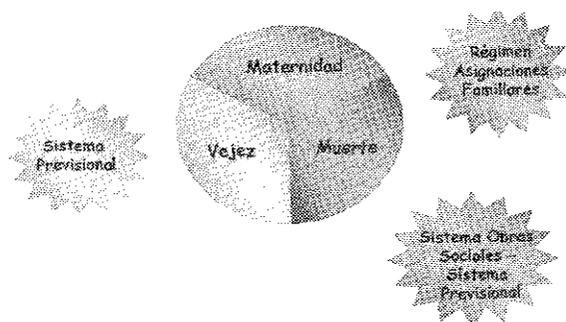
Gráfica 1  
**Mapa de Seguridad Social en la Argentina**  
*Contingencias Sociales de Origen Patológico*



\* Coordinadora del Área de Análisis, Interpretación de Leyes y Atención de Consultas de la Gerencia de Asignaciones Familiares de la Asociación Nacional de la Seguridad Social (ANSeS) de Argentina.

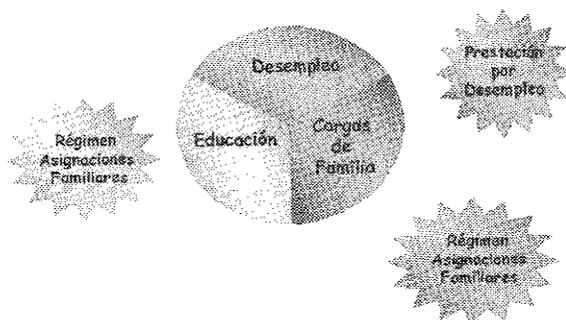
A partir de las contingencias de origen biológico, como la maternidad, empiezan a aparecer las Asignaciones Familiares en la cobertura. Más adelante se verá cómo funciona la cobertura de maternidad. Por lo que toca a la vejez, tenemos el Sistema Previsional, que está dentro del Sistema Integrado de Jubilaciones y Pensiones. En caso de muerte también existe cobertura asociada a través del Sistema de Obras Sociales por gastos de sepelio. (Gráfica 2)

Gráfica 2  
**Mapa de Seguridad Social en la Argentina**  
*Contingencias Sociales de Origen Biológico*



Debo añadir que el Sistema Previsional también se ocupa de los distintos tipos de pensiones. Por otro lado, para las contingencias de origen económico como el desempleo, se cuenta con la administración de una prestación por desempleo, considerando al grupo familiar o la carga familiar del trabajador, las Asignaciones Familiares (Gráfica 3)

Gráfica 3  
**Mapa de Seguridad Social en la Argentina**  
*Contingencias Sociales de Origen Económico*





una Asignación Familiar es descontada de esta contribución, con lo cual para el empleador resulta exactamente lo mismo tomar una persona con carga familiar o no, ya que su contribución al Estado siempre va a ser la misma.

Entonces, ésta es la forma regulada en la que aparecen las Asignaciones Familiares y su fin es dar protección a las familias en determinadas contingencias de la vida. ¿Cuáles son las que se están manejando en este momento? Antes de entrar en esta materia, es importante observar que las Asignaciones Familiares no forman parte del salario, es decir, no están sujetas a ningún aporte o contribución por parte del trabajador, sino que son una suma accesoría a la remuneración que percibe el trabajador. De esta manera se aspira a mantener un equilibrio entre el salario y la carga familiar, tomando en cuenta que un mismo salario para un grupo sin hijos no rinde igual que para quien tiene carga familiar, y esto se ha llevado a cabo para mantener una redistribución equitativa y transparente. (Cuadro 5)

Cuadro 5  
**Régimen de Asignaciones Familiares  
 para Trabajadores Rurales**  
*Objetivos de las Asignaciones Familiares*



Quiero comentar brevemente algunas de las características de las Asignaciones Familiares.

Su alcance es nacional, es un sistema de reparto, o sea redistribuimos los fondos que se recaudan con una garantía del Estado porque hay un monto que él mismo garantiza; aún no habiendo la recaudación suficiente, es obligatorio, ya que todos los empleadores deben efectuar el pago de las Asignaciones Familiares y el alcance es para trabajadores de la actividad privada y pública nacional. Dentro de la actividad privada obviamente, tenemos a los trabajadores rurales.

De igual manera, este beneficio alcanza a aquéllos que reciben una prestación dineraria por haber tenido un accidente de trabajo y también forma parte de la prestación por desempleo, o sea que los desempleados cobran la prestación por desempleo, más, si tienen carga familiar, las Asignaciones Familiares.

¿Cómo se financia todo esto? Se financia a través de una cotización del empleador. Repito que en este caso el trabajador no hace ningún aporte, es todo carga del empleador. Por su parte, existe también un sistema que se denomina No Contributivo ya que no hay ninguna cotización de por medio y cubre tanto a jubilados como a pensionados.

El Sistema No Contributivo tiene características distintas porque a los beneficiarios, jubilados y pensionados, se les da una asignación especial que es por cónyuge, aparte de la de hijo, con el fin de dar una prestación que sea acorde con las características del beneficiario. (Cuadro 6)

Cuadro 6  
**Régimen de Asignaciones Familiares**  
**Aplicable a Trabajadores Rurales**  
*Ley No. 24714-Esquema Normativo*

Alcance	Financiamiento
<ul style="list-style-type: none"> <li>♦ Nacional</li> <li>♦ Reparto</li> <li>♦ Obligatorio               <ul style="list-style-type: none"> <li>♦ Trabajadores de la Actividad Privada y Pública Nacional</li> <li>♦ Beneficiarias de Aseguradoras de Riesgos del Trabajo y de la Prestación por Desempleo</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>♦ Sistema Contributivo               <ul style="list-style-type: none"> <li>♦ Cotización del Empleador</li> </ul> </li> <li>♦ Sistema no Contributivo               <ul style="list-style-type: none"> <li>♦ Beneficiarias del Sistema Integrado de Jubilaciones y Pensiones: financiado por el Subsistema Previsional</li> </ul> </li> </ul>

¿Cuáles son los requisitos para acceder a las prestaciones? Esto es lo que innovó esta ley. Antes las Asignaciones Familiares se pagaban a todos los beneficiarios independientemente del monto de remuneración que ellos percibieran.

En el año 96, se genera un cambio que persigue una mejor redistribución a quienes menos tienen, con lo cual se generó un tope para percibir las asignaciones; un tope de remuneración que varía según la zona geográfica donde el trabajador se desempeña. Ahora bien, para percibir esta prestación tienen que estar trabajando; esto sí incide en los rurales temporarios. Es decir, ellos reciben esta prestación sólo cuando están efectivamente trabajando.

Por otro lado, existen algunas asignaciones sobre las que hay que cumplir periodos de carencia o antigüedad, después voy a comentar cuáles son. Ahora bien, aparte de innovar en el aspecto de la remuneración, esta nueva reglamentación generó rangos en los montos a percibir de las prestaciones, estableciendo que a menor remuneración mayor asignación. También se generaron valores diferenciales de asignaciones para determinadas zonas geográficas. Hay zonas del país muy marginales como son las del noroeste o el sur, en donde siempre se trató de fomentar la migración de familias. En estos casos hay valores diferenciales de asignaciones. (Cuadro 7)

Cuadro 7  
**Régimen de Asignaciones Familiares**  
**Aplicable a Trabajadores Rurales**  
*Ley No. 24714-Esquema Normativo*

Requisitos	Características
<ul style="list-style-type: none"> <li>✦ Percibir una remuneración inferior a \$ 1.500 ó \$ 1.800, según la zona geográfica</li> <li>✦ Efectiva prestación de servicios</li> <li>✦ Periodos de carencia o antigüedad para algunas prestaciones</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✦ Prestación dineraria</li> <li>✦ Escala de montos crecientes de acuerdo a la remuneración               <ul style="list-style-type: none"> <li>➢ Menor remuneración = Mayor asignación</li> </ul> </li> <li>✦ Valores diferenciales de las asignaciones para determinadas zonas geográficas</li> </ul>

A continuación comentaré las características de algunas de las prestaciones: las asignaciones de pago mensual, son las que el beneficiario, en la medida en que está trabajando, percibe todos los meses, y las recibe por cada hijo o hijo discapacitado, sólo por el hecho de mantener la relación padres e hijos. Los requisitos son mínimos: que los hijos sean menores de 18 años, que residan en el país y que sean solteros, de manera que pueda comprobarse que se encuentran a cargo de los padres. También se considera a aquéllos que están bajo guarda, tenencia o tutela. Aquí podemos apreciar lo que les explicaba respecto de los rangos: hasta 500 pesos de remuneración, son 40 pesos; de 501 a 1,000 son 30 pesos y de 1001 a 1500 son sólo 20.

Estos valores eran cantidades fuertes hasta diciembre del año pasado. Si se considera que en Argentina teníamos una relación de uno a uno con el dólar, por cada hijo, mensualmente, el trabajador recibía 40 dólares. Hoy, a esta hora, se está valorando en diez dólares y quizás haya que revisar de alguna manera estos valores en relación con la inflación y la devaluación que estamos sufriendo.

Retomando, hijo con discapacidad es una prestación casi igual a la anterior. La única diferencia que se hace es que esta prestación se recibe por el hijo con discapacidad pero sin límite de edad. Es conveniente destacar que esta asignación lo que trata es de fomentar que los padres rehabiliten a sus hijos, o sea, este valor es un valor importante también que percibe el trabajador y que tiene que servir para incorporar a la sociedad a esa persona, o bien, para la asistencia médica que necesite. (Cuadro 8)

Cuadro 8  
**Régimen de Asignaciones Familiares**  
**Aplicable a Trabajadores Rurales**  
*Ley No. 24714-Definición y Características de las Prestaciones*

Hijo	Hijo con Discapacidad
◊ Menor de 18 años	◊ Sin límite de edad
◊ Soltero	◊ Soltero
◊ Que resida en el país	◊ Que resida en el país
◊ Bajo Guarda, Tenencia o Tutela	◊ Bajo Guarda, Tenencia o Tutela
◊ Se aplica tope remuneratorio y rango.	◊ Sin tope remuneratorio y con rango:
~ Hasta \$ 500      ⇨ \$ 40	~ Hasta \$ 500      ⇨ \$ 160
~ \$ 501 a \$ 1.000      ⇨ \$ 30	~ \$ 501 a \$ 1.000      ⇨ \$ 120
~ \$ 1.001 a \$ 1.500      ⇨ \$ 20	~ Desde \$ 1.001      ⇨ \$ 80

De igual manera, existe otro tipo de asignaciones que se pagan por un tiempo determinado, como por ejemplo, Prenatal y Maternidad, las cuales están dirigidas especialmente a la mujer y a cubrir todos aquellos gastos provenientes del embarazo. Para estas asignaciones se tiene un plazo de carencia por lo que la persona debe presentar una antigüedad mínima en el empleo; no la pierde si ella tiene una continuidad y pasa de un empleador a otro, es decir, si venía trabajando con un empleador y decide cambiar, el nuevo, si ella está embarazada, tiene que reconocer la antigüedad del anterior. En el Prenatal, el hijo en gestación implica una suma igual a la de hijo nacido en Maternidad.

En lo que corresponde a Maternidad, ciertamente la mujer sufría discriminación por parte del empleador, ante el riesgo de emplear a una mujer que en determinado momento se pudiera embarazar. En un caso así, el Estado toma intervención para que el empleador no sienta ninguna carga respecto de tener que abonar remuneraciones. Según la ley laboral debe estar 90 días con prohibición legal de trabajar, así que esta es una asignación muy importante, es una cobertura muy fuerte para la mujer, por otra parte

no tiene ningún tope: consiste en pagar como asignación la remuneración bruta que ella venía percibiendo. (Cuadro 9)

Cuadro 9  
**Régimen de Asignaciones Familiares**  
**Aplicable a Trabajadores Rurales**  
*Ley No. 24714-Definición y Características de las Prestaciones*

**Prenatal y Maternidad**

- ◊ Tienen plazos de carencia o antigüedad ☉ 3 meses en el empleo
- ◊ **Prenatal:** una suma mensual igual a la asignación por hijo por cada mes de gestación
  - ◊ Se aplica tope remuneratorio y rango
- ◊ **Maternidad:** remuneración bruta que le hubiera correspondido percibir
  - ◊ Máximo 90 días
  - ◊ No se aplica tope remuneratorio

**Ayuda Escolar**

- ◊ Se abona por cada hijo e hijo con discapacidad
- ◊ Asignación anual al inicio del ciclo escolar para solventar los gastos del comienzo de clases
- ◊ \$ 130 por cada hijo

Tenemos otra asignación muy importante, la Ayuda Escolar, la cual está destinada a ayudar al grupo familiar en los gastos que implica el inicio de clases. Con esto, todos aquellos trabajadores que cobren asignación por hijo o hijo con discapacidad, van a cobrar al inicio del ciclo lectivo y para solventar los gastos del comienzo de clases 130 pesos por cada hijo. Obviamente hay una condición: que terminado el ciclo escolar se pruebe que el niño concurre a la escuela, porque la asignación está diseñada también para fomentar la inserción de los chicos en la educación.

Existen otras asignaciones que cubren determinados eventos especiales de la vida de la persona y constituyen un único pago. Están previstas para solventar los gastos que generan estos acontecimientos y también tienen periodos de carencia que cumplir. Estos eventos son: Nacimiento, 200 pesos y Adopción 1,200 pesos. En el caso de Matrimonio, también es una asignación que recibe cada uno de los cónyuges por el hecho de haberse casado; esta asignación tuvo efectos muy fuertes por los años 70, sobre todo en la zona rural en donde provocó que se formalizaran muchas familias, principalmente de trabajadores del campo. (Cuadro 10)

**Régimen de Asignaciones Familiares**  
**Aplicable a Trabajadores Rurales**  
*Ley No. 24714-Definición y Características de las Prestaciones*

Nacimiento y Adopción	Matrimonio
<ul style="list-style-type: none"> <li>◆ Tienen plazos de carencia o antigüedad ➤ 6 meses en el empleo</li> <li>◆ Se aplica tope remuneratorio               <ul style="list-style-type: none"> <li>➢ Nacimiento ➤ \$ 200</li> <li>➢ Adopción ➤ \$ 1.200</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆ Tienen plazos de carencia o antigüedad ➤ 6 meses en el empleo</li> <li>◆ Se aplica tope remuneratorio               <ul style="list-style-type: none"> <li>➢ Monto ➤ \$ 300</li> </ul> </li> <li>◆ Lo cobran los dos cónyuges</li> </ul>

Ahora quiero comentar cómo son los procedimientos del pago de Asignaciones Familiares. Como mencioné antes, el régimen data del año 53, tuvo la ley 18017 del 58 y después la ley 24714 del año 96. El pago, a fin de facilitar el acceso rápido por parte del trabajador, se realiza por el empleador; junto con el salario por cuenta y orden del Estado.

