

ECONOMÍA Y FINANZAS

LA COBERTURA DE SEGURIDAD SOCIAL EN LA ECONOMÍA POPULAR EN LA ARGENTINA

Carlos Martínez - Andrés Cappa - Federico Blasco

Diciembre 2022



ECONOMÍA Y FINANZAS

LA COBERTURA DE SEGURIDAD SOCIAL EN LA ECONOMÍA POPULAR EN LA ARGENTINA



Índice

INTRODUCCIÓN	3
1. EL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL EN LA ARGENTINA	4
2. LA COBERTURA EN LA ECONOMÍA POPULAR	14
2.1. El concepto de Economía Popular y su definición operativa _____	14
2.2. Las alternativas de cobertura para la EP _____	14
2.2.1. Indicadores de cobertura y suficiencia de las prestaciones previsionales _____	19
2.2.2. Indicadores de la cobertura de salud _____	29
3. LINEAMIENTOS PARA MEJORAR LA COBERTURA	34
 BIBLIOGRAFÍA	 35
 ABREVIATURAS Y SIGLAS UTILIZADAS	 37

INTRODUCCIÓN

El desarrollo de sistemas de seguridad social se asocia a una tendencia general hacia el predominio del trabajo asalariado, debido a que en esta relación social de producción quien trabaja por su cuenta por sí solo no tiene un respaldo para afrontar situaciones de contingencia ya que no cuenta con un capital de resguardo¹. Sin embargo, en gran parte del mundo estas situaciones “contingentes” se tornan estructurales, lo cual se refleja en elevados niveles de pobreza y desempleo. En particular, la heterogeneidad estructural característica de las economías subdesarrolladas implica formas de inserción laboral precarias para grandes porciones de la población activa, ello explica la debilidad de los sistemas de seguridad social puramente contributivos para lograr niveles universales de cobertura, generando a su vez tensiones en el financiamiento y sostenibilidad del sistema en su conjunto.

En la Argentina, el sistema de seguridad social nacional está compuesto por cuatro subsistemas: i) previsión social, ii) asignaciones familiares, iii) desempleo, y iv) riesgos del trabajo; a los que se les suma el Sistema Nacional de Seguro de Salud integrado por el Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados (INSSJP) y las obras sociales nacionales.

Si bien en nuestro país se han realizado esfuerzos por extender la cobertura a través de la creación de complementos no contributivos en algunas prestaciones (principalmente previsionales y asignaciones familiares), se ha conservado la matriz de derechos condicionados por la situación de registro de las trabajadoras y los trabajadores. En este marco, quienes trabajan en la Economía Popular se encuentran mayormente excluidos/as de los beneficios de la seguridad social, aun cuando se han creado herramientas específicas dirigidas a este segmento, tales como el monotributo social.

Sobre la base de estas consideraciones, el objetivo principal del estudio es efectuar un diagnóstico de la situación actual de la cobertura de seguridad social de las trabajadoras y trabajadores de la Economía Popular y proponer lineamientos de política pública para ampliarla de manera sostenible.

En lo que sigue, el documento se organiza de la siguiente manera: En el primer apartado se introduce conceptualmente al sistema de seguridad social y se presentan sus principales características en el caso argentino, con foco en los subsistemas de previsión social y salud; en el segundo apartado se desarrolla un diagnóstico cualitativo y cuantitativo de la cobertura de estos dos subsistemas, con énfasis en los trabajadores y las trabajadoras de la Economía Popular; finalmente, en el tercero, se presentan algunos lineamientos de política pública con el objetivo de contribuir a la mejora de la cobertura en el segmento de la Economía Popular.

¹ Gøsta Esping-Andersen expresa una noción similar utilizando el concepto de mercantilización: “Al transformarse los mercados en universales y hegemónicos, es cuando el bienestar de los individuos viene a depender enteramente del circuito monetario. El despojar a la sociedad de las capas institucionales que garantizaban la reproducción social fuera del contrato laboral significó la conversión de los individuos en mercancías, su mercantilización” (Esping-Andersen 1993:41).

1

EL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL EN LA ARGENTINA

A grandes rasgos, los sistemas de seguridad social buscan proteger a las personas ante una serie de diversas situaciones que pueden implicar una merma en su capacidad para generar un ingreso adecuado para sí y para quienes de ellas dependan económicamente.

En tal sentido, la Organización Internacional del Trabajo (OIT) ha definido a la seguridad social como: “La protección que la sociedad proporciona a sus miembros, mediante una serie de medidas públicas, contra las privaciones económicas y sociales que de otra manera derivarían de la desaparición o de una fuerte reducción de sus ingresos como consecuencia de la enfermedad, maternidad, accidente de trabajo o enfermedad profesional, desempleo, invalidez, vejez o muerte; y también la protección en forma de asistencia médica y de ayuda a las familias con hijos” (1984:3).

Así, las contingencias que la seguridad social busca atender, en una definición estricta, han sido taxativamente enumeradas, incluyendo a la invalidez, vejez y muerte y la atención de la salud (componentes en los que se enfoca el presente documento), así como al desempleo, las cargas de familia, las enfermedades profesionales y los accidentes de trabajo (todas ellas cuestiones sobre las que se realiza un breve comentario acerca de su actual situación en el país en el Recuadro 1).

RECUADRO 1: Cobertura de desempleo, las cargas de familia y los riesgos laborales en la Argentina

Las ramas de la seguridad social —distintas de las que atienden a la salud, y a la invalidez, vejez y muerte— se pueden clasificar en tres grandes grupos.

Por un lado, aquellas asociadas a la imposibilidad de obtener un ingreso dada la falta de acceso a un empleo. La segunda, en lo que genéricamente se denomina “cargas de familia”, que engloba a las asignaciones familiares (ayuda a las familias con hijos/as) y a las prestaciones por maternidad. Mientras que la tercera, denominada riesgos de trabajo, contempla tanto a la asistencia y prevención de accidentes de trabajo (hechos traumáticos de impacto físico o mental, con menoscabo, transitorio o permanente, en la capacidad laborativa, en el lugar de trabajo o en viaje hacia o desde este) y enfermedades profesionales (condiciones crónicas provocadas por el ejercicio continuado y prolongado de determinado tipo de actividades laborales o por su realización en ciertas condiciones).

En relación con el desempleo, la cobertura general que se presta en Argentina, desde el sistema contributivo, es el seguro de desempleo, creado en 1991 y que otorga prestaciones de bajo nivel (menos de la mitad del salario mínimo) decrecientes a lo largo del tiempo y por un periodo limitado (habitualmente menor a un año). Dado que tal seguro se limita al sector privado asalariado registrado, es claro que quienes trabajan por su propia cuenta (incluido así todo el colectivo laboral

correspondiente a la Economía Popular) no tienen acceso a esta prestación, por lo que solamente pueden aspirar a obtener una asistencia al desempleo no contributiva, lo que incluye una serie muy amplia y heterogénea de programas sociales que ameritan un estudio específico en profundidad y que comparten el status de no constituirse desde un enfoque de derechos, y, por tanto, ser pasibles de modificaciones, suspensiones, bajas y eliminación, aun en casos en que la situación de base (el desempleo) no se ha modificado.

En cuanto al sistema de riesgos de trabajo, este continúa, desde la década de 1990, privatizado, ya que es administrado por empresas financieras denominadas aseguradoras de riesgos de trabajo (ART). Si bien su cobertura en montos (no tiene *a priori* limitación), universo alcanzado (sí incorpora al sector público) y duración (no se agota mientras dure la contingencia) es superior a la del seguro de desempleo, comparte con este no cubrir al trabajo por propia cuenta (y, por ende, a la Economía Popular toda). La no existencia de un componente asistencial o no contributivo para brindar cobertura a dicho colectivo laboral deja, como única vía, la contratación de seguros de accidentes personales, que, por un lado, invisibilizan la condición laboral y, por otro, presentan mayores falencias de cobertura, a la vez que se enfocan en los accidentes laborales, pero no en condiciones crónicas como las enfermedades profesionales.

Finalmente, para las cargas de familia conviene separar la maternidad de la asistencia a familias con hijos/as. En el primer caso, la licencia por maternidad (acotada, en general, a tres meses, extensibles a otros tres pero, estos últimos, sin percibir el sueldo; y que tiende a reproducir estereotipos de género, dado lo raquítrico de la licencia por paternidad) es un derecho únicamente para quienes trabajan en relación de dependencia en forma registrada, por lo que se excluye palmariamente a las mujeres que realizan su esfuerzo laboral en la Economía Popular. Pero incluso en lo que hace a la asistencia a la niñez —que parece ser más universal—, entre el seguro contributivo para quienes trabajan en relación de dependencia registrada con salarios medios o bajos, la deducción del impuesto a las ganancias para trabajadores/as autónomos/as y asalariados/as de altos ingresos y la asignación universal por hijo/a (AUH) para la Economía Popular, asalariados/as informales y personas sin empleo, esta presenta profundas inequidades.

Así, quienes cobran la AUH reciben cada mes el 80%; el 20% queda condicionado a cobrarse el año siguiente tras la presentación de la libreta que acredita el cumplimiento de vacunas y escolaridad. Existe una primera discusión sobre por qué a un subconjunto se le imponen condicionalidades sobre el cuidado de los niños y niñas mientras que al otro no. Aquí no abordaremos esta cuestión; pondremos el foco en el perjuicio económico que representa esto en un país que posee niveles de inflación elevados y persistentes a lo largo del tiempo. A modo de ejemplo, observemos lo sucedido este último año (2022), que representó una pérdida de casi un 10% en el monto anual cobrado. Cabe destacar que cuanto más se demora la o el titular en presentar la libreta o el organismo en procesar la libreta la pérdida se acrecienta proporcionalmente.

Todo lo cual amerita la realización de estudios en profundidad respecto de la cobertura por desempleo, accidentes de trabajo, enfermedades profesionales, maternidad y cargas de familia de quienes trabajan en la Economía Popular y, en base a ellos, proponer reformas para su inclusión efectiva, y en pie de igualdad, en la seguridad social.

Antes de centrar el análisis en dos de los subsistemas presentados en esta definición tradicional de seguridad social, vale la pena abordarla, no ya desde lo que dice, sino desde lo que calla, esto es, una suerte de contingencia que no parece haber sido prevista en el contexto histórico de consolidación de la seguridad social (durante la inmediata

posguerra, a fines de la década de 1940²) pero que empieza a ser problematizada, en los países centrales, desde hace ya medio siglo³: el de la pobreza en personas con una actividad laboral plena.

Este fenómeno, que la bibliografía anglosajona define como “*working poor*”, central en la Economía Popular (EP), remite a la situación de quienes no se ven impedidos para trabajar por problemas de salud (en general), enfermedades profesionales y accidentes de trabajo (en particular), discapacidad, vejez o desempleo (ya sea este total o parcial, bajo la forma de una jornada reducida no deseada) ni tampoco han sufrido el fallecimiento de alguien que proveía una porción significativa de los ingresos de su hogar ni presentan un gran incremento en las cargas de familia, pero que, sin embargo, a cambio de su esfuerzo laboral, no logran obtener ingresos suficientes para sostener un umbral mínimo de consumo.

Cabe entonces reflexionar acerca de si la definición habitual de seguridad social no resulta insuficiente para dar cuenta de las necesidades (y por ende los derechos) de los colectivos laborales del siglo XXI y, por tanto, urge su revisión y actualización. Reflexión que atraviesa al presente documento.

Respecto, en general, a la actual seguridad social y al sistema previsional (que engloba las contingencias de invalidez, vejez y muerte mencionadas previamente) y de cobertura de salud, en particular, resulta de interés, incluso como parte de la preocupación hacia quienes no encuentran una forma de inclusión social plena en su trabajo⁴, profundizar en la cuestión de la contributividad.

Podemos definir contributividad como la participación directa de los/as trabajadores/as en el financiamiento del sistema de seguridad social por medio de cotizaciones (propias y/o del empleador). Cotizaciones originalmente creadas y principalmente destinadas para tal fin que generan, a su vez, la adquisición de un derecho sobre el cobro futuro de prestaciones, ante la ocurrencia de las contingencias y situaciones cubiertas.

El principio de contributividad es clave, en tanto implica no solamente la posibilidad de obtener protección por parte del sistema de seguridad social, sino que también se relaciona con su sustentabilidad, por medio del fortalecimiento de su financiamiento, y con la posibilidad de acceder a un grupo mucho más amplio de derechos, en tanto la contribución implica el registro de la actividad laboral. El registro garantiza el cumplimiento de garantías mínimas en relación con las condiciones de seguridad y salubridad en el trabajo, con la fijación de la remuneración, con la duración e intensidad de la jornada, con las condiciones de contratación y despido y, fundamentalmente, con la posibilidad de negociación colectiva y sindicalización, que opera como fuente y garantía política del efectivo cumplimiento y eventual ampliación de tales derechos. En resumen, la cotización suele operar como la puerta de entrada al Trabajo Decente⁵.

Es perfectamente posible brindar cobertura de la seguridad social sin cumplir con el principio de contributividad. De hecho, tal estrategia ha sido ampliamente explotada por los países de la región (ver Recuadro 2). Sin embargo, dicho curso de acción separa el acceso a la seguridad social de la generación de su financiamiento e impide crear externalidades positivas en relación con el acceso a derechos laborales, políticos y sociales.

2 Momento en que se cristaliza la combinación de asistencia social, seguros sociales y seguros voluntarios (Beveridge 1942).

3 Desde inicios de la década de 1970 en Estados Unidos y de la de 1990 en la actual Unión Europea (Calvo Gallego 2017).

4 Así, es posible pensar la pobreza desde un plano multidimensional, en el cual a la exclusión parcial del consumo producto de los bajos ingresos se yuxtaponen otras exclusiones, tales como la educativa, espacial o de la seguridad social (Kaztman 2001).

5 Concepto desarrollado en la Declaración sobre la justicia social para una globalización equitativa, de la Organización Internacional del Trabajo (OIT) del año 2008, que remite a cuatro objetivos estratégicos: 1) “promover el empleo creando un entorno institucional y económico sostenible”; 2) “adoptar y ampliar medidas de protección social –seguridad social y protección de los trabajadores–”; 3) “promover el diálogo social y el tripartismo”; y, 4) “respetar, promover y aplicar los principios y derechos fundamentales en el trabajo”, a la vez que “La igualdad de género y no discriminación deben considerarse cuestiones transversales en el marco de los objetivos estratégicos, objetivos que tienen validez para todos los trabajadores y las trabajadoras, en la economía formal e informal, en trabajos asalariados o autónomos; en el campo, industria y oficina; en sus casas o en la comunidad” (OIT 2012: 38).