A los diez o cinco días, que es el tiempo que pasa entre el pago de las asignaciones y la obligación de contribuir el empleador, se descuentan los importes abonados por Asignaciones Familiares y producto de eso pueden darse dos situaciones: que la contribución patronal sea mayor a las Asignaciones Familiares, con lo cual él deposita la diferencia al sistema; pero si se da el caso contrario, es decir, que las contribuciones patronales sean menores a las Asignaciones Familiares solicita el reintegro al Estado.

Este sistema opera desde el año 53 y sigue operando actualmente, pero en determinadas áreas no funcionaba, particularmente en la actividad rural, por lo cual el Estado decidió en el año 72, a través de una ley, pagar en forma directa esas Asignaciones Familiares a través de distintos mecanismos. A partir de entonces, el empleador deposita la cotización íntegra y no tiene ninguna responsabilidad sobre el pago de las Asignaciones Familiares.

La problemática de la actividad rural era que el empleador no hacía efectivas las Asignaciones Familiares para trabajadores del campo o si las hacía efectivas, las absorbía junto con el salario en pos de todos los servicios, entre comillas, que les brindaba, como casa, comida, almacén o educación. Actualmente la composición del pago es: 77% de los casos (un millón 250 mil trabajadores), se maneja a través del Fondo Compensador y

23% (185 mil trabajadores) a través del Pago Directo. A esto le deberíamos sumar unas 250 mil personas de la actividad pública y unos 3 millones y medio de jubilados y pensionados.(Cuadros 11 y 12)

Cuadro 11  
**Procedimientos de Pago**

	Fondo Compensador	Pago Directo
<b>Vigencia</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>◊ Decreto N° 7913 1953</li> <li>◊ Decreto N° 7914 1953</li> <li>◊ Ley N° 18017 1958</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>◊ Ley N° 19722 1972</li> </ul>
<b>Definición</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>◊ Las Asignaciones Familiares son abonadas por el Empleador junto con el salario, por cuenta y orden del Estado</li> <li>◊ De la cotización (contribución patronal) que realiza al Empleador se descuentan los importes abonados resultando:               <ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>Contribución Patronal</i></li> <li>- <i>Movora a AAFP</i></li> <li>- <i>Deposito Diferencia</i></li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>◊ Las Asignaciones Familiares son abonadas por el Estado en forma directa al trabajador, a través de diversos mecanismos de pago (Bancas - Correo)</li> <li>◊ El Empleador deposita la cotización (contribución) completa al Sistema de Seguridad Social</li> <li>- <i>Movora a AAFP</i></li> <li>- <i>Solicitud Reintegro al Estado</i></li> </ul>

Cuadro 12  
**Procedimientos de Pago**

	Fondo Compensador	Pago Directo
<b>Ámbito de Aplicación</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>◊ Todas las actividades productivas</li> <li>◊ Todo el territorio nacional</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>◊ Sistema Optativo</li> <li>◊ De aplicación para algunas actividades y zonas geográficas</li> <li>◊ 1° Actividad Incorporada "Rural"</li> </ul>
<b>Composición del gasto</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>◊ 77%</li> <li>◊ \$ 1.440 millones</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>◊ 23%</li> <li>◊ \$ 430 millones</li> </ul>
<b>Beneficiarios cubiertos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>◊ 1.250.000 Trabajadores</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>◊ 185.000 Trabajadores</li> </ul>

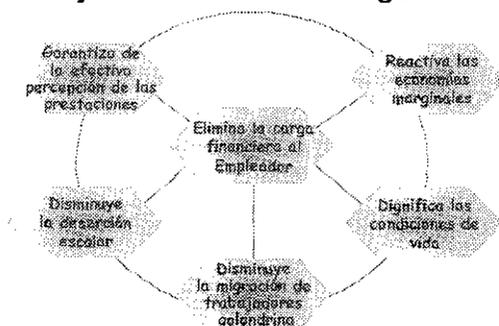
Ahora me voy a centrar en comentar cuáles fueron las ventajas del Pago Directo y por qué hoy estamos encarando una reingeniería dirigida a pagar todas las Asignaciones Familiares a través de este sistema. La primera de las ventajas comentada anteriormente, es que garantiza la efectiva percepción de las prestaciones eliminando la carga financiera para los

empleadores, pues dada la crisis económica por la que atraviesa mi país, las asignaciones se han transformado en una carga financiera, debido a que con los procesos inflacionarios, el empleador tiene que estar adelantando fondos.

También se ha visto como resultado del Pago Directo, la reactivación de ciertas economías marginales. Esta inyección de fondos por parte del Estado en determinadas zonas, ha generado mejoras en el consumo ya que entran fondos que no existían; otra de las ventajas del Pago Directo, es que produjo disminución de la deserción escolar y, en algunos casos, el asentamiento de grupos de trabajadores rurales migrantes, ante la posibilidad de esta percepción todos los meses.

Se puede concluir que las asignaciones familiares, en definitiva, contribuyen a dignificar las condiciones de vida del trabajador, principalmente en el caso de las zonas rurales más pobres, donde además, por el hecho de existir una alta carga familiar, en muchos casos, los trabajadores perciben más de Asignaciones Familiares que de salario.(Cuadro 13)

Cuadro 13  
**Ventajas del Sistema de Pago Directo**



Por todo lo anterior, es que se intenta la reingeniería de procesos, para poder llevar el Pago Directo de las Asignaciones Familiares a todos los beneficiarios, pero también encarada para el resto de las prestaciones o las prestaciones futuras que se quieran dar, pues, desde el análisis que se hizo hace un par de años, se consideró que era conveniente contar con una Base de Personas como el eje principal de datos para poder aplicar cualquier política que se requiera.

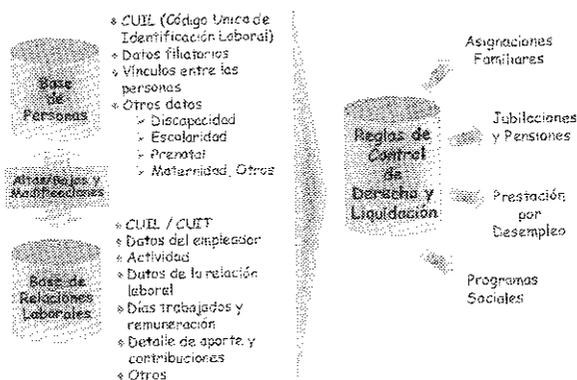
Comento ahora qué datos incluimos en esta base; son los que creemos indispensables para aplicar a las prestaciones, aunque evidentemente no se trata de una medida rígida, porque se puede adaptar a las necesidades cada país. Partimos de contar con un *Código Único de Identificación Laboral* (CUIL), que sea un número que identifique a la persona. El CUIL se integra con el documento de identidad, el sexo y la fecha de nacimiento. Esa es la clave principal para incorporar a las personas en esta base.

Asimismo, hay que incorporar los datos filiatorios. Debo observar que en esta base yo no me estoy refiriendo a los trabajadores, sino que me estoy refiriendo a todas los ciudadanos. En este momento, en esta base contamos con 34 millones de personas, todavía nos falta un poco para lograr el óptimo. Conocer a todas las personas es lo que permite después aplicar las políticas que se necesiten.

Decía entonces, que en esta base se incluyen el CUIL, el domicilio, fecha de nacimiento, lugar de nacimiento, número de acta, folio y tomo del registro civil, de manera que la información tenga sustento. En otro punto manejamos el vínculo entre las personas, porque las personas no pueden considerarse aisladas, tienen que estar armadas como grupo familiar y debemos mantener en ese sentido su historia. Por ejemplo, hoy fulano está casado; mañana está separado; después fallecido; tiene hijos; tiene hijos bajo guarda o adoptados, y otros datos que nos son de interés.

También se pueden obtener datos sobre si es discapacitado o no, el nivel educativo; queremos registrar la situación de Prenatal o de Maternidad. (Cuadro 14)

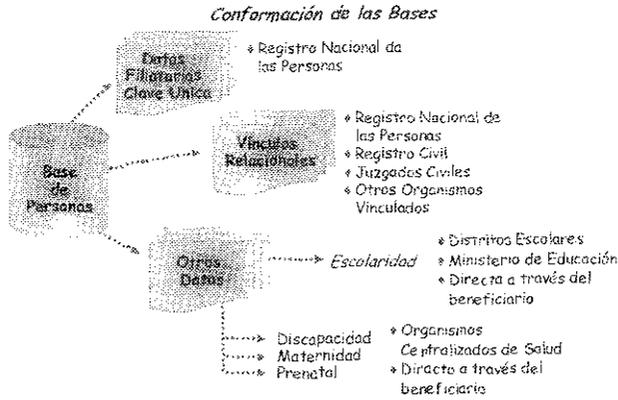
Cuadro 14  
Esquema Técnico General



En conjunción con esto está la Base de Relaciones Laborales, en donde ya nos estamos centrando en lo que nos permite manejar prestaciones que tengan que ver con el trabajo, por tanto, acá, tenemos dos claves, la del trabajador que es el CUIL y el CUIT, que es el *Código Único de Identificación Tributaria*, el cual se asigna al empleador cuando se registra ante el fisco.

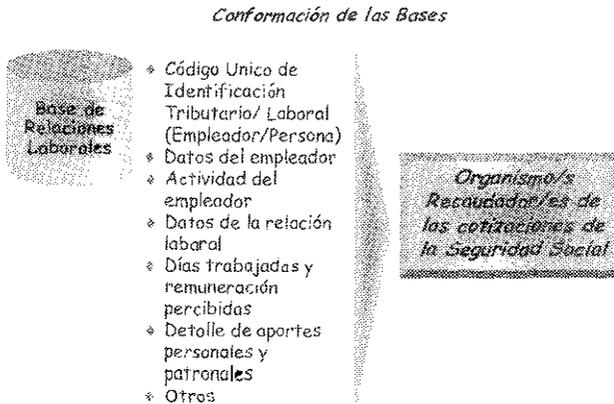
Esta base la cargamos con los datos del empleador, la actividad, la relación laboral, los días que trabaja, la remuneración, los aportes y contribuciones, y toda aquella información que nos sea de interés respecto de la relación laboral. (Cuadro 15)

Cuadro 15  
**Esquema Técnico General**  
*Conformación de las Bases*



Así, a partir de ambas bases se construyen las reglas de control de derecho y liquidación. ¿Qué queremos decir con esto? Quedó visto en cada caso, los distintos requisitos de cada prestación. Bueno, pues esto es como el corazoncito de cada una de éstas, que partiendo de la persona y si es una prestación que tiene que ver con la relación laboral, aplico las reglas de la prestación y determino si tiene derecho o no tiene derecho a la misma. (Cuadro 15)

Cuadro 16  
**Esquema Técnico General**  
*Conformación de las Bases*



Finalmente, sólo quiero comentar cómo construimos nuestras bases. Para los datos filiatorios tomamos información del Registro Nacional de las Personas; para los vínculos, también de los registros y los juzgados; para la escolaridad y la educación, de las escuelas y de los centros de salud. Por lo que toca a las relaciones laborales tenemos un esquema a través de la Administración Federal de Ingresos Públicos en donde el empleador, todos los meses a través de un aplicativo, presenta todos estos datos por cada trabajador, y los datos se transmiten y se reflejan en esta base, así que el organismo recaudador de todas estas cotizaciones es quien nos provee de toda esta información.

Las reglas del negocio que persiguen determinar en forma unívoca el derecho a la prestación, parten de los requisitos de cada una de ellas con base en la relación laboral, pero queremos bases sólidas que permitan el otorgamiento acorde, de distintas prestaciones con las políticas socioeconómicas; queremos generar reglas de derecho parametrizadas, a fin de que cualquier cambio en esas reglas pueda ser en forma inmediata y no afecte el proceso; queremos que este mecanismo propicie la eficiencia, la equidad y la justicia, ya que aspira a la uniformidad y transparencia en la determinación de derechos, permitiendo una justa e igualitaria distribución de los recursos del Estado.

Para alcanzar estos objetivos se requieren pautas que resulten aplicables a cualquier esquema de distribución, es decir, la existencia de bases de datos como la Base de Personas, con toda su información, va a permitir aplicar cualquier política a cualquier actividad productiva que se quiera fomentar, beneficiar o proteger. Muchas gracias.

# La Seguridad Social en el campo: la experiencia de las trabajadoras eventuales de la banana

*Dr. Luis Salvatierra Tello\**

Reitero el agradecimiento por habernos invitado a mi familia y a mí. Voy a pasar a nuestra presentación. Panamá es una república de tradición bananera en donde, desde hace muchos años, se estableció la plantación del oligopolio de la actividad: la transnacional *United Fruit Company*, en las regiones fronterizas de Changuinola y Puerto Armuelles.

Dichas empresas han desarrollado actividades dirigidas a la producción y cultivo del banano; en este ramo, además de hombres trabajando, definitivamente también se encuentra la representación femenina, con toda la desventaja que en estas regiones significa la presencia de la mujer en el trabajo: salarios más bajos que los de los hombres y exposición a riesgos mayores.

Los antecedentes jurídicos de la protección de la salud de los trabajadores en Panamá, se remontan a 1903, pero fue hasta con la ley 6 de 1914, que se establecen de una manera superficial, las condiciones de trabajo que deben regir en los ambientes de las empresas. Luego hay una serie de leyes que van pasando con el transcurrir de los años, hasta llegar a la Constitución de 1941, donde se subraya una protección especial del trabajo referido a las inspecciones del ambiente laboral y desde el punto de vista de la salud pública. Finalmente, en la Constitución del 46, se eleva la Seguridad Social a nivel del Estado.

Posteriormente, siguen haciéndose algunas modificaciones y de nuevo en la revisión constitucional de 1992, se mantiene la elevación de la Seguridad Social en el trabajo a nivel del Estado; se crea una serie de instituciones que tienen la responsabilidad de la atención de la salud de los trabajadores —tal es el caso del Ministerio de Salud, el Ministerio del Trabajo y la Caja de Seguro Social (css) que ya existía— y se instituye el decreto número 68 de 1970, que centraliza la cobertura de la atención de los riesgos profesionales en la css.

Lo anterior significa que la atención de la salud del trabajador en lo que respecta a los riesgos inherentes a las actividades laborales y la provisión

---

*\* Jefe de la Coordinación Nacional de Seguridad, Salud en el Trabajo y el Ambiente. Caja de Seguro Social de Panamá.*

de la misma, se centralizó de manera obligatoria, en la Caja de Seguro Social y a partir de ahí, todas las empresas por ley, tendrían la obligación de declarar a sus trabajadores en la Caja para su aseguramiento.

Sin embargo, entre los años 90 a 94, se generan en Panamá, unos textos legales que terminan por desmejorar las condiciones de trabajo e incluso inhiben algunos convenios colectivos que ya se habían establecido de mutuo acuerdo entre los grupos sindicales de los trabajadores y las empresas en donde ellos laboraban; esta época registra un notable deterioro de la atención de los riesgos profesionales en lo que a convenios colectivos se refiere entre las empresas y los trabajadores.

Este deterioro se sigue acentuando con los modelos de flexibilización de las relaciones laborales en el año de 1995. El código de trabajo que establecía que el Estado era un elemento regulador entre el capital y el trabajo, es modificado, colocando a los trabajadores ahora, en desventaja respecto de los beneficios y los derechos que hasta el momento se habían adquirido. Dicha flexibilización se basaba en todos estos cambios que se estaban dando a nivel mundial y trataba de justificarse con el argumento de que era el modo para crear mayor empleo-humanidad.

No obstante, los resultados han sido adversos y la creación de empleo no ha resultado lo que se había calculado en principio. Entre los años 1999 y 2000, se crea el Comité Técnico Interinstitucional, el cual era una vieja aspiración y un viejo compromiso de la República de Panamá con sus representaciones, como el Ministerio de Salud, el de Trabajo y la Caja del Seguro Social, que tienen la obligación de la atención de la salud de los trabajadores.

Ya otros acuerdos, a los cuales patrocinaba la Organización Panamericana de la Salud (ops), establecían que los países centroamericanos habían adquirido el compromiso de generar una serie de legislaciones que aglutinara de manera comprometida la atención y definiera cuál era el papel de cada institución en el país.

Se hizo toda una propuesta jurídica, pero no fructificó porque en la Asamblea Legislativa no llegó a prosperar; sin embargo, entre los años 99 y 2001, a través del Ministerio del Trabajo se crea un decreto ejecutivo firmado por el ministro del trabajo y el presidente, donde se instituye el Comité Técnico Interinstitucional, que aglutina la representación de la Caja de Seguro Social, el Ministerio de Salud, el Ministerio del Trabajo, el Ministerio de Comercio, y el Ministerio de Desarrollo Agropecuario; lo que además tiene que ver con el control de los agroquímicos en la producción de alimento.

No obstante, a pesar del esfuerzo, debido a que este Comité Técnico Interinstitucional padeció de unas ausencias notables, tales como la representación de la patronal y la representación de los trabajadores e incluso de algunos otros organismos que tienen mucho qué opinar y mucho qué

decir en lo que a las relaciones laborales se refiere (sobre todo las Organizaciones No Gubernamentales (ONG) y las universidades nacionales), no se logró subsanar el incumplimiento de los compromisos que se habían adquirido con la OPS desde los años 90.

Ahora bien, el modelo vigente que en Panamá se tiene de los riesgos profesionales ante la cobertura obligatoria en la Caja de Seguro Social, está dirigido fundamentalmente a la reparación del daño y a la compensación económica. La reparación del daño fundamentalmente identifica el accidente del trabajo y las patologías específicas como es el caso de las enfermedades profesionales, que representa en el país un subregistro de aproximadamente 80%.

¿Qué significa esto? Que otros programas están pagando los costos de los daños a la salud del trabajador, los cuales deberían ser cubiertos por los riesgos profesionales. Entonces esto no se identifica como un diagnóstico adecuado que trata de una patología por enfermedad profesional y es pagada entonces, por el Programa de Enfermedad y Maternidad. Lo anterior está creando una situación deficitaria.

Lógicamente, sucede lo mismo con el Programa de Invalidez, Vejez y Muerte. El otro aspecto que cubren los riesgos profesionales, es el de la compensación económica, las incapacidades definitivas y la invalidez. Todo se queda ahí, no había — y digo no había, porque ya hay una propuesta actual de modificar esto— una dirección para buscar la reinserción laboral de ese trabajador que aún es productivo.

En muchas ocasiones, cuando se califica un daño a un trabajador y se le indica que su daño está dentro de la reglamentación equivalente a 40%, es decir, 40% de 60% de su salario, le estamos creando un problema de tipo económico porque este hombre, este trabajador, este productor, no va a ser capaz de sostener a su familia ni de sobrevivir, con los recursos que esa propuesta le ha asignado.

Es por eso que en el proyecto actual de la Caja de Seguro Social, se busca precisamente la rehabilitación adecuada, la reeducación del trabajador y la reubicación de este trabajador que aún es productivo, ya que la CSS en Panamá ha entendido con claridad que el camino de la compensación económica por invalidez va a llevar a la institución definitivamente a la quiebra.

Por otro lado, la cobertura poblacional en cuanto a aseguramiento en general y entre los años 98 al 2000 en la población económicamente activa, ha ido ligeramente en aumento. Como puede verse, en la actualidad, 60% de la población goza de cobertura de Seguridad Social en Panamá, cuando en 1998 era de 54.4% y en 1999 de 58.7%.

Ahora bien, los porcentajes de atención por actividades económicas arrojan que en agricultura cotizaban, en 1999, 38,212 trabajadores, pues de hecho, Panamá tiene como actividad fundamental la del comercio y la de

servicios y ahí es donde se concentra la mayoría de los asegurados; tenemos en tercer lugar la manufactura y otro rubro también bastante fuerte, es el de la construcción, sin embargo, en el área de la agricultura es donde el aseguramiento de los trabajadores es escaso y la mayoría de la atención que se da, salvo en las áreas bananeras, se da por parte del Ministerio de Salud que es el que atiende a los no asegurados, a pesar de que se trata de trabajadores que están en grandes riesgos y que son fundamentalmente productores.

Por lo que se refiere a la participación de la cobertura del programa de riesgos profesionales por sectores económicos, es posible observar que el sector primario tiene una representación de 5.7%; el sector secundario de 18.2% y el sector terciario de 76.1%. Realmente ahí es donde está la fuerza laboral de Panamá; con base en esto podemos decir que la clasificación de las empresas se da por la aplicación de dos criterios para la determinación los riesgos.

Estos criterios son la clase y el grado de riesgo de las empresas. En la clase se describe la mayor o menor peligrosidad a que están expuestos los trabajadores y en el grado de riesgo, que es la medida de prevención, de seguridad e higiene en el trabajo, se clasifica a las empresas con la clase uno, si su actividad implica riesgos ordinarios de vida; en la clase dos, si hablamos de riesgos de baja densidad; en la clase tres se manejan los riesgos de mediana densidad; los riesgos de la clase cuatro ya son de alta densidad y los de la cinco son riesgos de máxima densidad.

A pesar de esta clasificación nos encontramos a veces en la Caja de Seguro Social, empresas que tienen dentro de su componente presencia masiva de factores de riesgo y que se encuentran a lo mejor pagando como si se trataran de empresa de clase de riesgos ordinarios. Todas estas situaciones son precisamente las que se está tratando de corregir en la propuesta actual de la Caja de Seguro Social.

En cuanto a los grados de riesgo de la clase uno, oscilan dentro de un grado mínimo que va de seis a diez; en la clase dos entre nueve a 19; en la clase tres de 17 a 43; en la clase cuatro de 37 a 67 y en la clase cinco de 62 a 100 como una calificación promedio.

Por lo que toca a la mortalidad específica según la actividad económica, vemos que en el área de los agricultores y ganaderos, durante 1998, la mortalidad estaba en 2.7 aunque registró un aumento en el 91, a 3.2 y a 3.1 en 1992. Ahora se mantiene en 2.9, a pesar de que incluye la menor concentración de asegurados, pero mantiene una elevada tasa de mortalidad porque los riesgos a que se están enfrentando definitivamente son de elevada complejidad.

Si se calcula el impacto económico de estos riesgos profesionales, en 1999 incidían en la economía nacional, siguiendo el método BIRD, con

39.9 a 665 millones de balboas y en el 2000, con 42.9 a 715 millones de balboas y va en aumento. Siguiendo el patrón de la Organización Mundial de la Salud y de la OIT, lo que representa para la economía nacional este impacto al día es 20% del Producto Interno Bruto en el 99, dato que podríamos establecer entre 718 millones y 1,430 millones de balboas, así como para el 2000, entre 730 a 1,430 millones de balboas. Como se puede observar, son cifras altísimas que el país lógicamente no puede seguir enfrentado porque su economía se ve definitivamente lesionada.

Pasemos ahora a la identificación de los daños de la salud de la mujer en el área bananera. Es muy difícil encontrar ahora estadísticas que específicamente se refieran al daño de la mujer en el área bananera, sin embargo podemos identificarlas con claridad: a ella es a la que se le asignan tal vez los trabajos menos remunerados por lo cual sigue habiendo discriminación, incluso trabajos sin la debida protección, que por la presión económica se ven en la obligación de asumirlos, porque la presión en esta área definitivamente es intensa, sobre todo para cubrir la canasta básica fundamental de una familia.

El uso de plaguicidas y su efectos nocivos sobre la flora, la fauna, los ríos y las fuentes de agua, también inciden sobre la salud de la mujer, porque ella de alguna manera es la custodia de las actividades laborales y se relaciona en su casa con toda esta serie de elementos que la rodean; la presencia de los desechos sólidos, las bolsas de poliuretano que fueron impregnadas siguen siendo abiertas en los hogares, con un salario adicional para que las abran las esposas de los trabajadores y los niños. Conversando con unas educadoras, me decían que en épocas atrás, para que ganaran algún dinero adicional, se le permitía este tipo de trabajo a los niños en las escuelas.

Todas estas cosas definitivamente revelan el uso excesivo de plaguicidas pues aunque Panamá no es un país agricultor, ocupa los primeros lugares en el uso de estas sustancias en las actividades de la agricultura. Solamente 13% del subsuelo nacional es utilizado en el cultivo del campo y, sin embargo, ocupa los primeros lugares en el uso de agroquímicos. ¿Qué significa esto? Que el uso es masivo y desmedido; que se usa sin ningún tipo de freno y sin ningún tipo de control.

Ciertamente, algunas legislaciones se están modificando, porque se permitía el uso indiscriminado de algunos plaguicidas que están prohibidos en los países que lo producen. Esto representa una violación a los derechos de los trabajadores entre los que se encuentran además de la minoría indígena panameña, los trabajadores indocumentados que a veces se ven obligados a aceptar salarios considerablemente disminuidos y elevados riesgos, sean tanto mujeres como hombres en este caso.

Decía antes que el desempleo de la región obliga a los trabajadores y específicamente a las trabajadoras a aceptar empleos derivados de la

gran presión económica social que se ejerce en esta área, en consecuencia aumentan los saldos negativos del trabajo, lo cual no ha sido observado solamente en el área de la bananera, sino también en el área de la explotación minera.

Asimismo, la drogadicción surge paralela al aparente crecimiento económico de una región; también el alcoholismo, la prostitución, el abuso sexual y la desintegración familiar, entre otras cosas, así como la violencia contra la mujer, los crímenes y la tendencia a la emigración son cosas que están presentes en nuestro país.

Voy a abordar ahora el aspecto de la Seguridad Social y las condiciones de higiene laboral. Como es sabido, la actividad bananera es una actividad fundamentalmente manual en la cual los trabajadores y las trabajadoras realizan más o menos trescientos tipos de labores diferentes, dentro de los que, paralelamente a la actividad del hombre, se encuentra a la mujer, sólo que, como mencioné antes, con un salario disminuido y con más compromisos, porque además de las labores que tiene que realizar en las actividades de la empresa, va al hogar a desempeñar las labores propias de la casa, con lo cual su calidad de vida se ve aún más alterada.

Un estudio de la Facultad de Medicina de la Escuela de Salud Pública en Panamá, arrojó que la sobrevivencia de las personas después de la jubilación ubicaba en primer lugar a la mujer gerente, después estaba la profesional; en tercer lugar el hombre gerente, en cuarto lugar el hombre profesional, pero en el último lugar de la escala estaba la mujer obrera. Es decir, la mujer obrera es la que menos tiempo de sobrevivencia registra después de su etapa de jubilación, entre otras cosas, porque todas las actividades que realiza el hombre, las va a hacer también la mujer pero sumadas a las del hogar.

Por lo tanto, sobre todo en la etapa del desmane, en el lavado y en el empaque, así como en las labores de cultivo del banano (deshoja, poda), aplicación de plaguicidas y abonos, chapea con machete, labores de drenaje con pala, entre otras, la mujer se encuentra presente exponiéndose a la presencia de los agroquímicos y la accidentalidad por herida y por corte.

No obstante, los efectos en el sistema reproductor de la mujer trabajadora no se han investigado a profundidad en Panamá. Yo creo que en la generalidad de los países, hay algunos estudios sobre todo en varones, acerca del efecto del hidromonocloropropano, en Panamá, por ejemplo, hay una treintena de trabajadores que fueron identificados con su efecto negativo de infertilidad. A la mujer no se le han hecho estudios, pero hay enormes manifestaciones de efectos sobre el producto en caso de embarazo, que podrían estar indicando que algo está pasando con la gran cantidad de sustancias químicas en el área bananera, que se usan de manera indiscriminada siendo que están prohibidas en muchos países.

Ya mencioné que las trabajadoras se accidentan frecuentemente pues se ven obligadas a trabajar de pie. Todos sabemos que las presiones abdominales existen por estar de pie; aún estando en una posición erecta recta, es de más o menos 50 kilos la presión, pero apenas se va inclinando la espalda, se van aumentando esos kilos de presión. En cuanto al lavado, el secado y la facturación del banano, igualmente se hace de pie y, en consecuencia, aparecen lumbalgias, que son calificadas como lumbalgias comunes, cuando realmente se tratan de lumbalgias ocupacionales o fracturas.

Los cortes o heridas con las herramientas para laborar son de las manifestaciones más frecuentes de accidentes de trabajo, así como las enfermedades profesionales que sabemos propias de la zona: alergias pulmonares e incluso padecimientos cancerígenos, derivados del contacto permanente con el medio ambiente contaminado, aunque como hemos visto, pasan con mucha frecuencia subregistradas y esto es así porque el sistema de calificación médica del país, todavía tiene muy pocos recursos médicos en la atención ocupacional o en la medicina del trabajo, entonces el médico especialista en otra especialidad o en medicina general, clasifica la patología que enfrenta como patología común y eso es la causa fundamental del subregistro.

Paradójicamente el trabajo, en ocasiones, es mucho más remunerado para las mujeres, sobre todo cuando es un trabajo ocasional, el cual a veces resulta demasiado pesado por la duplicación de turno, con lo que aumenta el gasto y desmejora la calidad de vida de la mujer en el área bananera.