RECUADRO 2: Cobertura no contributiva en los sistemas de pensiones

La Organización Internacional del Trabajo (OIT) señala, en el “Informe Mundial sobre la Protección Social 2017-2019”, que, de un total de 192 países, 186, es decir, el 97%, cuentan con sistemas de pensiones reconocidos en la legislación nacional que efectúan pagos periódicos a sus destinatarios/as.

Los sistemas de pensiones, en lo que hace a su morfología, presentan diferencias notables según los países. En el 39% de los casos nacionales se verifica únicamente la existencia de un régimen contributivo.

En 54%, es decir en la mayoría de los países, el sistema se caracteriza por la coexistencia de un régimen contributivo con distintos subtipos de regímenes no contributivos (universales o sujetos a comprobación de la inexistencia de otras pensiones o de otros recursos que superen un determinado nivel).

En el 7% de los países el sistema está estructurado únicamente a partir de un esquema no contributivo. Finalmente, solo el 3% de los países carecen de todo régimen legal de jubilación reconocido que realice transferencias monetarias periódicas.

El régimen contributivo nace en la Alemania de Bismarck, en el año 1889, bajo la idea del seguro social. Por su parte, la coexistencia de ambos regímenes (contributivo y no contributivo) aparece inicialmente en Dinamarca en 1891 y en Australia en 1908; se extenderá luego a Irlanda y el Reino Unido, en el año 1909.

Por otro lado, el modelo de un régimen únicamente universal no contributivo tiene sus orígenes en Nueva Zelanda, en el año 1898, cuando se crea un sistema, originalmente, de acceso supeditado a un test de ingresos, que luego incorporará un componente totalmente universal en 1938. El 7% de los países relevados solamente cuentan con prestaciones no contributivas (universales y/o focalizadas)

Estos datos relevados por la OIT implican que el 90% de los países cuentan con el reconocimiento en su legislación de un régimen contributivo (ya sea de carácter único, o combinado con un régimen no contributivo).

Por otra parte, el 58% de los países cuenta con el reconocimiento de un régimen no contributivo (que puede ser de carácter único, o puede estar combinado con el régimen contributivo).

Asimismo, es importante señalar que las pensiones universales no contributivas existen en 24 de los países analizados, valor que representa un 13% del total.

La Argentina, desde la óptica formal de la configuración de su régimen de pensiones, ha pasado recientemente —con la aplicación de la Pensión Universal para el Adulto Mayor (PUAM)—, de un modelo basado en un régimen contributivo y un régimen no contributivo sujeto a comprobación de recursos (existencia de la jubilación contributiva y pensiones asistenciales por vejez implementadas en el año 1994) a un modelo basado en un régimen contributivo y un régimen no contributivo sujeto a comprobación de otras pensiones (la jubilación contributiva y la PUAM para las personas que superan la edad legal de jubilación y se encuentran sin cobertura contributiva).

No obstante, la PUAM (política que se presenta como universal) viene a reemplazar a las prestaciones semicontributivas, instrumentadas mediante moratoria previsional, más que a las pensiones no contributivas por vejez.

En América Latina y el Caribe, por su parte, el porcentaje de cobertura efectiva es de 71%, aunque es posible advertir un importante grado de heterogeneidad entre los distintos países.

El grueso de los países más importantes de la región que presentan las mayores tasas de cobertura (como Trinidad y Tobago, Argentina, Brasil y Chile) combinan prestaciones contributivas y no contributivas para lograr tales niveles de alcance en la protección social que brindan a su población adulta mayor.

Por ejemplo, Brasil y Chile, con una cobertura del orden del 80% de su población adulta mayor, atienden, con prestaciones no contributivas a entre 40% y 60% de las personas cubiertas. Mientras que, en México, donde solamente un cuarto de la población de mayor edad cobra pensiones, el 90% de dicha cobertura es de tipo no contributivo.

El caso de Bolivia resulta muy particular, en tanto se trata de una cobertura enteramente no contributiva, aunque, en rigor, quienes poseen una prestación contributiva conservan el derecho a acceder a un beneficio no contributivo, pero de un nivel menor al correspondiente a quienes no perciben pensión, por lo que la cobertura no contributiva es universal, sin que ello implique la inexistencia de un (muy acotado en su alcance) esquema de pensiones del seguro social.

Más aún, al desvincular el registro del acceso a la seguridad social, puede reducirse la presión social por la formalización de la economía y de las relaciones laborales.

Conviene mencionar entonces un debate más amplio, pero sin dudas fuertemente relacionado con la importancia brindada a la idea de contributividad en distintas configuraciones de la seguridad social. Dicha discusión refiere al objetivo central de la intervención social del Estado en términos de garantías y considera como opciones polares el derecho al ingreso o al empleo.

En el contexto global, tal discusión incluye cuestiones como el rol central del trabajo en tanto principal articulador social y la posibilidad, en la actual configuración del sistema capitalista, de generar Trabajo Decente para todas las personas.

Así, en un plano ampliado, el debate que subyace es acerca de cuál es el objetivo central de lo que la bibliografía (Esping-Andersen 1993) ha dado en llamar regímenes de Estado de Bienestar.

Una opción polar es la que sostiene que, en tanto el trabajo opera como el gran articulador social de las sociedades capitalistas, el Estado debe garantizar el empleo (Rosanvallón 1995). Ello resulta consistente con la histórica posición en la materia de las organizaciones sindicales, desarrollada, en un contexto actual y para nuestra región, en Lacchini y Zuccotti (2009).

De este modo, la Plataforma Continental, desarrollada por la Confederación Sindical de Trabajadores y Trabajadoras de las Américas (CSA) en el año 2010, señala claramente que dicha organización: “asume el compromiso de luchar para que todas y todos los/las trabajadores/as, asalariados o no asalariados, tengan seguridad social” y por la “creación de trabajo decente para todos y todas sin exclusión” (p. 5).

En contraposición, otras visiones consideran que el progreso técnico implica la imposibilidad práctica de ocupar a la totalidad de la población en edad de trabajar en actividades directamente vinculadas con la producción para el mercado, por lo que la obligación pública es asegurar un ingreso tal que permita la reproducción social y la dignidad humana (Gorz 1998).

Así, en Argentina, el sistema previsional presenta, en la actualidad, un diseño semicontributivo, que puede definirse en el plano de una categoría conceptual desarrollada para la región⁶, como universalismo estratificado (Filgueira 2007; Andrenacci y Repetto 2005), en tanto los beneficios no alcanzan a todo el grupo poblacional (la tercera edad) pero sí a su mayor parte, aunque con prestaciones bastante diferenciadas de acuerdo con la trayectoria laboral de cada cual. Este modelo no ha sido capaz de adaptarse a los cambios poblacionales y laborales de las últimas décadas.

Sin embargo, tal modelo de universalismo estratificado ha experimentado una recomposición en los últimos años. En un primer momento (hasta 2015), a partir de cierto cuestionamiento, dando cabida, más de facto que *de iure*, al principio de contributividad y, en tal sentido, ha sido protagonista del proceso de reconstitución de la amplitud de la cobertura.