Sin embargo, es un hecho que, en general, hay diferenciación salarial entre hombres y mujeres en las plantaciones bananeras; normalmente el varón suele ganar más que la mujer que trabaja, pero tengo que decir que, el aseguramiento en estas áreas, como es de tipo obligatorio, sí se asigna a las trabajadoras eventuales aunque con un tiempo limitado porque existen ahora, con lo de la flexibilización, los períodos de prueba, mismos que al transcurrir provocan la despedida de ese o esa trabajadora.

Finalmente, quisimos traer algunas imágenes como las últimas muestras de las manifestaciones en el sector bananero obrero en su lucha reivindicatoria con respecto de la mejora salarial y mejora de las condiciones laborales.

# El Seguro Social Campesino de Ecuador: la materialización de la solidaridad

*Dr. Pedro Isaac Barreiro\**

Debo manifestar mi agradecimiento por esta invitación y, adicionalmente a ello, hacerles conocer a ustedes, que mi vinculación con el pueblo mexicano data de aproximadamente 20 años atrás, cuando aquí pude concluir mi formación profesional, es decir, con el pueblo, con la nación mexicana, me unen lazos que a medida que envejezco me doy cuenta que son indestructibles.

Yo vengo a hablarles del Seguro Social Campesino que, a juicio de quienes trabajamos en él, es la materialización de un sueño. En el transcurso de estos tres días, he escuchado los esfuerzos que muchos de nuestros países están haciendo para incorporar a su población habitualmente marginada, a los beneficios de la Seguridad Social y de esa población habitualmente marginada, específicamente a los trabajadores del campo.

Nuestros países comparten una realidad que va más allá de las cifras estadísticas; una identidad que nos transforma en una verdadera comunidad latinoamericana. Los campesinos ecuatorianos son muy parecidos a los mexicanos, a los guatemaltecos, a los peruanos, a los bolivianos, y por tanto, de manera lógica y como la epidemiología lo demuestra, padecen enfermedades y daños a la salud que son comunes y que a pesar de estar detectado el agente causal o los múltiples agentes causales, hasta este momento, no pueden ser erradicados de nuestros países.

Voy a intentar ubicarlos a ustedes en el contexto en el que se desarrolla el Seguro Social Campesino. Ecuador debe ser uno de los países más pequeñitos de América Latina; tenemos una población total de 12 millones y medio de habitantes y la población rural es de 45.7%, la cual progresivamente va ocupando un porcentaje menor. No obstante, somos el país más densamente poblado de América Latina; tenemos 45 habitantes por kilómetro cuadrado cuando la región tiene un promedio de 20 habitantes por kilómetro cuadrado. Asimismo, somos una población analfabeta en 11.5% y para transformarla en términos positivos, 89.5% se supone que sabe leer y escribir, esto desde la perspectiva oficial.

Por otra parte, la esperanza de vida al nacer está un año por encima del promedio de la región que es de 70 años y nuestro Producto Interno

---

\* *Director del Seguro Social Campesino de Ecuador.*

Bruto para el 2001 fue de 17,982 millones de dólares. En cuanto a la moneda ecuatoriana, debo hacer hincapié en que hace dos años y cuatro meses perdimos nuestra moneda, era el sucre, y adoptamos como moneda nacional el dólar norteamericano. Los trastornos en cuanto a procesos sociales, en cuanto a procesos de identidad nacional que este cambio de moneda ocasionó, desafortunadamente no han podido ser superados por la aparente estabilidad económica y por la tranquilidad que nace de la posibilidad de que por lo menos, esta moneda no la podemos devaluar.

Tenemos una tasa de mortalidad infantil que está por debajo de la tasa de mortalidad promedio de la región, es decir, de 30 muertes por cada mil nacidos vivos. Este es un panorama general del Ecuador.

Antes de pasar al siguiente punto, quiero informarles que la construcción de este sueño que es el Seguro Social Campesino, a nosotros como ecuatorianos nos ha tomado 67 años, pues empezó a gestarse en la mente de los mandatarios en el año 1935 y fue como contraparte, como una reacción nacional frente a la creación del Seguro General Obligatorio que respondía a un modelo importado de la Europa de Bismark, es decir, una protección para el trabajador asalariado; una protección que inicialmente y hasta ahora en muchos sistemas de Seguridad Social, se mantiene como individual y que vincula la protección con la relación laboral.

Adicionalmente estos seguros en su inicio, no digo que pecaron, pero sí respondieron a las fuerzas políticas de presión eminentemente urbanas que estaban concentradas en las ciudades de nuestro continente, por tanto el inicio del seguro social en el Ecuador respondía al modelo bismarkiano: un seguro individual con la vinculación obrero-patronal y adicionalmente urbano. Nunca se pensó en los campesinos; esa es otra cosa que nos une. Sin embargo, en 1935 —no sé si circunstancialmente, aunque parecería que los hechos históricos no son circunstanciales— se dijo que había que proteger de alguna manera a los campesinos y empezó a gestarse el seguro campesino a través de la acumulación de capital.

Este fondo nació con la emisión de un timbre postal de cinco centavos de sucre, lo que hoy equivale aproximadamente a un diezmilésimo de dólar. Dicho timbre postal se utilizó durante mucho tiempo y tuvieron que transcurrir más de 30 años, para que, finalmente, el dinero acumulado permitiera, de alguna manera, ensayar la extensión de la Seguridad Social en el campo. Es así como, en 1968, arranca el Seguro Social Campesino en el Ecuador.

Voy a hablar del marco legal sin mucho desglose para no confundir. De acuerdo con la Ley de Seguridad Social en el Ecuador, el único prestador de servicios de Seguridad Social es el Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS). Esto fue muy cuestionado por todos los países de la América del Sur, que ya habían iniciado sus procesos de reforma desde 20 años atrás, pues Ecuador, por lo menos en América del Sur, fue el último país en implantar un proceso de reforma al que se le pueda llamar tal.

Así, el Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social que nació en 1928, tiene cuatro unidades básicas de atención, una de las cuales es el Seguro Social Campesino. Los tres seguros iniciales, de Salud Individual y Familiar, de Riesgos de Trabajo y de Vejez, Invalidez y Muerte, corresponden a lo que tradicionalmente en nuestros países es el Seguro General Obligatorio para el trabajador con relación de dependencia.

Ahora bien, como ya comenté, en 1935, se gestaron las bases conceptuales del Seguro Social Campesino y en 1968 se inició como un plan piloto, un ensayo. De suerte que, en 1968 nos corresponde a nosotros el honor de ser el primer país en el mundo, que inicia un sistema de Seguridad Social para trabajadores del campo sin relación de dependencia laboral. En ese momento nosotros incorporamos a 611 familias campesinas, a ver qué pasaba.

Teníamos prestaciones básicas que pretendían atender y resolver los problemas más apremiantes de la población; no necesitábamos de excesivos estudios para saber que lo que a la gente le interesa es tratar de mantenerse sana. El plan piloto del seguro campesino echó raíces en el país y, en 1981, 13 años más tarde, el Congreso Nacional expidió la Ley de Extensión del Seguro Social Campesino que fijaba recursos definitivos para que este programa de extensión de la Seguridad Social pudiera consolidarse.

Finalmente, los tres últimos años han constituido una ratificación de lo que yo les he manifestado como un sueño: en 1998, el Estado ecuatoriano declara al Seguro Social Campesino, como una política de Estado a través de una reforma constitucional que incorporó definitivamente, y esperamos que de manera irreversible, a los campesinos a la Seguridad Social. Así, dentro del proceso de reforma emprendido por todos nuestros países en 2001, en noviembre, se expidió la Nueva Ley de Seguridad Social.

Pero, ¿cuál es la misión del Seguro Social Campesino? Es extender la protección del Sistema Nacional de Seguridad Social a los trabajadores de pesca y del área rural del Ecuador, a través de prestaciones destinadas a cubrir los riesgos de enfermedad, maternidad, invalidez, discapacidad, vejez y muerte; así como coadyuvar al mejoramiento de su nivel de vida, propiciando su desarrollo y fortaleciendo sus procesos organizativos internos, dentro de un marco de respeto hacia los valores y patrones culturales sobre los que se fundamenta la población campesina.

Detengámonos un momento aquí porque esto es muy importante. El seguro campesino a juicio de quienes estamos frente a él y de quienes hemos trabajado para él toda la vida, no puede tener ningún éxito y hace tiempo que hubiera desaparecido, si no tuviera vínculos permanentes, sólidos y transparentes con la organización campesina. El seguro campesino no hubiera podido sobrevivir si, simultáneamente, no hubiera existido un proceso de maduración de la organización campesina como mecanismo

para la materialización del derecho de todos los seres humanos como tales y como miembros de una sociedad organizada.

Este seguro campesino no puede tener y de hecho, es muy difícil que tenga, toda la gama de prestaciones que brinda el Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social a sus trabajadores afiliados obligatorios, pero son cuatro sus prestaciones básicas: una prestación de salud, que es para todos los miembros de la familia. Cuando hablo de la familia hago hincapié en que también nuestro seguro campesino fue el primer seguro familiar, porque partíamos de la premisa y de la aseveración común de que la familia es el núcleo de la sociedad. Sin embargo, cuando existía inicialmente la protección de los individuos, siempre se olvidó a la familia.

El seguro campesino, entonces, arrancó como un seguro familiar, la prestación de salud por tanto, es para todos los miembros de esa familia y hay otras prestaciones que se destinan exclusivamente al jefe de la familia, es decir, el tener acceso a pensiones por vejez y por invalidez, no son extensivas a todo el grupo familiar, sino exclusivamente al jefe de la familia. Es necesario destacar que no hacemos discriminación de género tan de moda en nuestros días, y que nuestro concepto al respecto no se limita a hablar de los ciudadanos y ciudadanas, lo cual a mi juicio no ha contribuido en absoluto, a mejorar la condición de discriminación genérica que existe en nuestros países.

Con lo anterior quiero decir que muchos de los jefes de familia campesinos son mujeres y como tales tienen acceso a las prestaciones que la ley establece, pero para esta protección nosotros desde el comienzo, hemos tenido problemas al identificar quién es sujeto de afiliación y quiénes son los miembros de una población que puedan protegerse por el seguro campesino.

Es así como, a través de la evolución de nuestro programa, se ha llegado a identificar que el sujeto de afiliación al seguro campesino son trabajadores que se dedican a la pesca artesanal y los habitantes rurales que laboran en el campo por cuenta propia o de la comunidad a la que pertenecen; que no reciben remuneraciones de un empleado público o privado y tampoco contratan a personas extrañas a la comunidad o a terceros para que realicen actividades económicas bajo su dependencia.

Todo esto tiene una razón de ser porque en todas las exposiciones anteriores que he escuchado, se ha estado hablando de trabajadores en el campo con dependencia patronal, dependencia patronal precaria, dependencia patronal no siempre declarada, dependencia patronal un poco subterránea. Parece que subsistiera como un acuerdo entre el patrón que no cumple y el trabajador que deja que su patrón no le cumpla, a pesar de la existencia del marco legal que obligaría al patrón a proteger a sus trabajadores.

En el Seguro Social Campesino del Ecuador los empleadores tienen la obligación de afiliar, de proteger a todos sus dependientes laborales, y por tanto no es ésta la población que está en peores condiciones porque de alguna manera, los mecanismos de control del seguro social ecuatoriano, si bien es cierto que no detectan al ciento por ciento de empleadores, el porcentaje que cumple con sus obligaciones patronales, resulta muy alto.

Cieramente el seguro campesino nació, entre otras razones, para tratar de dotar a la población del campo, de aquellos servicios que tienen los habitantes de los centros urbanos de nuestros países. Sin embargo, tuvo algunos problemas. Uno de los problemas fundamentales era en cuanto a la materialización de las prestaciones: si la prestación fundamental y la de más recursos, es la prestación por enfermedad, necesitábamos profesionales legalmente habilitados para que atendieran las enfermedades de los campesinos.

No obstante, los médicos no reunían el perfil que la población campesina requería, pues el médico formado en nuestras universidades está acostumbrado a ver al enfermo y está formado para recetar: si el paciente tiene tos y si es un problema infeccioso, "tómese estos antibióticos y tómese este jarabe para que evacue rápidamente sus secreciones..." Es decir, no era fácil encontrar al médico que se insertara en la comunidad y esto fue un problema muy serio, porque además, aun proviniendo del área rural, cuando el médico regresa después de su formación en la ciudad, ya perdió sus patrones de identidad y empieza a no entenderla y a cuestionarla.

Mas, si nuestro empeño fue siempre fortalecer la organización campesina y en eso gastamos mucho de nuestro presupuesto, también nuestro médico tenía que ser formado en aspectos relacionados con el manejo de las organizaciones, en el uso de la palabra como el medio de entendimiento de lo que son las realidades antropológicas de una comunidad campesina y, en el mejor de los casos, dominando también el lenguaje que habla la comunidad en la que tenía que insertarse.

Paulatinamente vamos consiguiéndolo, aunque creo que nunca lograremos la identificación total entre la visión política de la salud que tienen los campesinos y la visión segmentada, biologista que tenemos los médicos, me incluyo.

Retomando la prestación por enfermedad, vemos que trataba de alguna manera de desacelerar la tendencia de consumir medicamentos en el campo, es decir, nosotros y los que nos encontramos aquí, creo que estamos convencidos de que la salud no está en las inyecciones ni en las pastillas, sino en un montón de otros mecanismos que tienen que ver más con el desarrollo de las comunidades.

Pero el campesino, por lo menos en el Ecuador, está tan bombardeado de propaganda y de la cultura medicalizadora que identifica salud con

pastillas, es decir, "me duele la barriga: una pastilla"; "me duele la cabeza: tres pastillas y una inyección"; "estoy con un resfriado: por lo menos dos inyecciones", y esto ocasionó serios enfrentamientos y grandes insatisfacciones en la población campesina.

En fin, el proceso ha sido muy difícil y de todas maneras, como administradores de este segmento del seguro social ecuatoriano, tenemos también que entender que no podemos seguir negando a la población aquello que está demandando. Por tanto la posición del salubrista ortodoxo, que dice: "no, señor, usted no necesita pastillas para las lombrices, sino que tiene que hacer un trabajo comunitario para traer agua de buena calidad y ponerle cloro...", no le gusta al usuario de un servicio de salud. La situación que le satisface es que le den el jarabe, que le den una pastilla.

Asimismo, si el médico o nuestros auxiliares de enfermería le dicen que para su resfriado no tienen otra cosa que hacer que descansar y mantenerse hidratado, eso tampoco le gusta. Hay que darle unas inyecciones, unos jarabes, etcétera, porque paradójicamente, si no encuentra una inyección y si no encuentra el jarabe en el dispensario del seguro campesino, lo va a buscar al pueblo más cercano y lo compra o el médico del pueblo más cercano se lo receta y entonces el campesino pensará: "esto del seguro no sirve para nada, no me han dado nada más que unos consejos".

En fin, se trata de un proceso sumamente largo en el cual hemos tenido algunas dificultades que aspiramos a superar. Hay otro punto que es importante resaltar en este progreso y consolidación del Seguro Social Campesino: tenemos apenas 7% de personal administrativo en todo el Ecuador; sólo trabajan 1,200 personas para el seguro campesino, de las cuales apenas 80 somos administrativos, el resto es personal médico y trabajadores sociales. De tal suerte, nuestra relación afiliados-burócratas es la más conveniente dentro de los sistemas de Seguridad Social en América Latina.

Obviamente que en aspecto administrativo tenemos el apoyo burocrático de lo que es el Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social y probablemente eso desdibuja un poco el logro nuestro con respecto a esto, pues con menos gente asalariada atendemos mucho más población dentro de este sistema de Seguridad Social.

Por lo que toca al financiamiento, este seguro campesino, de acuerdo con la nueva ley que tiene apenas siete meses de vigencia y que es una consolidación de nuestro esquema prestacional y del esquema de financiamiento previo, se afianza de la siguiente manera: existe un aporte de los empleadores y de los afiliados al Seguro General Obligatorio con relación de dependencia o sin ella. Esto es el fundamento de la solidaridad en un seguro campesino, ya que el seguro campesino no está financiado por los campesinos, sino por el trabajador asalariado del Ecuador; todos los que ganamos un salario aportamos 1% de nuestro salario para el seguro campesino.

Los seguros privados, por su parte, los cuales son empresas de lucro, legítimas pero de lucro, también tienen que aportar desde la perspectiva de la solidaridad para el Seguro Social Campesino. Este hecho ha fortalecido la sensación de que realmente estamos en el proceso de consolidar un Sistema Nacional de Seguridad Social que un poco se aleja de las obligaciones que se le imponen casi exclusivamente al trabajador y al patrón.

Además existe la aportación de las familias protegidas por el seguro campesino. Hago hincapié en esto porque como lo mencioné hace unos minutos, el seguro campesino no es un seguro individual, es un seguro familiar. Como característica de la familia campesina, para fines de afiliación, es necesario subrayar que no está constituida exclusivamente por lazos de consanguinidad. La familia campesina también está conformada por personas que tienen lazos de afinidad, es decir, personas que han sido abandonadas por sus hijos; personas que son "recogidas" o que se allegan a un núcleo familiar y forman parte de él.

Por todo lo anterior, al grupo familiar lo definimos como el conjunto de personas que viven bajo un mismo techo, comen de la misma comida, tienen una renta común y reconocen a una persona de ese conjunto como su jefe. Ese es el grupo familiar, no importa si tienen apellidos diferentes.

Volviendo al aporte de las familias campesinas, he de decirles que como consecuencia del proceso de desaparición de nuestra moneda y de la devaluación previa a esta desaparición, el aporte viejo ha sido desdibujado en la actualidad, situación que parece increíble. Entonces, ¿cómo funciona hoy día el seguro campesino? La familia campesina paga por pertenecer al seguro campesino cuatro centavos de dólar, por mes y por familia.

Hoy por hoy, cuatro centavos de dólar significan 48 centavos de dólar en un año, por la protección a una familia entera, con la posibilidad de tener una pensión de jubilación y con el acceso a atención de salud integral, ya que la prestación por enfermedad en el seguro campesino no tiene límites. La otra fuente de financiamiento es la contribución obligatoria del Estado sobre la materia grabada de los afiliados contra las de dependencia, es decir, el Estado también aporta para consolidar este esquema tripartito que todos nuestros sistemas tienen en donde el Estado, el trabajador y el empleador tienen obligaciones, solamente que en el Ecuador estas obligaciones beneficiosas se plantean desde la perspectiva de solidaridad para quien no tiene la suerte de tener un trabajo.

El proceso de crecimiento de la población afiliada al Seguro Social Campesino es siempre creciente, siempre; y esto se debe en gran parte, a que la población campesina se ha apropiado conceptualmente, estructuralmente, del seguro campesino. Lo que sucede es que el seguro campesino forma parte de su proceso cultural actual y alrededor de él se ha

consolidado la organización campesina legítima, auténtica, sin la manipulación en la que solemos caer los burócratas de estas organizaciones. Así las cosas, nuestro crecimiento es realmente importante y en la actualidad nosotros estamos protegiendo a 44% de toda la población afiliada por el Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social; es decir, desde la perspectiva del Instituto, este seguro campesino no es un seguro marginal, no es un seguro pues, que se va a acabar pronto, no es un seguro que sea una novelería, no es un ensayo.

Nosotros tenemos a las familias protegidas con una historia única; tenemos un registro de sus integrantes y, adicionalmente, para recaudar los escasos fondos —esos cuatro centavos que actualmente pagan las familias campesinas y que no representan más que el costo de la recaudación— contamos con la propia organización campesina desde el inicio en 1968.

Yo he visto con preocupación que muchos sistemas destinan un batallón de personas para la recaudación y un batallón de procesos burocráticos. En el seguro campesino esa responsabilidad está a cargo de la organización campesina que tiene un directorio, un presidente, un secretario, un tesorero, y esa persona sabe cuántos y quiénes son su grupo comunitario; esa persona deposita en las cuentas del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social la cuota que le corresponde mensualmente y la distorsión sufrida de los cuatro centavos de dólar está a punto de superarse porque la nueva ley de Seguridad Social está en proceso de reglamentación y estimamos que la aportación de la familia campesina estará oscilando entre 1.4 y dos dólares, eso es una estimación que tenemos hasta este momento, 1.4, es decir 1.40 y dos dólares por la protección de toda la familia por todo el mes.

Estas cifras nos han generado algunas reuniones con las organizaciones campesinas que consideran que la disposición de solidaridad puede concretarse siempre y cuando, el que más tiene pague más y el que menos tiene pague menos. Todo lo que sabemos nosotros y la nueva ley manda, es que también dentro de los grupos campesinos, el que sea más pobre pague menos y el campesino que sea menos pobre, pague un poco más. Sin embargo, eso no está definido y seguramente va a ocasionar algún nuevo problema en cuanto a desajuste y en cuanto a los sistemas de los registros contables porque el ingreso de una familia campesina no es estable, algunas veces serán los que más ganan y durante el año a lo mejor, serán los que menos ganan.

Para finalizar, yo creo que es importante destacar que una de las prestaciones del seguro campesino que es la jubilación por vejez, también es una realidad. En nuestro país pensar que un campesino se jubile, era un poco más difícil que la concretización de un sueño y peor sin tener patrón. Nosotros empezamos a jubilar a los campesinos, en 1978; el requisito para llegar a la jubilación en el seguro campesino es tener por lo menos diez

años de afiliación y aportaciones, así como contar con 60 años de edad en los momentos que le llegue la jubilación.

Tenemos también una pensión por invalidez en donde el requisito son diez años de afiliación pero sin límite de edad, obviamente un seguro campesino tan atractivo, por lo menos en términos conceptuales, hizo posible que muchas personas no campesinas pretendieran beneficiarse de él. Es decir, muchas personas que laboran temporalmente, precariamente en las ciudades y que regresan a sus lugares de origen, están en un camino entre el seguro campesino y el Seguro General Obligatorio, pero muchos migrantes definitivos hacia las ciudades, pretendieron continuar beneficiándose del seguro campesino y, desafortunadamente, la decisión institucional, es que eso no es posible, porque si la filosofía es ayudar a la gente del campo que viva, trabaje y produzca allí, no es permisible que los migrantes que hoy constituyen los cinturones de miseria de nuestras ciudades, también se beneficien del seguro campesino.

Queda claro entonces, que el seguro campesino es para los campesinos, para quienes viven y trabajan en el campo y su actividad económica es fundamentalmente la relacionada con las actividades primarias de la economía, ese es el seguro campesino.

Ciertamente, estamos en este momento, como toda la vida hemos estado: entre sinnúmero de problemas financieros pero ello no nos ha hecho decrecer; no nos ha desmotivado y, creo yo, sencillamente como una opinión que si algo nos ha permitido sobrevivir en medio de la turbulencia de los cambios políticos que caracterizan a mi país, en donde hay gobiernos que duran siete meses, tres meses, etcétera, es las raíces tan profundas que el seguro campesino echó en la conciencia de la organización campesina. Sin ellos definitivamente no hubiéramos podido avanzar, y adicionalmente a eso, la estabilidad de quienes hacen el trabajo burocrático.

Ya para concluir, quiero aseverar algo que resulta paradójico y poco fácil de entender acerca del manejo político del seguro campesino: en el Congreso Nacional, de los 103 legisladores que existen, los 103 votaron en la Cámara por mantenerlo, fortalecerlo y desarrollarlo. No hubo oposiciones y todos nuestros gobiernos han apoyado al seguro campesino, es decir, el seguro campesino es en este momento y en la realidad, una política de Estado en Ecuador.

A continuación y para que desmienta lo que yo les he dicho, va a tomar la palabra un trabajador del campo, que es el señor César Cabrera Fajardo, un campesino afiliado al seguro, a quien yo no escogí para que me acompañara, sino que fue su organización la que lo escogió y él va a decirles el complemento de esto que a mi juicio era mi obligación exponerles.

# El Seguro Social Campesino de Ecuador: la experiencia actual de los trabajadores

*Sr. Cesar Cabrera Fajardo\**

Represento a los afiliados al Seguro Social Campesino del Ecuador. Somos la Confederación Única Nacional de Afiliados al Seguro Social Campesino, somos los hombres y mujeres del campo, los indios, los negros, los mestizos, los cholos, quienes estamos dentro de este programa. Históricamente hemos sido marginados, hay un altísimo porcentaje de población rural, en que la tenencia de tierra oscila entre cero y cinco hectáreas, somos el porcentaje mayor y más alto de afiliación al Seguro Social Campesino. De la población, 5% es la que está en posesión de 35% de las mejores tierras y las más productivas en el país. En nuestros dos procesos de reforma agraria, en 1964 y 1973, por lo que toca al campesino ecuatoriano, no se hizo realmente una auténtica reforma agraria, porque lo que se reparte son haciendas de la asistencia social y suelos laderosos, erosionados.

Se empieza a legislar desde 1935, sobre un seguro para los campesinos, sin embargo, es a partir de 1968, cuando se aplica en los hechos y en la práctica. Inició con la comuna que es la organización natural en nuestro país, la cual aglutinó a 611 familias, para después de 32 años alcanzar un crecimiento que abarca en la actualidad a 207 mil familias. Fue un acierto el haber buscado la organización propia natural del campesino, la comuna y no haber creado ninguna otra, porque cuando no existe la comuna está el comité pro mejoras, la asociación o la cooperativa agrícola, cualquiera de estas organizaciones es la que va a hacer que los usuarios del programa se aglutinen en un dispensario. Hemos logrado crear 577 dispensarios distribuidos en las 22 provincias, en estos 577 dispensarios se han aglutinado alrededor de 3,500 organizaciones de base, estructuradas con una directiva constituida por presidente, secretario y tesorero; esto es lo que facilita la recaudación de los aportes de los afiliados.

Otro elemento en el cual se basa el programa del seguro campesino es la reciprocidad, que es un elemento cultural ancestral, andino. Los afiliados al Seguro Social Campesino aportamos 75% de los alimentos para la población ecuatoriana en condiciones subsidiadas; el Estado no ha tenido programas para el campesinado, para el pequeño propietario, para el

---

\* Miembro de la Confederación Única Nacional de Afiliados al Seguro Campesino de Ecuador.

campesinado pobre, sino pequeños parches semipuntuales que cada gobierno cambia, lo cual genera discontinuidad. Los afiliados al seguro campesino lo hemos asumido como algo muy propio y con legítimo derecho, no es una dádiva ni un regalo de nadie, es un derecho que hemos adquirido, porque nosotros también aportamos para la alimentación del país.

Cuando hemos sufrido amenazas, ha surgido otro valor importante que es la minga\* para defensa del programa, y las amenazas han estado al orden del día sobre todo cuando se empiezan a aplicar políticas neoliberales en nuestros gobiernos y particularmente en el Ecuador, y ahí es cuando al seguro campesino intentan separarle de su matriz: el Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social, para que pase al Ministerio de Salud, lo que origina una reacción inmediata de este proceso organizativo que defiende al programa, y no es sólo la defensa con acciones, movilizaciones, tomas de vías, levantamientos, sino también con propuestas de diferente naturaleza, por ejemplo, en el sujeto de afiliación y en el financiamiento.

Hemos tratado de que estas propuestas puedan ser llevadas y puedan tener eco a nivel de las esferas políticas, es decir, del Congreso Nacional para que se modifiquen las leyes de manera que se fortalezca el programa, esto no ha sido sencillo, la correlación de fuerzas en el país siempre es adversa y desfavorable para los sectores populares y no es la excepción para los campesinos; es por eso que la organización es el factor fundamental que logró presionar para que se reconocieran y constitucionalizaran, en el año 98, los principios de la Seguridad Social, la solidaridad, la universalidad y los demás principios que hemos estado discutiendo en este taller, pero que antes sólo estaban contemplados en una ley, ahora les otorgan la categoría de carta fundamental.

También es importante que se destaque que si bien son reales las amenazas recibidas, sean éstas porque hay interés de la clase política gobernante en desaparecerla, -ya que ven un peligro en la organización cuando empieza a pensar y a hablar con voz propia-, nosotros vemos que ahí no hay tal, porque deberíamos pensar que proteger el capital humano es fundamental para el desarrollo de los pueblos, que el apropiamiento de los afiliados ha sido fundamental para que cualquier proceso de Seguridad Social, en cualquier parte del mundo, pueda prevalecer en el tiempo, y no sufran las consecuencias de políticas gubernamentales oportunistas; se ha logrado que sea una política de Estado, esto se ha logrado gracias al sujeto social organizado, consciente y propositivo al mismo tiempo, aunque todavía hay problemas que superar. En el tribunal constitucional hemos apelado muchos artículos por inconstitucionales, sobre todo porque han tenido que ver con el techo que han puesto desde la clase política gobernante, no para

---

\* Minga: Grupo que se reúne de manera voluntaria para realizar un trabajo conjunto.

la solidaridad; creemos que la solidaridad tienen que ser universal, desde el que más tiene.