En una segunda instancia, desde la creación de la Pensión Universal para el Adulto Mayor (PUAM)⁷, se reconoció en forma explícita la necesidad de generar mecanismos que, aunque apuntan al logro de una cobertura universal, no necesariamente la garantiza, pero sí aseguran un mayor nivel de diferenciación y desigualdad al interior del propio sistema de seguridad social.

Es posible, entonces, concebir una tipología integrada por tres diseños institucionales bien diferenciados de cara a la cobertura de la contingencia de vejez (y de la cobertura de salud en general).

Por un lado, el refuerzo de la contributividad como principio articulador del sistema (que debería aplicarse tanto en términos de condición de acceso como en relación a su financiamiento) y la necesidad de universalizar el Trabajo Decente, en el entendimiento de que ello es posible y deseable.

Esto es, la necesidad de que todas las personas puedan acceder a un puesto de trabajo donde se garanticen cuestiones tales como la estabilidad, la negociación colectiva, la representación sindical, el cumplimiento de las normas y derechos laborales y de la seguridad social y la no discriminación.

Como segunda posibilidad, y reconociendo la validez de los planteos que refieren al “fin del trabajo”, surge la alternativa de brindar una cobertura no contributiva, universal e indiferenciada.

Ello implica la eliminación de la contributividad, su reemplazo por los impuestos (en un sentido amplio, los recursos públicos⁸ generales del Tesoro) y la separación entre la trayectoria laboral y la posibilidad de acceder a las prestaciones de la seguridad social.

Una tercera posibilidad viene dada por el reconocimiento de la diversidad y heterogeneidad estructural del trabajo y del empleo en las sociedades contemporáneas, lo que requiere la combinación de múltiples esquemas de protección social, que incluyen las prestaciones contributivas⁹, las no contributivas y las semicontributivas.

Vale destacar que dentro del régimen contributivo general se pueden contemplar formas diversas de cotización, tales como las que realiza el personal de casas particulares y quienes integran el régimen de monotributo, y especialmente quienes forman parte del régimen de monotributo social.

⁶ Que cuenta con estudios en profundidad acerca de su situación en nuestro país (Di Costa 2011).

⁷ Que tiene por antecedente la pensión no contributiva por vejez, creada por Decreto-Ley N° 18.910/71.

⁸ Entendiendo que estos, además de los recursos tributarios (impuestos, tasas, derechos y contribuciones especiales), pueden incluir recursos monetarios (emisión), patrimoniales (rentas de la propiedad, venta de bienes y servicios, ingresos de operación y rentas de la propiedad), caritativos (donaciones) y provenientes del crédito público (López Accotto *et al.* 2016).

⁹ Generales, especiales (que suelen gozar de una mayor tasa de reemplazo, tales como las aplicadas a determinados colectivos laborales como el personal policial, militar, docente y judicial) o diferenciales (que permiten un retiro anticipado a quienes enfrentan condiciones laborales riesgosas, insalubres o que implican un envejecimiento y/o fallecimiento prematuro) (Martínez 2022).

Así, para el caso argentino, en referencia al sistema previsional reciente, las posiciones van desde la unificación de regímenes y fortalecimiento de la contributividad (Rofman 2021), o la instauración de sistemas de ingreso universal (Gaitan y Del Bono 2020) al reconocimiento de la diversidad (Martínez 2022).

Antes de focalizar en la situación de la Economía Popular en materia de seguridad social es necesario abordar, más allá de las consideraciones en común con el sistema previsional en lo que respecta a contributividad y cobertura, las particularidades del sistema de salud de nuestro país.

Como primer punto al respecto, vale retomar la definición tradicional de seguridad social¹⁰, que no menciona la palabra salud, sino que habla de la contingencia de “enfermedad” y de “atención médica”.

Ello se contrapone con la visión vigente desde hace más de cuatro décadas sobre la salud, condensada en la Declaración de Alma-Ata de 1978 de la Organización Mundial de la Salud, que la define como un “estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades” (OMS 1978: 1).

En esta línea, el desempleo, los déficits de trabajo decente y la pobreza¹¹ atentan contra ese estado de completo bienestar social (y, sin duda, también afectan el bienestar físico y mental), por lo que, incluso, podrían catalogarse como enfermedades sociales.

Sin perder de vista estos límites de la definición tradicional de seguridad social para abordar, ya no solo la pobreza, sino también el sostenimiento de la salud, es preciso presentar algunos aspectos básicos del sistema de salud argentino.

Así, desde un punto de vista normativo, la Constitución de la Nación Argentina establece, por el inciso 22 de su artículo 75, que una serie de declaraciones, convenciones y pactos internacionales “en las condiciones de su vigencia, tienen jerarquía constitucional, no derogan artículo alguno de la primera parte de esta Constitución y deben entenderse complementarios de los derechos y garantías por ella reconocidos”.

Algunos de estos instrumentos normativos internacionales, con foco en la salud, son: la Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre, artículo 11, que establece que “Toda persona tiene derecho a que su salud sea preservada por medidas sanitarias y sociales, relativas a la alimentación, el vestido, la vivienda y la asistencia médica”, remarcando que la salud es más que la asistencia médica; la Declaración Universal de Derechos Humanos, artículo 25, inciso 1: “Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios”; el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, artículo 12, inciso 1, por el que “Los Estados Partes en el presente Pacto reconocen el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental”.

En cuanto a los modelos prestacionales, los sistemas de salud pueden pensarse a partir de cuatro “tipos ideales” (Tobar 2000), que se combinan en cada experiencia nacional:

- a) el modelo universalista, en el que el Estado ejerce las funciones de financiación (con recursos procedentes de impuestos) y provisión, con acceso universal a los servicios;

10 La cual entiende a la seguridad social como: “La protección que la sociedad proporciona a sus miembros, mediante una serie de medidas públicas, contra las privaciones económicas y sociales que de otra manera derivarían de la desaparición o de una fuerte reducción de sus ingresos como consecuencia de la enfermedad, maternidad, accidente de trabajo o enfermedad profesional, desempleo, invalidez, vejez o muerte; y también la protección en forma de asistencia médica y de ayuda a las familias con hijos” (OIT 1984: 3).