No puede haber un seguro social si no se considera el problema estructural, nuestro programa se mantiene y se tienen perspectivas de seguirlo fortaleciendo en la medida que nuestra organización también mantenga el fortalecimiento y el crecimiento, porque todavía queda una población bastante amplia de campesinos desprotegidos. Queremos destacar que el personal que ha laborado en el seguro campesino, con muy pocas excepciones también ha cumplido un factor preponderante, diría que se han puesto la camiseta del programa del seguro campesino para ir a las comunidades y promocionar e ir involucrando a nuevos sectores en el cuadro. Se vio bastante claro que el crecimiento mayor que se dio de afiliados al seguro fue cuando mayores problemas teníamos a nivel de la clase política y eso fue entre el 75 y el 2000.

Estamos convencidos que la organización ha sido un factor preponderante para hacer conciencia social e influir fuertemente para que el programa se lleve adelante. En este tipo de seminarios necesitamos la participación de los elementos sujetos de afiliación para construir este seguro.

# Algunos elementos para una política pública de Seguridad Social en el campo

*Lic. José Antonio Alvarado Ramírez\**

Para el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) ha sido un reto permanente el ampliar su cobertura. En particular, persiste la necesidad de asegurar a los trabajadores eventuales del campo, quienes no siempre han contado con este beneficio en forma integral y sólo han podido hacer efectivo su derecho temporalmente.

Por su elevado número, por las desfavorables condiciones de su labor y porque se trata de un trabajo asalariado cuya remuneración figura entre las más bajas de todos los sectores de la economía, cada día cobra mayor importancia su protección. Por ello, para el IMSS, su pleno aseguramiento es un objetivo prioritario.

El propósito de este artículo es aportar algunos de los elementos necesarios para configurar una política pública incluyente, en el terreno de la Seguridad Social para el campo, que sea de utilidad y sirva como insumo para alentar la discusión desde una perspectiva internacional.

En las siguientes páginas se realiza una revisión general del contexto del campo mexicano y del perfil de los trabajadores eventuales. Posteriormente, se aborda el marco normativo institucional y los esfuerzos realizados a la fecha, así como los principales obstáculos y limitaciones institucionales y sociales que implica. Finalmente, se exponen una serie de criterios y pautas que se consideran esenciales, en el caso de México, para configurar una política pública de carácter incluyente, que consolide la afiliación y la cobertura efectiva de los trabajadores eventuales del campo.

## **I. Los elementos del contexto: el campo mexicano y los trabajadores eventuales**

El campo mexicano ha experimentado grandes transformaciones en los últimos 50 años. Independientemente de significativos logros y avances en el terreno legal y de propiedad de la tierra, la situación que actualmente priva se caracteriza por un desigual desarrollo entre las diversas entidades y unidades de producción agrícola en el país.

Algunas zonas rurales han alcanzado altos niveles de productividad, debido principalmente a su especialización en cultivos hortofrutícolas desti-

---

\* Director de Afiliación y Cobranza del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS).

nados a la exportación, a su mejor ubicación geográfica, disponibilidad de recursos financieros y más avanzada tecnología. Otras regiones, en cambio, ocupadas en la producción tradicional de granos, presentan limitaciones estructurales que les impiden ubicarse competitivamente en el mercado, por lo que han sufrido una paulatina pauperización.

Por ello, diversos especialistas coinciden en señalar que la situación del campo mexicano se caracteriza por una concentración excesiva de la riqueza y por una significativa inequidad regional.<sup>1</sup>

Este fenómeno, cuya tendencia va en aumento, ha modificado los flujos migratorios de la mano de obra agrícola, debido al incremento en la oferta de empleo temporal —en las unidades dedicadas a cultivos intensivos para la exportación— y al creciente desempleo en las áreas rurales que han visto disminuida su productividad.

Así, México ha experimentado un fenómeno creciente en las últimas dos décadas en cuanto al número de campesinos que cada año migran de sus comunidades de origen (estados expulsores) hacia otros estados (de atracción) ubicados fundamentalmente en el noroeste del país, en donde se concentran los principales campos agrícolas hortofrutícolas.

Según la *Encuesta Nacional de Empleo 2000*, de un total aproximado de 5.7 millones de trabajadores agropecuarios, 60% (3.4 millones) se emplearon como jornaleros y, de éstos, casi 90% (3.1 millones) se contrataron como trabajadores eventuales.<sup>2</sup>

Del total de jornaleros que viven exclusivamente de la venta de su fuerza de trabajo, la gran mayoría (90%) se contratan como eventuales; el resto son trabajadores permanentes. Asimismo, de este universo, más de 35% de estos trabajadores son de origen indígena. Por otra parte, del total de adultos que se contratan, 65% son varones y 35% mujeres. Independientemente de la distribución por género, es necesario subrayar que la proporción femenina tiende a incrementarse, situación que varía sustancialmente por región y tipo de cultivo.

Otro aspecto que denota las críticas condiciones que prevalecen en este grupo de trabajadores es el relativo al *índice de trabajo infantil*. De acuerdo con la encuesta realizada por la Secretaría de Desarrollo Social (SEDESOL) en una muestra de jornaleros eventuales, se encontró que en promedio se encontraban laborando uno de cada cinco menores, de seis a 14 años, que formaban parte de las familias encuestadas.

Dicho de otra forma: por cada 100 trabajadores adultos, existían, al momento de la encuesta, 24 menores incorporados a las diversas formas del trabajo agrícola (limpieza, desahije, recolección, etcétera), aún cuando no realizaban las tareas más duras que, por lo regular, se reservan a los

<sup>1</sup> Véase el número especial de la *Revista de la Universidad Nacional Autónoma de México: El Campo Mexicano*, UNAM, México, N° 612, junio 2002.

<sup>2</sup> *Encuesta Nacional de Empleo*, INEGI, México, 2000.

hombres adultos. Lo anterior, aunado a la creciente participación femenina, da por resultado el hecho de que el número de jornaleros eventuales esté conformado cada vez más por menores y mujeres.<sup>3</sup>

Es claro, pues, desde la perspectiva considerada, que el grado de marginación en las comunidades rurales del sur del país es un factor detonante de la migración; asimismo que la organización atomizada de trabajadores y pequeños productores, así como los altos índices de analfabetismo que acusan, son factores centrales que los tornan vulnerables y limitan el ejercicio de sus derechos, por lo que es difícil hablar de niveles aceptables de equidad, protección y desarrollo social, si se compara el campo con otros sectores y grupos sociales.

De hecho, como se ha señalado reiteradamente, el campo exige inversiones a largo plazo para su revitalización gradual, de manera que elimine las deficiencias atávicas de la estructura de la producción y vida rural que, entre otras cosas, se expresan en una situación de excesiva concentración de la riqueza y el desequilibrio regional.<sup>4</sup>

A reserva de disponer de cifras más actualizadas —ya que provienen del Censo Agropecuario realizado al inicio de los años 90 y desde entonces no se ha podido contar con otro censo para el campo—, en esa década se hablaba de la existencia de casi 4.5 millones de unidades de producción rurales, que incluían alrededor de tres millones de ejidatarios o comuneros y 1.5 millones de propietarios privados en el país.

A pesar de esa cuantiosa cifra, sólo alrededor de 15 mil de esas unidades constituían empresas grandes; 140 mil estaban agrupadas como pequeñas empresas, pero contrataban mano de obra para producir; un millón 100 mil combinaban la mano de obra de la familia con contratación adicional y podían vivir de los ingresos generados y, finalmente, más de tres millones correspondían a la categoría de minifundistas, cuya producción no era suficiente para su propia manutención, por lo que requerían migrar para tratar de superar sus críticas condiciones de pobreza. De ahí lo que se señalaba párrafos antes, en el sentido de que la crudeza de las condiciones, sobre todo en el sur del país, ha dado lugar a la profusa migración que hasta hoy día vivimos.<sup>5</sup>

## II. El marco normativo y la respuesta institucional

Desde la perspectiva de la afiliación de los trabajadores y el correspondiente cumplimiento patronal, el antecedente normativo más remoto data de 1960, cuando se formula y expide el *Reglamento de Seguridad Social para el Campo*, a través del cual se torna obligatorio asegurar a los trabajadores eventuales.

<sup>3</sup> Encuesta Nacional a Jornaleros Migrantes 1998, SEDESOL-PRONIAJ 2000.

<sup>4</sup> Op. Cit. *El Campo Mexicano*, UNAM, México, N° 612, junio 2002

<sup>5</sup> *Ibidem*.

Posteriormente, en 1973, se modifica el esquema para incluir explícitamente dos seguros: *Riesgos de trabajo y Enfermedades y Maternidad*. Más adelante, en 1978, se establece el cobro de cuotas sobre la base de jornadas por hectárea y tipo de cultivo. Finalmente, en 1997, con la nueva Ley del Seguro Social, se establece que los Trabajadores Eventuales del Campo (en adelante TEC) son sujetos del Régimen Obligatorio y acceden a la totalidad de los ramos vigentes.

La respuesta institucional, en términos de procesos, ha implicado numerosos cambios, que partieron desde 1960 cuando se incorporaba a los jornaleros agrícolas cubriendo prestaciones en especie y sólo 50% de subsidio por incapacidad temporal, en caso de "riesgos de trabajo, tétanos o picadura de animal ponzoñoso". Para su afiliación, los patrones tenían la obligación de registrarse y presentar la lista de trabajadores "estacionales" dentro de los dos días siguientes al inicio del periodo laboral. La vigencia de derechos se certificaba mediante la presentación del aviso de trabajo.

Lo anterior daba lugar a diversas inconsistencias:

- Desconocimiento de los trabajadores a contratar
- Tramitación compleja para el plazo
- Ubicación distante de las oficinas del IMSS con respecto a los campos agrícolas y
- El hecho de que no se les aplicaba número de Seguridad Social a los trabajadores.<sup>6</sup>

La determinación de cuotas, hasta 1983, se efectuaba mediante un convenio que permitía a cada delegación del IMSS pactar con los productores el número de jornadas a considerar. Los criterios básicos que se aplicaban incluían lo siguiente: número de jornadas (con base en *hectáreas a cultivar y tipo de cultivo*); salario mínimo y primas por cada seguro (Enfermedades y maternidad y Riesgos de trabajo).<sup>7</sup>

Luego, desde 1983, la determinación de cuotas se realizaba sin que mediase convenio alguno. Los elementos que se consideraban eran: número de jornadas a utilizar (determinadas por el productor); prima de 8.4% aplicable al salario para el seguro de Enfermedades y maternidad y prima 0.37% para Riesgos de trabajo. En estos casos, para el Seguro de Enfermedades y maternidad, el productor aportaba 50 % y el gobierno federal el otro 50%. Este esquema se mantuvo hasta 1998.<sup>8</sup>

Posteriormente se amplía la cobertura de aseguramiento de los TEC con los cinco ramos de aseguramiento: I) Riesgos de trabajo (accidentes y enfermedades ligadas al desempeño laboral); II. Enfermedades y maternidad (otras enfermedades no necesariamente derivadas del ejercicio del tra-

---

<sup>6</sup> *Reglamento para el Seguro Social Obligatorio de los Trabajadores del Campo, Diario Oficial de la Federación, México, agosto de 1960.*

<sup>7</sup> *Convenios de pago de cuotas de aseguramiento de los trabajadores estacionales del campo, Documentos internos de trabajo, Instituto Mexicano del Seguro Social.*

<sup>8</sup> *Cfr.: Acuerdo del Consejo Técnico N° 1292 / 83, Instituto Mexicano del Seguro Social, 1983.*

bajo); III) Invalidez y vida; IV) Retiro, cesantía en edad avanzada y vejez; V) Guarderías y prestaciones sociales.<sup>9</sup>

En ese año (1998), para facilitar el cumplimiento patronal desde la perspectiva de la nueva cobertura integral, el IMSS y el Consejo Nacional Agropecuario (CNA) —que agrupa a los principales productores nacionales—, celebraron un convenio estipulando el registro de patrones agrícolas, la afiliación de los trabajadores y el pago de cuotas. El convenio tenía una vigencia de un año; sin embargo, se precisó que las cláusulas primera a tercera, y décima sexta a vigésima, tendrían vigencia hasta junio de 2004; es decir, precisamente las cláusulas relativas al incremento de cuotas y al cumplimiento patronal. El convenio suscrito implicó, entre otros, los compromisos siguientes:

- La CNA promoverá entre sus agremiados el cumplimiento de obligaciones.
- Los patrones se registrarán y presentarán: notificación de cultivo, permiso de siembra y comprobantes de pago de autorizaciones para riego.
- De julio de 1998 a junio de 1999 pago por anticipado sobre jornadas x hectárea y cultivo, bajo prima de 8.4% del *Salario Mínimo Integrado*, correspondiente al área del centro de trabajo.
- La información de trabajadores se presentará a través de relaciones mensuales de trabajadores, indicando el número de jornadas laboradas.
- A partir de julio de 1999 el pago se realizará a través de las *Relaciones mensuales de trabajadores eventuales del campo*, reportando trabajadores del mes anterior, con nombre, número de Seguridad Social (NSS) y número de jornadas laboradas, en los cinco primeros días hábiles del mes siguiente.
- Cuando no se dispone de NSS, presentan *Relación de preafiliación*, con los datos necesarios para que el IMSS lo aplique: nombre completo del trabajador, fecha y lugar de nacimiento y nombre de los padres.
- El acceso a los servicios se da a través de los *Avisos de trabajo* o de la *Constancia de días laborados*, ambos proporcionados por el patrón al trabajador.
- Para el cobro de cuotas, el IMSS impacta el número de jornadas laboradas reportadas por el patrón, con la parte proporcional de séptimo día.
- El fincamiento de *Capitales constitutivos* se da si el trabajador no es reportado en la relación del mes en que se otorgaron las prestaciones, o cuando la relación se emite en forma tardía, y si es que el retraso significa perjuicio para el trabajador.
- Mensualmente se realiza una reunión en cada entidad, entre las delega-

---

<sup>9</sup> *Nueva Ley del Seguro Social y Reglamento de la Seguridad Social para el Campo. Instituto Mexicano del Seguro Social, México, 1997.*

ciones y organizaciones afiliadas al CNA, para identificar el avance en la afiliación de TEC.<sup>10</sup>

En suma, por las características de alta movilidad de los TEC y por ser contratados por cortos periodos se consideraron procedimientos especiales de afiliación y vigencia. Así, el *Registro de patrones* se realiza mediante:

- El *Aviso de inscripción patronal o de Modificación de su registro* (AFIL-01), que se acompaña de *Notificación de cultivo*, a través del cual se da cuenta del periodo y tipo de cultivo, superficie o unidad de producción, total de jornadas a utilizar por periodo.
- El *Comprobante de pago de agua para riego* (15 días para su presentación).
- El *Permiso de siembra* (15 días también).
- La *Modificación a la notificación de cultivo* (en un plazo no mayor de 30 días), que opera sólo cuando solicita su *Registro patronal*. Sin embargo, para la integración del *Catálogo Nacional de Patrones*, sólo se toman los datos del AFIL-01.