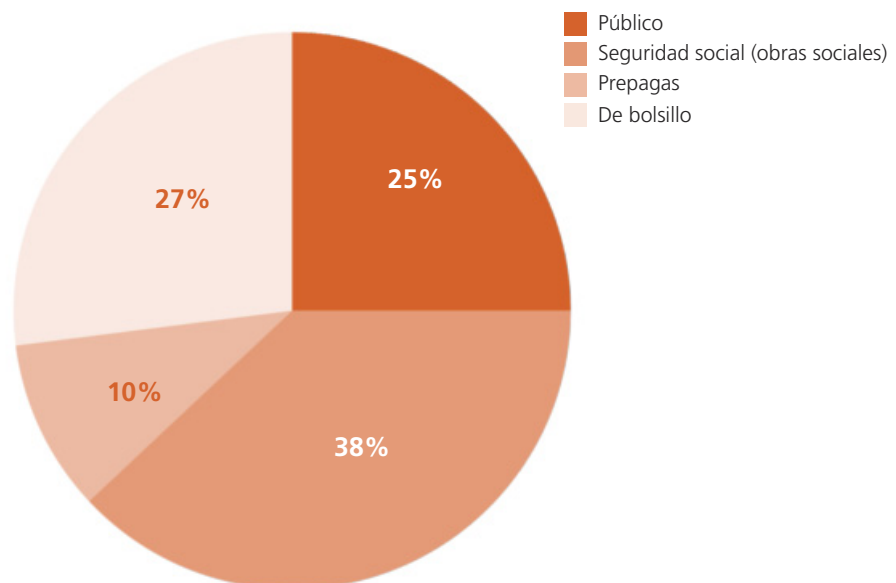
11 Que, vale recordar, no se excluyen mutuamente, ya que en presencia de un buen sistema de seguridad social tradicional el desempleo no implica pobreza, pero tampoco nada garantiza que la pobreza provenga del desempleo, en tanto proliferen situaciones de personas a quienes sus trabajos de jornada completa no les provean ingresos suficientes para no ser pobres.

- b) el modelo de seguro social, en el que el protagonismo estatal es menor porque hay una gestión mucho más descentralizada, mediante la cual el Estado se encarga del financiamiento y principalmente de la regulación. A este tipo se asocian las obras sociales de los trabajadores y las trabajadoras;
- c) el modelo de seguros privados, en el que la función del sector público se reduce a la regulación (que suele ser escasa), y el financiamiento y la provisión quedan en manos del mercado;
- d) el modelo asistencialista (asociado a la visión liberal clásica), que plantea que la salud es un derecho y una obligación individual. El Estado solo se ocupa de asistir a las personas que no son capaces de asumir la responsabilidad individual de cuidar de su salud, de modo que se focaliza la acción pública hacia los grupos vulnerables y carenciados.

En Argentina se ha construido un sistema mixto en el que prevalecen y se combinan tres de los modelos ideales previamente detallados: el universalista, el de seguro social y el de seguros privados, más allá de que, especialmente en las zonas de menores ingresos de las grandes urbes, el deterioro en la calidad y accesibilidad de los servicios originalmente pensados como universales termine produciendo fenómenos de autofocalización que acercan su funcionamiento efectivo al de un modelo asistencialista.

Quienes se ocupan de proveer la atención sanitaria son, entonces, el sector público, las obras sociales y el sector privado. Respecto a este último, corresponde diferenciar los seguros privados de salud, en cabeza de las empresas de medicina prepaga, del gasto de bolsillo en atención de la salud, que, en mayor o menor medida, realizan quienes cuentan con cobertura de cualquiera de los tres sectores y que implican el pago directo de medicamentos, estudios médicos, prótesis, elementos de ortopedia y atención médica. En el Gráfico 1 se refleja la participación de cada sector en el gasto total para el año 2018.

Gráfico 1.
**Composición del gasto en salud
en Argentina, 2018**



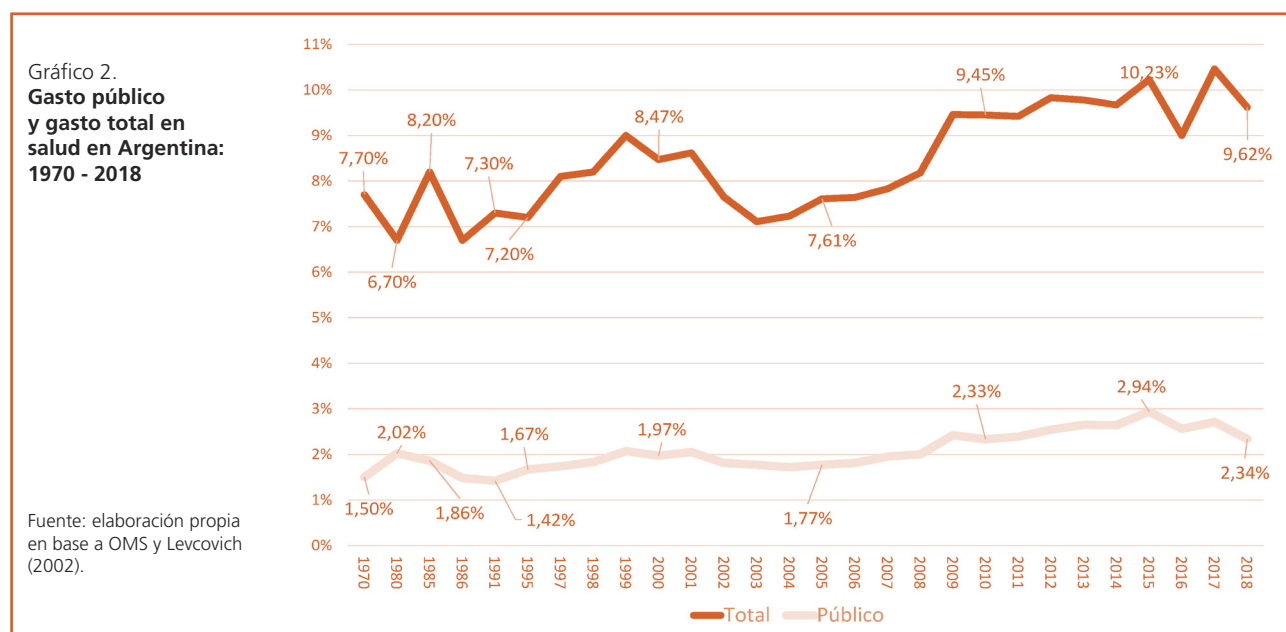
Fuente: elaboración propia en base a OMS y MECON.

Para contextualizar, vale señalar que el gasto total en salud de 2018 fue de casi \$1,4 billones, equivalente a unos U\$S 50.000.000.000 al tipo de cambio de entonces y a un 9,6% del Producto Interno Bruto (PIB) de dicho año.

En cuanto a la evolución de cada sector en los últimos años, tomando como base 2004, el peso del gasto en salud sobre el PIB creció 33% a lo largo del periodo de 14 años analizado, desde su valor original de 7,2%, superando el 10% en 2015 y 2017, pero manteniéndose bastante estable desde 2009.

A nivel sectorial, el peso del Estado y de los gastos de bolsillo han tendido a permanecer bastante estables a lo largo del periodo. El principal cambio se ha dado entre las obras sociales y las empresas de medicina prepaga, aquí la seguridad social le ganó 10 puntos porcentuales a la salud privada desde los valores que ostentaban ambos sectores en 2004 (28% y 38%, respectivamente), explicándose la mitad de ese movimiento en lo sucedido de 2007 a 2009.

En una mirada de más largo plazo, puede apreciarse que en el último medio siglo el peso del sector público en el sistema de salud argentino ha resultado bastante estable y que el salto más importante en el total del gasto sanitario se ha producido a partir de 2009.