Por su parte, la *Afiliación de trabajadores* se puede realizar individualmente o a través de las organizaciones que los agrupan, previamente a su contratación, mediante el *Aviso de Inscripción del Trabajador* (AFIL-02). Sobre esta base el IMSS asigna NSS y credenciales de identificación, lo que no exime al patrón de la obligación de afiliar a sus trabajadores, cuando los contrata sin NSS.

Al margen, y sin que lo siguiente sea tema central de este artículo, es importante referir que el Instituto, en cuanto a prestaciones en especie (atención médica y guarderías), diseñó una estrategia de atención médica integral a la salud de los TEC en la región noroeste, que implicó acciones de salud comunitaria, reproductiva y materno infantil; salud en el trabajo, atención médica, educación y promoción de la salud e Investigación.

El objetivo fue cubrir las necesidades de salud de los trabajadores que laboran en los campos agrícolas de esa región bajo un enfoque de riesgo, a fin de modificar su panorama epidemiológico, elevar su nivel de salud y calidad de vida.

De esta experiencia derivan tres retos centrales que es necesario acometer gradualmente: i) Fortalecer unidades de medicina familiar; ii) Ampliar los servicios que se otorgan en las unidades, y iii) Apoyar la atención integral con brigadas médico-preventivas.

Abordar estos retos requiere de un esfuerzo importante en cuanto a recursos financieros, así como —cada una de las áreas responsables de estas tareas—, actualizar el perfil epidemiológico de estos derechohabientes y establecer un programa permanente de atención preventiva y de fomento a la salud. Del mismo modo, es indispensable impulsar en mayor medida

<sup>10</sup> *Convenio para el registro y afiliación de trabajadores agrícolas, así como para el pago de las cuotas obrero-patronales. Instituto Mexicano del Seguro Social / Consejo Nacional Agropecuario, México, diciembre de 1998.*

programas de seguridad en el trabajo con el objeto de disminuir los factores de riesgo laboral y, desde luego, capacitar al personal de salud.<sup>11</sup>

Complementariamente, en lo que toca a prestaciones sociales, el Instituto se dio a la tarea de extender la cobertura de atención del servicio de guardería infantil para los trabajadores del campo, bajo un nuevo esquema de atención denominado *Guarderías en el Campo*. El propósito ha sido coadyuvar al desarrollo de las esferas laboral, social y familiar de las mujeres aseguradas, padres viudos y divorciados (o personas a quienes se les haya otorgado la custodia legal de los menores), a través de un servicio de guardería de alta calidad.

Gradualmente, estos beneficios se han dirigido a la población más desprotegida que ampara el Instituto: los hijos de los jornaleros, que son el enclave y posibilidad del cambio futuro de la población rural, en los aspectos de educación, salud y nutrición. El programa ha incluido acciones en tres esferas: Sensibilización de madres y padres de familia; Desarrollo de actividades higiénicas, e Instrumentación del programa educativo y asistencial. Si bien acotada, a la fecha su cobertura incluye seis entidades federativas y la operación efectiva de 19 establecimientos vinculados a los campos agrícolas más importantes. Para el bienio 2000-2001 se abrieron diez nuevas unidades con una capacidad de 783 lugares adicionales para menores hijos de jornaleros eventuales.<sup>12</sup>

### III. El entorno actual de la Seguridad Social en México

El *Plan Institucional 2001-2006* del IMSS, identifica cuatro ámbitos que conforman el entorno de la Seguridad Social: Mercado y organización laboral; Organización de la familia; Condiciones generales de salud y Contexto macroeconómico, industrial y comercial. Los cuatro ámbitos, en el caso de los trabajadores eventuales, condicionan claramente su situación general y establecen dificultades y oportunidades para su pleno aseguramiento.

**1. El mercado y la organización laboral** en que se insertan los trabajadores eventuales, implican precisar aspectos como: flujos migratorios; ciclos productivos; contratación, registro y alta de trabajadores; composición de la fuerza de trabajo por sexo y edad, así como origen y perfil étnico, entre otros elementos de juicio.

Asimismo, exige tener presentes tanto los desafíos actuales, como la trascendencia económica del campo. En este sentido, es pertinente destacar algunos puntos críticos:

---

<sup>11</sup> *Atención Integral a la Salud de los Trabajadores Eventuales del Campo. Dirección de Prestaciones Médicas, Coordinaciones de Atención Médica, Salud Comunitaria, Educación Médica, Investigación en Salud, Salud Reproductiva y Materno Infantil, Salud en el Trabajo y Planeación y Desarrollo, Instituto Mexicano del Seguro Social, México, 2001.*

<sup>12</sup> *Programa Guarderías en el Campo. Dirección de Prestaciones Económicas y Sociales, Coordinación de Guarderías, Instituto Mexicano del Seguro Social, México, 2002.*

- La competitividad, como elemento central del mercado de libre comercio, es un elemento que incide directamente en el desarrollo del agro;
- Más que en la producción, actualmente es en la manufactura y comercialización de los productos agrícolas donde se obtienen los mayores dividendos;
- Si bien la actividad agrícola sólo genera 6% del PIB, 40% de los ingresos generados por la industria manufacturera proviene de sectores que transforman productos agropecuarios; desde este ángulo, por lo menos 15% del PIB del país deriva del agro de manera directa o indirecta.

**2. La organización y el desarrollo de la familia** se ven afectados por el trabajo eventual y por el fenómeno migratorio que propicia, entre otros aspectos, los siguientes saldos: fragmentación familiar; movilización constante de familias enteras; condiciones de traslado y de vida sumamente difíciles; incremento del trabajo femenino e infantil; aculturación, monolingüismo y marginación social, así como baja escolaridad y limitada eficiencia terminal.

**3. Las condiciones generales de salud** generan un perfil epidemiológico particular, derivado de diversos factores, entre los que destacan, en primer orden, situación socioeconómica desfavorable; bajo nivel educativo; desnutrición y deficientes condiciones sanitarias; insuficiente cobertura de servicios de salud; exposición constante a agentes físicos, biológicos y químicos; incorporación temprana a la vida productiva y envejecimiento prematuro; hacinamiento y condiciones de vivienda inadecuadas; barreras culturales y monolingüismo, así como, decididamente, la migración constante y los cambios continuos de residencia.

**4. El entorno macroeconómico, comercial e industrial** ofrece para el trabajador eventual y el productor del campo retos difíciles de sortear, sobre todo por la alta competitividad y desigual participación frente a un mercado crecientemente globalizado; por su inserción temporal en el mercado de trabajo, lo que acota la continuidad de sus derechos y prestaciones, así como por los escasos subsidios y la falta de medidas de protección financiera frente a otros mercados mundiales, que incluso han incrementado estos apoyos.<sup>13,14</sup>

#### **IV. Principales obstáculos y límites**

De acuerdo al panorama precedente, los siguientes constituyen los principales obstáculos y límites que por ahora y desde diferentes enfoques —económico, social y laboral, entre otros—, inciden de una u otra forma en la afiliación y cobertura integral de los trabajadores eventuales del campo:

<sup>13</sup> *Plan Institucional 2001-2006, Instituto Mexicano del Seguro Social, México, 2001.*

<sup>14</sup> *Véase la Ley sobre la seguridad agrícola y la inversión rural 2002, emitida por el Congreso de los Estados Unidos. EUA, junio, 2002.*

- El valor del consumo presente es superior al valor del consumo futuro. De hecho, casi son excluyentes.
  - Existe una reducida apreciación de la importancia del beneficio del Seguro de Retiro.
  - La alta rotación y las formas de pago dificultan la determinación de la base gravable.
  - El costo de la Seguridad Social es un factor importante en la determinación de los precios relativos, lo que incide en el contexto de la competitividad entre productores y entre regiones. Ello se agrava en una economía abierta, inserta en un proceso creciente de globalización.
  - Los trabajadores no pueden alcanzar el número suficiente de cotizaciones semanales para acceder al Seguro de Retiro.
  - El pasivo social de la desprotección social es elevado.
  - La condición laboral es limitante, al considerar exclusivamente el costo de la mano de obra efectivamente utilizada, que los desprotege gran parte del año.
- Por otra parte, en el terreno específico de la afiliación y del cobro de cuotas patronales, destacan las siguientes inconsistencias:
- Los mecanismos y procedimientos en cuanto a afiliación y certificación de derechos son ineficaces.
  - La responsabilidad del registro y alta de trabajadores está delegada en el empleador, por lo que, entre otras razones, es alto el índice de subregistro y evasión.
  - Existe desconocimiento —o al menos no un conocimiento suficiente y preciso— de derechos y obligaciones entre trabajadores y patrones.
  - La cobertura institucional es insuficiente; es decir, intervienen diversos factores que limitan la identificación y registro de los *tec*; asimismo, cuando la hay, la notificación vía patronal es inexacta por diversos motivos y por tanto su afiliación y cobertura es limitada.
  - Los sistemas de información y la disponibilidad de servicios en el ámbito rural son insuficientes y no siempre adecuados a las condiciones del medio.
  - En este contexto, son los propios trabajadores agrícolas quienes asumen el costo de la estacionalidad de su trabajo, mientras que en otros países estos costos los asume la sociedad en su conjunto, vía impuestos o mejores precios de los productos, entre otras vías.
  - Las cuotas obrero-patronales son mínimas y, en proporción, sólo corresponden aproximadamente a 20% del número real de trabajadores eventuales.
  - La información relativa al aseguramiento de los trabajadores la presentan los patrones al Instituto cinco días después del mes que se reporta, lo que implica que al momento de recibirlas, los trabajadores no necesariamente se encuentran activos.

## V. Elementos para la conformación de una política pública de Seguridad Social, incluyente para el campo

- Tomar como eje los cuatro ámbitos del entorno de la Seguridad Social: Mercado y organización laboral; Organización de la familia; Condiciones generales de salud y Contexto macroeconómico, industrial y comercial.
- Determinar y acotar las limitantes que inciden en los problemas de acceso a la Seguridad Social y que actúan como barreras, sean de índole cultural, geográfico, financiero, laboral o estructural (en cuanto a los sistemas y servicios).
- Diseñar y aplicar lineamientos y pautas de acción acordes a cada situación regional, sin dejar de lado la visión nacional y la unidad del sistema de Seguridad Social.
- Establecer un mecanismo institucional de monitoreo y actualización permanente del perfil de los trabajadores (Diagnóstico activo).
- Instrumentar un mecanismo renovado de diálogo social.
- Poner en operación mecanismos de planeación y aplicación técnica y financiera para contender con el déficit social y de protección de servicios.
- Rediseñar y consolidar esquemas de financiamiento solidario, previendo criterios de sustentabilidad, evitando respuestas regresivas y elevados costos de oportunidad, en cuanto al desarrollo y superación de la pobreza.
- Analizar y rediseñar los procesos técnicos y administrativos de afiliación y prestación de servicios de manera abierta e incluyente.
- Establecer modelos de atención y aseguramiento que consideren el enfoque intercultural y el de género.
- Asegurar progresivamente el esquema contributivo y, con ello, la expansión de la oferta de acuerdo con las necesidades crecientes de los trabajadores.
- Impulsar el diseño de los sistemas de afiliación y vigencia de derechos, acordes con la movilidad laboral y la creciente migración.
- Facilitar a los productores agrícolas el cumplimiento de sus obligaciones, mediante la simplificación de procesos.

Por todo lo anterior, es indispensable, para el campo, encontrar el justo equilibrio entre los criterios de sustentabilidad, eficiencia y equidad en el financiamiento de la Seguridad Social, lo que permitirá eliminar desigualdades y acotar la exclusión social.<sup>15</sup>

---

<sup>15</sup> Dr. Santiago Levy: *Discurso pronunciado durante la inauguración de la XIX Asamblea General de la CISS y la XLV Reunión del Comité Permanente Iberoamericano de Seguridad Social, Fortaleza, Ceará, Brasil, noviembre de 2001.*

## CONCLUSIONES Y RESULTADOS

---

### **a) Equidad y género**

- Otorgar las mismas oportunidades de especialización a mujeres y hombres.
- Incrementar las posibilidades de desarrollo de la mujer en el campo laboral, así como la eficiencia en su protección social.
- Estudiar la posibilidad de generar una aportación adicional para el aseguramiento de la mujeres.
- Homologar sus condiciones de trabajo.

### **b) Normatividad, identificación, registro, afiliación, vigencia y cuotas**

- Aplicar la ley a todos los productores que emplean trabajadores.
- Otorgar facilidades de pago a los productores.
- Legislar la manera de obligar a los enganchadores y otros intermediarios de los TEC a pagar una cuota.
- Generar mecanismos de registro para las personas que son potenciales beneficiarios de la Seguridad Social.
- Simplificar los procesos de afiliación.
- Mejorar los sistemas de afiliación y las bases de datos.
- Desarrollar una cruzada educativa e informativa para hacer conciencia de la importancia de contar con documentos de identificación, como la CURP, que sea único y tener unificada una base de datos de estos trabajadores.
- Es necesario superar las limitaciones en la incorporación de los trabajadores del campo que responden principalmente al problema de su identificación.
- Existe falta de interés de los empleadores en materia de registro y falta de conocimiento de los trabajadores sobre sus derechos.
- Se requiere diseñar nuevas formas de recaudación y registro no necesariamente a cargo de los empleadores, reconociendo el potencial de las organizaciones campesinas para apoyar este proceso.
- Propiciar mecanismos flexibles para la identificación del sujeto obligado a realizar las contribuciones, como responsable de la contratación del trabajador rural.
- Es necesario identificar en los registros de trabajadores el tipo de jornaleros (ubicación física, movimiento al año, carácter de los servicios: dependiente o cuentapropista, entre otros)
- Incorporar el concepto de "Instancia Única" a nivel estatal y federal, para contar con información que permita diagnósticos homogéneos y oportunos. Esta instancia podría funcionar con los recursos dispersos de todas las instituciones que concurren a los trabajadores rurales, para no generar nuevas erogaciones.
- Es necesario tener presente que las aportaciones hechas por los

trabajadores en instituciones de Seguridad Social distintas, no siempre son reconocidas entre sí (inclusive para trabajadores permanentes), por lo que es necesario revisar este aspecto.

- Estudiar la posibilidad de utilizar parte de los fondos de cotización para entrenar y mantener promotores de salud, considerando un cuadro básico de medicamentos y un fondo para la educación.
- Se propone calcular el pago de cuota por el monto de comercialización de la producción y no por el monto del salario del trabajador.
- Las bases de cotización y tiempos de cotización, no son adecuadas porque se están aplicando normas urbanas a condiciones rurales. Por ello, es necesario analizar los procesos actuales de registro, control de productores y trabajadores, con el propósito de fortalecer la afiliación. Uno de los mecanismos que podrían contribuir a esta tarea sería la Libreta Rural.