El sistema de salud argentino presenta una estructura fragmentada en la que coexisten coberturas superpuestas entre el servicio público gratuito, el seguro obligatorio y la cobertura privada. De esta forma, se observa la presencia de los siguientes mecanismos de cobertura:

- Un sistema de obras sociales nacionales, al que todos los trabajadores y las trabajadoras formales aportan obligatoriamente a través de la afiliación a una obra social correspondiente al gremio de su rama de actividad, originalmente¹².
- Las obras sociales provinciales, que cubren a quienes trabajan en los sectores públicos subnacionales.
- El Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados (INSSJP), que es un único prestador

12 A partir de la figura de la desregulación de las obras sociales, que permite la elección de la obra social independientemente del sector al que se pertenezca como trabajador/a, existe un mecanismo de triangulaciones que hace posible que utilicen sus aportes para financiar prestaciones de las prepagas. Algunas obras sociales han recurrido a la modalidad de tercerizar servicios en prepagas con el fin de evitar la migración de sus afiliados/as de más altos ingresos hacia otras obras sociales.

que tiene como población destinataria a quienes perciben jubilaciones y pensiones y se financia con aportes de dicho colectivo, así como del conjunto de quienes tienen un empleo formal. El equivalente de las obras sociales para este grupo poblacional es el Programa Asistencial Médico Integral (PAMI).

- d) Las empresas de medicina prepaga, que atienden a la población de mayor poder adquisitivo, ya sea por contratación directa o por tercerización de la cobertura a través de una obra social.
- e) Los servicios públicos que atienden de forma gratuita a la población.

Respecto a estos últimos, a su vez, se presenta una complicación adicional, relacionada con la estructura federal de gobierno del país. Así, a nivel institucional, por el principio de deslinde, toda facultad que no ha sido expresamente delegada a la Nación por parte de los gobiernos provinciales (que la anteceden en el tiempo) se considera reservada a estos. Y tal es el caso de la salud, que en ningún lugar del plexo constitucional (a diferencia de la educación) figura como de potestad nacional.

Si bien ello no impidió la construcción de una importante red de hospitales nacionales (en especial durante las décadas de 1940 y 1950), de alguna forma obró como antecedente normativo para justificar su posterior descentralización y transferencia a los gobiernos provinciales durante la última dictadura militar y el ajuste neoliberal de la década de 1990.

Así, en la actualidad el sector público nacional ejerce un papel de relativa coordinación y rectoría y despliegue de ciertos programas (pero siempre en conjunto con los gobiernos provinciales) como es el de vacunación contra el covid-19, por citar un ejemplo muy cercano.

Pero, a nivel de prestadores propios, estos se limitan a una red de hospitales universitarios (que no funcionan como tales, dada la autonomía de las casas de altos estudios), y contados hospitales nacionales (el Profesor Alejandro Posadas, en Morón, es, por lejos, el mayor).

A su vez, en todo el territorio, los gobiernos provinciales tienen a su cargo el grueso de la atención hospitalaria, con la complejidad, en términos de desigualdad, que ello conlleva, en un país en el que, por ejemplo, el producto por habitante de la Ciudad de Buenos Aires era 7,7 veces mayor que el formoseño, en el año 2005.

Respecto al sector público municipal, en casi todo el país se centra en la atención primaria y de baja complejidad, con dos notables excepciones, la Municipalidad de Rosario, en Santa Fe, que ha desarrollado una muy importante infraestructura hospitalaria propia, y los municipios de la provincia de Buenos Aires.

En este último caso, el sistema de transferencias financieras automáticas (coparticipación) implementado por el gobierno provincial desde hace décadas genera incentivos para priorizar la atención de la salud sobre otras funciones de gobierno y, dentro de ella, para sesgar, a contrapelo de lo que sucede en el resto del país, los recursos hacia la alta complejidad, postergando a la atención primaria (López Accotto *et al.* 2013). Ello afecta en forma directa a los trabajadores y las trabajadoras de la Economía Popular, por su importante concentración en zonas como el Gran Buenos Aires, La Plata, Mar del Plata o Bahía Blanca.

En conjunto, el sistema de salud no posee una buena articulación, de manera que se dan situaciones de doble o triple cobertura. Así, por ejemplo, una persona puede estar afiliada a una obra social nacional por la actividad que ejerce, contratar a su vez un seguro privado de emergencias o una prepaga, y atenderse en el hospital público.

De esta forma, el análisis sobre los tres modelos de cobertura (el contributivo, el universal y el diverso) desarrollado para el sistema previsional no puede ser aplicado en forma lineal al sistema de salud por diferentes motivos, entre los que sobresale el hecho de que ya existe, como central en la atención sanitaria en nuestro país, una cobertura universal, con múltiples problemas de cantidad, calidad y accesibilidad, pero socialmente valorada y con una gran necesidad de mayor articulación con los demás sectores.

LA COBERTURA EN LA ECONOMÍA POPULAR

2.1. EL CONCEPTO DE ECONOMÍA POPULAR Y SU DEFINICIÓN OPERATIVA

El concepto de Economía Popular (en adelante, EP) nace a principios de la década de 1990, cuando algunos autores latinoamericanos comenzaron a llamar la atención acerca de un creciente sector de la población que iba desarrollando experiencias económicas defensivas frente a los efectos negativos de las crisis económicas derivadas de las políticas neoliberales (Barrantes 1992; Razeto 1993). Este enfoque, mayormente entroncado en la Economía Social, ponía el acento en la racionalidad distintiva del sector y en la revalorización de los saberes de los sectores populares.

Más recientemente, el acento fue pasando a la esfera de la producción, poniendo el foco en las características distintivas que adopta del proceso productivo dentro del sector (Pérsico y Graboís 2014). En esta línea, la definición adoptada aquí recoge los conceptos de “sector informal” surgida en el seno del estructuralismo latinoamericano (PREALC 1978; Souza y Tokman 1976). Así, adoptamos una definición de la EP más cercana a esta perspectiva, que se centra en las relaciones sociales y las condiciones materiales del proceso de producción. Desde este enfoque, la estructura ocupacional heterogénea se encuentra determinada por una estructura productiva heterogénea, característica de países subdesarrollados¹³.

Concretamente, se plantean dos aspectos centrales que definen que una actividad se desarrolla en el marco de la EP:

1. Inexistencia de relación laboral asalariada.
2. Actividad trabajo-intensiva con bajo nivel de productividad.

Otras características distintivas de la EP son la obsolescencia o baja complejidad de las máquinas y herramientas; la autogestión (individual o colectiva), por lo general sin derechos laborales básicos; las falencias en términos de la gestión productiva y administrativa (incluso en la EP organizada en cooperativas las deficiencias en la organización de la producción es una limitante importante); y el hecho de consistir en estrategias defensivas de supervivencia, frente a la imposibilidad de acceder al empleo asalariado.

De esta forma, las características de la inserción laboral de la EP determinan que su nivel de ingresos se encuentre generalmente por debajo del costo de reproducción de la fuerza de trabajo. Esta situación, que asume un carácter estructural en la Argentina, implica la ampliación de las contingencias tradicionales de la seguridad social: la situación de pobreza de las trabajadoras y los trabajadores ocupados.

En base al criterio utilizado en Bertellotti y Cappa (2021) y OCEPP (2021), la cuantificación del universo de personas trabajadoras de la EP se realiza a partir de la información provista por la Encuesta Permanente de Hogares (EPH) del Instituto Nacional de Estadística y Censos (INDEC) y por el Ministerio de Trabajo Empleo y Seguridad Social (MTEySS).

13 Al respecto, una revisión del desarrollo histórico de los conceptos de sector informal, heterogeneidad estructural, polo marginal y masa marginal puede consultarse en Fernández Massi (2015).

Es preciso agregar que para arribar a las cantidades absolutas de trabajadores y trabajadoras de la EP se realiza una extrapolación de la cantidad de personas informada en la EPH a la población urbana total del país proyectada por el INDEC para el año 2020¹⁴. Por tal motivo, es necesario remarcar que el criterio propuesto para la delimitación de la EP basado en los registros de la EPH es estimativo.

- EP: Cuentapropistas y trabajadores/trabajadoras familiares sin remuneración, ambos con calificación técnica no profesional.
- EP Núcleo: Trabajadores y trabajadoras de la EP no registrados en el régimen general de monotributo ni el régimen de autónomos (cuentapropistas con facturación superior al límite del monotributo). La EP Núcleo se subdivide en monotributistas sociales y EP no Registrada.

Hechas las advertencias y reparos del caso, la estimación cuantitativa de trabajadores y trabajadoras de la EP sigue estos pasos:

1. EP:

- 1.1. Se identifican cuentapropistas y trabajadores/trabajadoras familiares sin remuneración con calificación técnica “no profesional” en la EPH.

2. EP Núcleo:

- 2.1. Se asume que la totalidad de trabajadores/trabajadoras independientes registrados como autónomos (MTEySS) corresponden a cuentapropistas profesionales. El resto de cuentapropistas profesionales se asignan como monotributistas.
- 2.2. Se estima a los monotributistas no profesionales como la diferencia entre el total de monotributistas informados/as por el MTEySS y aquellos/as asignados como cuentapropistas profesionales.
- 2.3. A la EP de la EPH se le restan los monotributistas no profesionales, obteniendo así la cantidad estimada de trabajadores/trabajadoras de la EP Núcleo. Esta es una estimación de mínima dado que contempla solo a trabajadores/trabajadoras ocupados *sin patrón* (cuentapropistas) que no se encuentran registrados en el monotributo. En este sentido, cabe recordar que a los problemas de captación de la EPH mencionados anteriormente, se le agrega la posible subestimación derivada de que una parte de la EP podría estar inscripta en el monotributo en categorías bajas de facturación, pero aun así corresponder a actividades no asalariadas, de mano de obra intensivas, con bajo nivel de productividad y, por ende, formar parte de los límites porosos de la EP.
- 2.4. Finalmente, se divide a la EP Núcleo entre monotributistas sociales (cantidad informada por el MTEySS) y No Registrados (el resto).

2.2. LAS ALTERNATIVAS DE COBERTURA PARA LA EP

Dentro de la EP las opciones de registración laboral que permiten el acceso a la cobertura de la seguridad social contributiva son el monotributo social y el monotributo “común” o Régimen Simplificado.

El derecho a las prestaciones *contributivas* para los y las monotributistas (sociales o no) está amparado en el Régimen Simplificado para Pequeños Contribuyentes regido por la ley 24.977. Este régimen abarca a trabajadores y trabajadoras cuentapropistas con un límite máximo de facturación anual, ya sea que desempeñen su actividad laboral en forma individual o asociativa, en cooperativas de trabajo.

¹⁴ Esta extrapolación permite obtener una aproximación a la cantidad total de personas de la EP en centros urbanos, pero implica la introducción de un supuesto fuerte: que la EPH es representativa de la totalidad de la población urbana, cuando en realidad representa aproximadamente el 70% de esta.

El monotributo establece obligaciones de pago mensuales en tres componentes: impositiva (impuesto al valor agregado [IVA] e impuesto a las ganancias) y de seguridad social, el cual abarca el aporte a la obra social (cobertura de salud) y el aporte al Sistema Integrado Previsional Argentino (SIPA).

En el caso de los y las monotributistas sociales, se encuentran eximidos del pago del aporte previsional, reconociendo los periodos de aporte frente a la simple inscripción. Las condiciones de acceso al monotributo social son las siguientes:

- Contar con un ingreso bruto anual inferior a un determinado monto (\$466.201,59 en junio de 2022).
- Ser propietario/a de hasta dos bienes inmuebles, siempre que uno de ellos se encuentre afectado al emprendimiento productivo.
- Ser propietario/a de hasta un máximo de tres bienes muebles registrables.
- No ser profesional universitario/a en ejercicio de la profesión como actividad económica.
- No ser empleador/a ni titular de acciones o cuota partes de sociedades comerciales.
- Contar con ingresos que provengan solo de la actividad económica declarada, sin tener en cuenta las prestaciones compatibles que otorgan los organismos nacionales, provinciales o municipales.

Si bien en 2016 se interpusieron una serie de requerimientos de difícil cumplimiento, como presentar documentación respaldatoria de la actividad para acreditar los periodos de aporte, esta situación fue corregida en 2020 al modificarse la norma de procedimiento de la Administración Nacional de la Seguridad Social (ANSeS) PREV 28-15.

Por este motivo afirmamos, *a priori*, que existe el marco normativo que garantiza a las trabajadoras y los trabajadores de la EP cumplir con los requisitos de registración exigidos por las prestaciones contributivas contempladas en el *subsistema previsional* (jubilación por vejez o invalidez y pensión por fallecimiento) de forma gratuita. A lo largo de este apartado profundizaremos en el planteo.

Las condiciones de acceso y la determinación de la prestación previsional están regidas por el SIPA, que se configura como un régimen estatal semicontributivo, solidario y de reparto.

Se afirma que es *semicontributivo* por su tipo de financiamiento, ya que no solo se sostiene con aportes y contribuciones sino también con otros ingresos fiscales, provenientes de impuestos nacionales. Su carácter solidario y de reparto es otorgado por el hecho de que las y los actuales activos financian con sus aportes a las y los jubilados de hoy (intergeneracionalmente) y también por el establecimiento de haberes mínimos y máximos que reducen la desigualdad de ingresos.

El SIPA está compuesto por un régimen general, los regímenes especiales y los regímenes provinciales no transferidos. Estos últimos comprenden a un subconjunto de trabajadoras y trabajadores públicos provinciales. Por otro lado, un subconjunto de trabajadoras y trabajadores de algunas actividades tienen un tratamiento diferente en sus requisitos como así también en el cálculo de su haber en virtud de las características particulares de la actividad que realizan.

La jubilación que otorga el SIPA se encuentra definida a partir de dos pilares: un primer pilar distributivo a través de la Prestación Básica Universal (PBU), equivalente para todos los beneficiarios y beneficiarias sin importar la trayectoria laboral previa; y un segundo pilar contributivo mediante una Prestación Adicional (llamada "Compensatoria" o "por Permanencia" según refiera a la trayectoria laboral previa o posterior a 1994) que establece una proporcionalidad con el salario percibido en la etapa activa. Este segundo pilar de la prestación se calcula como el 1,5% del salario promedio de los últimos 10 años en actividad, por cada año de aporte al sistema.

Los requisitos para acceder a la jubilación del régimen general del SIPA son esencialmente dos: i) acreditar 30 años de aportes; y ii) haber cumplido 65 años de edad (los varones) o 60 años (las mujeres).