### ***c) Esquemas de aseguramiento***

- Los mecanismos de asignación familiar propuestos por Argentina, son diferentes a los de otros países de la región. En este sentido, se consideró que no es recomendable empatarlos dada la situación de crisis económica que prevalece en ese país.
- La idea de extender a otros países el esquema de financiamiento solidario que opera en Ecuador, es buena en tanto que promueve la continuidad del aseguramiento, pero también tiene algunas debilidades, ya que puede ser injusta para los que contribuyen y ganan menos.
- Dada la importancia y ubicación de las unidades IMSS-Solidaridad, se precisa un mayor número de clínicas de ese tipo.
- Propiciar la movilidad ascendente hacia el régimen de cobertura integral, en aquellos casos en donde existan regímenes diferentes (voluntarios, obligatorios, solidarios, etcétera).
- Unificar los sistemas de Seguridad Social, a fin de disminuir los costos de mantenimiento de su administración.

### ***d) Difusión y comunicación social***

- Realizar campañas de difusión, dando a conocer los derechos y obligaciones de los TEC.
- Establecer convenios entre los gobiernos estatales, municipales, confederaciones campesinas y el IMSS para difundir una nueva cultura de la Seguridad Social en el campo.
- Utilizar los medios de comunicación idóneos para cada comunidad, la cual deberá hacerse en forma bilingüe en beneficio de los indígenas.
- Sumar la participación de las personas y autoridades tradicionales de cada comunidad.

- Generar una cultura de la Seguridad Social, iniciando con la inclusión de contenidos en la educación primaria.
- Sustentar la concientización de los trabajadores en la participación activa de las organizaciones campesinas.
- Fortalecer las acciones de difusión del ejercicio de los derechos de las personas, teniendo en cuenta el nivel de las mismas (medios electrónicos bilingües, preferentemente radio y televisión).
- No son suficientes ni adecuadas las acciones de difusión, para fortalecer el conocimiento de los trabajadores respecto al ejercicio de sus derechos. La estrategia que se propone en este sentido es intensificar la incorporación de los trabajadores a través de la difusión en lenguas locales para llegar a toda la población.

#### **e) Cobertura**

- Extender la Seguridad Social en el campo a todos sus habitantes no sólo a los que tienen empleo.
- Promover la conformación de microseguros y la participación de ONG como medios para extender la cobertura. Estados Unidos es un ejemplo donde hasta hace poco, había 40 millones de norteamericanos sin seguro y se propuso un plan para asegurarlos estableciendo la edad de 67 años para su pensión.
- Todos los modelos convergen en llevar los esfuerzos a una mayor equidad, universalidad y contención de costos.

#### **f) Financiamiento**

- Se requiere precisar las fuentes de financiamiento para que la contribución sea solidaria.
- Es importante establecer medios de producción y riqueza en el campo para que estén en posibilidades de pagarse su seguro.
- Los recursos son insuficientes por mucho que aporte el gobierno, lo que se ve agravado por el cambio en el perfil epidemiológico y condiciones críticas de las economías.
- Es conveniente mantener el esquema tripartita.
- Existen áreas totalmente marginadas en las cuales es difícil que se invierta y éste será el gran reto; por ello, lo ideal es que los estados participen.
- En Tailandia existe un sistema donde la población paga aproximadamente un dólar mensual apoyando con medidas preventivas y sistemas de producción de trabajo; el gobierno por su parte aporta 50%.
- La propuesta de México, en cuanto a sistema subsidiado ordinario y voluntario es pertinente, haciendo hincapié en la solidaridad.
- En Veracruz sólo los productores de caña son los que garantizan su pago, no siendo así con otros cultivos, refiriendo que la Seguridad

Social todavía no aterriza en el campo, por lo que es importante contar con mayor financiamiento.

- Se propone que se grave a Secretaría de Comunicaciones y a las empresas telefónicas para que aporten su cuota.
- El gobierno debe diseñar sistemas de subsidios al campo y combatir la evasión fiscal, así como mejorar las formas de recaudación de las cuotas sociales.
- Es indispensable analizar la problemática de la insuficiencia de recursos para hacer frente a las cotizaciones de sus dependientes, en el caso de pequeños productores.
- Generar formas diversas de financiamiento debe ser responsabilidad también de la Seguridad Social.
- No hay posibilidad de comparar las diferencias en gasto en salud y Seguridad Social en nuestros países.
- Sería interesante analizar la proporción del Producto Interno Bruto que se destina a la Seguridad Social en cada país.

#### ***g) Aspectos de política***

- Aunque no sea una tarea propia de las instituciones de Seguridad Social, es esencial contar con sindicatos y organizaciones campesinas fortalecidas y participativas.
- Es necesario enfatizar la competitividad internacional, resaltando el déficit fiscal grave. Por ello cabe preguntarse por qué empeñarnos en producir en lo que no somos competitivos.
- Es necesario dar unidad a los mecanismos de Seguridad Social como una ruta a seguir, a través de la cual se proteja a quienes menos recursos tienen, a los excluidos, ya sea por barreras geográficas, culturales, económicas, sociales, étnicas, religiosas o de otra índole, considerando la capacidad de respuesta correspondiente.
- Bajo la perspectiva de calidad y oportunidad se requiere trabajar en varias dimensiones: protección financiera, acceso pleno, conjunto de prestaciones bajo una adecuada coordinación entre instituciones, celebrando convenios que incluyan educación, salud, alimentación y capacidad de organización; asimismo, instrumentar modalidades de atención diversificada, acordes a las características de los trabajadores eventuales.
- A mayor y mejor Seguridad Social menor inestabilidad social.
- Evaluar convenios internacionales que prevean la cobertura del trabajador extranjero, haciendo valer sus cotizaciones al momento de acceder a los beneficios.
- Reforzar y fortalecer la representatividad de las organizaciones sindicales.

- El primer lineamiento básico de política debe ser la declaración del derecho exigible a la protección de salud de todas las personas.
- Es pertinente cambiar el paradigma de la salud ligada al trabajo por el de la salud ligada a la persona.
- Es imperativo convertir la Seguridad Social del campo en política pública de Estado.
- Debe existir un sistema único de información y orientación y ser compartido con una base de datos que permita hacer transacciones entre instituciones.
- Se propone que se cumplan los principios de cobertura todo el año, a toda la familia y en todo lugar, aprovechando la infraestructura disponible de las diversas instituciones.
- Es necesario prever la generación de la demanda, promoviendo que la población se sume a medidas anticipatorias de las instituciones.
- Se propone ampliar la cobertura de temporal a permanente y no considerar solamente los meses de cotización.
- Es necesario retomar la experiencia de Brasil, que consiste en ligar la prevención, la protección y la rehabilitación de las personas, independientemente de su condición de empleo, compartiendo lo anterior entre grandes grupos de cotización.

#### ***h) Modalidades de aseguramiento***

- Establecer el Seguro de Desempleo.
- Los mecanismos de acción directa contribuyen a mejorar la capacidad de compra y de consumo, reactivando la economía local; otra ventaja adicional es que provee de cierto grado de autonomía a los trabajadores, promueve el asentamiento y arraigo a su comunidad y dignifica las condiciones de vida del trabajador; por ende, disminuye los trabajadores golondrina.
- La asignación por desempleo será eficiente en la medida que tenga temporalidad y se vincule a programas educativos.
- Es importante propiciar la aplicación del seguro para el retiro en forma efectiva, así como reforzar las acciones para que los jornaleros accedan a futuro los beneficios de pensión en su vejez.
- Asimismo, es necesario valorar los beneficios del Seguro de Retiro, ya que los compromisos a largo plazo mejoran la productividad del trabajador. Por ello es importante individualizar las cuentas del trabajador.
- Es necesario estudiar las características de la pensión contributiva para los mayores de 65 años y que sus ingresos no sean mayores de 40% del salario mínimo, lo que vendría a ayudar a los más marginados, siendo esta una posibilidad viable.
- El problema de Seguridad Social no sólo es de países pobres.

***i) Mercado***

- Es esencial destacar la problemática de la competitividad con los mercados externos, poniendo de ejemplo a Brasil y Tailandia, haciendo énfasis en problemas estructurales muy grandes.
- Es necesario tener en cuenta que existen problemas de valores y de humanidad en las economías globalizantes.

***j) Condiciones de vida, traslado y laborales***

- Analizar las rutas de migración de los jornaleros agrícolas.
- Generar mecanismos de control para evitar los abusos del intermediarismo y los enganchadores.
- Establecer mecanismos efectivos de control y regulación de las relaciones laborales, en tanto responsabilidades que exceden a la Seguridad Social.



## SESIÓN DE CLAUSURA

---

Señores representantes de las instituciones organizadoras; doctor Henri Jouval, representante de la Organización Panamericana de la Salud y Organización Mundial de la Salud; doctor Javier Cabral Soto, licenciada Rosa Ma. Sandoval, señor Secretario General de la CISS, doctor Jorge Meléndez, quien asiste asimismo en representación del doctor Santiago Levy, Presidente de la CISS y de la Junta Directiva del CISS y Director General del Instituto Mexicano del Seguro Social; señores representantes de la Organización Internacional del Trabajo; consultores, profesores, investigadores, funcionarios de la Seguridad Social americana que nos honran con su presencia; amigas y amigos todos:

A la hora de cerrar los trabajos del *Primer Seminario Internacional sobre Seguridad Social en el Campo*, consecuencia de una iniciativa del Instituto Mexicano del Seguro Social, retomando un tema que ha formado parte en el pasado de nuestras actividades académicas y que sobrevive con una notable actualidad en consideración a las dificultades de la cobertura de la Seguridad Social para el sector rural en general, tenemos que consignar en primer término, nuestra satisfacción por el nivel en que los objetivos trazados han podido alcanzarse. Una gran parte de las cosas que planteamos fueron conseguidas y en algunos aspectos fueron superadas; en otros, nos dejan el estímulo para nuevas instancias y nuevos análisis de los problemas.

La presentación del doctor Santiago Levy el primer día de actividades, resultó estimulante, creativa, fermental, generadora de ideas en una serie de aspectos. Luego, lo han sucedido expositores notables, muchos de los cuales están en torno a esta mesa, con estilos y enfoques naturalmente diversos; unos, con ponencias de carácter descriptivo que han permitido hacer comparaciones, recibir informaciones valiosas, conocer realidades de ambientes y países distintos como elemento indispensable para determinar cuán pertinente puedan resultar algunos de esos instrumentos en otras realidades sociales y políticas, especialmente en el ámbito latinoamericano; otras exposiciones, a veces incluyeron propuestas innovadoras, originales, cuestionables, polémicas, discutibles y precisamente fue eso, en gran parte, lo que enriqueció el *Seminario*.

Los expertos que nos visitaron y los participantes tuvieron una intensa actividad y un protagonismo permanente. Algunos funcionarios nos comentan y nos dicen por qué algunas de las cosas que parecen fáciles en la enunciación teórica resultan difíciles, si no imposibles de concretar en la práctica, y nos ponen en la necesidad de buscar otros caminos porque muchas de las cosas que nosotros lanzamos como ideas, más o menos sencillas, resulta que tropiezan con inconvenientes, según la realidad lo demuestra a los administradores que trabajan cada día y los que están en la lucha cotidiana; luchadores ignorados de esta causa de justicia que es la Seguridad Social, anónimos muchos de ellos; y qué decir de la experiencia rica del

sector campesino que nos acompañó y ha enriquecido el *Seminario*, representantes genuinos de un conocimiento adquirido en una experiencia cotidiana en el campo. Es fácil desde el asfalto muchas veces juzgar, a partir de la teoría y de los libros, sobre lo que es el trabajo agrícola y es difícil comprender para quienes no conocemos suficientemente una realidad tan rica, tan diversa, tan cambiante, tan proteica, como la realidad del campo en las diversas modalidades de la vinculación del hombre con él y su explotación económica.

Resalto pues la significación que tiene haber logrado conjuntar este grupo humano tan rico en su diversidad, y llevar adelante este *Seminario*. Queda simplemente la expresión de nuestros agradecimientos en los que inevitablemente incurriremos en omisiones que no hay forma de que uno deje de cometerlas en una circunstancia como ésta. Yo tengo que agradecerle desde luego al Instituto Mexicano del Seguro Social, a todo el Instituto, al impulso que el propio doctor Santiago Levy dio a estos trabajos; al equipo de trabajo de la Dirección de Afiliación y Cobranza en la persona del licenciado José Antonio Alvarado, por tener un grupo notable de trabajo. Nosotros tenemos la gran satisfacción de haber tenido meses de reuniones con este grupo y realmente hemos calibrado su valor humano, técnico y profesional. De nuevo, gracias. A la Organización Panamericana de la Salud, en la persona de su representante, doctor Henri Jouval, y a todos aquéllos que trabajando para esa Organización han venido generosamente a nuestra casa a difundir lo que saben, a participar y a contribuir en nuestras discusiones y análisis a fin de enriquecer nuestros debates, gracias también.

A todo el equipo de trabajo de nuestro Centro Interamericano de Estudios de Seguridad Social en su conjunto, colaboradores que han hecho posible esta reunión; a cuantos están en torno a esta mesa y han sido permanentemente los auxiliares indispensables en todas las tareas, sin cuya participación esta labor sería imposible de cumplir, vaya nuestra gratitud.

El *Seminario* aquí concluye y sin darle una expresión grandilocuente más allá de lo razonable, aun en su modestia, sin duda ha significado una contribución importante para el análisis de este apasionante asunto, y un paso más en la dirección correcta y en la búsqueda permanente de soluciones allí donde éstas son reclamadas; de justicia, allí donde no la hay; de mejores condiciones de vida, allí donde la realidad está clamando por la dignificación de la condición humana, que finalmente de eso se trata. Muchas gracias de todo corazón.

Dr. Luis José Martínez Villalba  
*Director del CIESS*

La presente edición de la *Memoria del Primer Seminario Internacional sobre Seguridad Social en el Campo*, se terminó de imprimir en diciembre del 2002, en los Talleres de GRD Comunicación, Pilares 74, Cbl. Del Valle, México, D.F.

Se tiraron mil ejemplares con interiores en papel bond de 90 gr. y cubiertas en couché de 300 gr. Se utilizaron tipos helvética medium 9/12 y times 8/8 pts.

El cuidado de la edición estuvo a cargo de Violeta Sánchez Romay y Alejandro del Valle Muñoz

Impreso y hecho en México

MMII