Es importante resaltar que estos requisitos difieren cuando la actividad estuviera comprendida dentro del *Régimen para Jubilaciones del Personal que presta servicios en tareas penosas, riesgosas, insalubres o determinantes de vejez o agotamiento prematuro* comprendidas en el decreto nacional 4257/68 o la actividad tuviera un régimen jubilatorio especial. Este régimen pretende proteger a los trabajadores y las trabajadoras en virtud de las consecuencias que trae para su salud la labor realizada. Aunque esto se ve distorsionado porque exige la condición de relación de dependencia, lo cual excluye a la mayoría de los trabajadores y trabajadoras argentinas. Por otro lado, la ley del régimen simplificado no contempla el derecho a los beneficios previsionales por tareas riesgosas o penosas. Por lo tanto, los trabajadores y las trabajadoras de la EP que realizan actividades con esas características, aun cuando estas estén registradas por medio del monotributo (común o social), quedan excluidos de tal protección por la forma en que se encuentra registrada su actividad. Así, las trabajadoras y los trabajadores de frigoríficos recuperados o quienes laboran en ambientes insalubres (como basurales) que forman parte de la EP se ven privados de su derecho por ser monotributistas.

Asimismo, la exigencia de reunir 30 años de aportes se ha vuelto un obstáculo para acceder a la jubilación para una parte significativa de las trabajadoras y los trabajadores de nuestro país producto de los problemas que atraviesa el mercado de trabajo y de falencias en la implementación del monotributo social. En primer lugar, existen fallas de información, dado que en muchos casos los trabajadores y las trabajadoras desconocen la existencia del subsidio estatal del aporte previsional. En segundo lugar, los problemas en la cobertura de salud a la que da derecho el monotributo social (tema que será abordado en el apartado 2.3) desincentivan la inscripción. Y, en tercer lugar, se advierte la ausencia de una política activa desde el Estado para incentivar la inscripción.

Tal es así que el 67% de las personas con jubilación en diciembre de 2021 accedió a dicha prestación a través de una moratoria previsional, mecanismo que se describe en el Recuadro 3.

RECUADRO 3: Las moratorias previsionales

La ley 25.994 establece que los trabajadores que a partir de 2004 tengan la edad mínima para jubilarse tienen derecho a inscribirse en la moratoria previsional establecida por la ley 25.865.

Tal ley, de comienzos de 2004, refería a su vez a una antigua moratoria dictada por la ley 24.476, de 1995, que contemplaba un régimen especial de facilidades de pagos por obligaciones previsionales correspondientes a trabajadores autónomos por periodos anteriores a octubre de 1993.

Posteriormente, el decreto 1454/05 (de diciembre de 2005) establece que los pagos de las cuotas de moratoria podrán ser simultáneos al cobro del beneficio, operando su regularidad como requisito para la continuidad en la percepción del haber.

La resolución 625/06 de la ANSeS crea el mecanismo de jubilación por internet a través del que ha sido posible dar curso favorable a más de medio millón de solicitudes de jubilación por moratoria en solo tres meses (primer trimestre de 2007) y a un millón y medio en apenas quince meses (de octubre de 2006 a diciembre de 2007).

En cuanto al cierre de la moratoria, si bien podría interpretarse que debería producirse junto con la pérdida de vigencia de la ley 25.994, esto es a partir de mayo de 2007, en los hechos al estar contenida en otras normas (leyes 24.476 y 25.865) continúa en vigor hasta nuestros días con la particularidad de aplicarse únicamente para periodos impagos anteriores a octubre de 1993 y por tanto con un potencial decreciente en cuanto a su capacidad para brindar cobertura a las sucesivas cohortes de nuevos adultos mayores con trayectorias laborales signadas por la precariedad.

Dado que la moratoria, en rigor, solamente permite declarar periodos de servicios impagos como autónomo (a ser regularizados), aquellos anteriores a octubre de 1993, en los que, a su vez la persona debe haber sido mayor de 18 años, en caso de querer declarar los 30 años completos de servicios con aportes bajo esta modalidad, sería necesario que haya nacido antes del 1º de abril de 1946.

Este factor de ulterior caída de la cobertura ha sido tenido en cuenta a la hora de sancionar, en 2014, la ley 26.970.

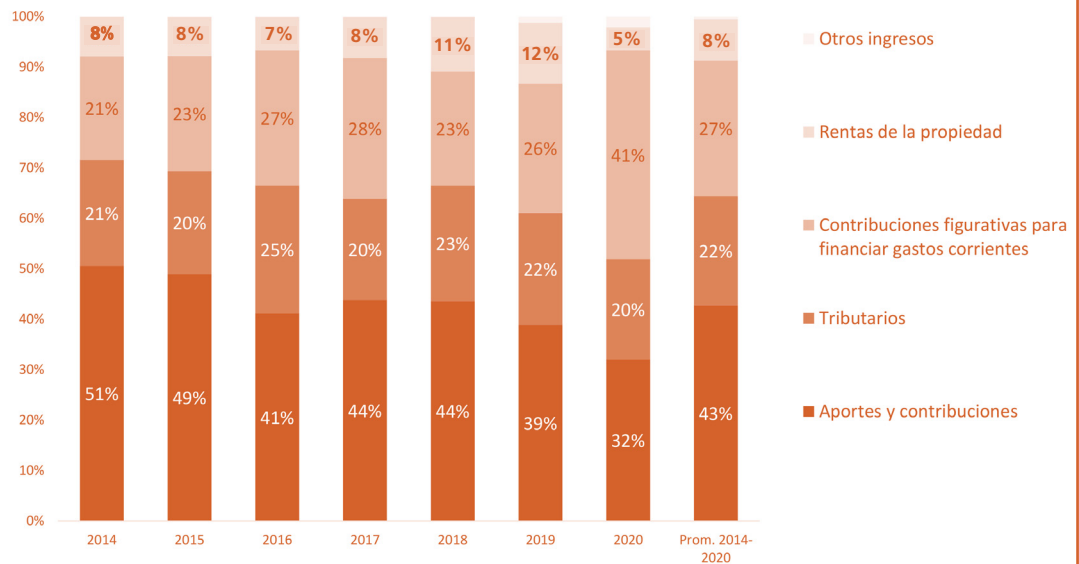
Dicha norma cubre a quienes hayan cumplido la edad jubilatoria (60-65 años) al 18 de septiembre de 2016 (periodo extendido, solamente para las mujeres, tres veces, hasta el 31 de diciembre de 2022, inclusive) por deudas hasta diciembre de 2003. Así, esta moratoria que permite “comprar” años de servicios con aportes del periodo 1993–2003, agotaba esa posibilidad a mediados de 2016. Antes de cumplirse dicho plazo, con la sanción de la reparación histórica, se extiende ese lapso por tres años (prorrogables por otros tres y luego hasta fin de 2022) para las mujeres.

Es requisito para la nueva moratoria, declarar años en que la persona haya sido mayor de 18 años. Dado que los meses declarados deben corresponder a años anteriores a 2004, considerando que se requieren 30 años de servicios con aportes, siendo la edad jubilatoria de 60 años para las mujeres y 65 para los hombres, una mujer nacida en septiembre de 1962, cumple 60 años en septiembre de 2022, y 18 en septiembre de 1980, por ende, hasta 2003, apenas puede reunir poco más de 23 años.

En cuanto al financiamiento contributivo, la tasa general de aportes personales destinados a financiar al sistema previsional es 11% –con variaciones entre 8% y 16%, según el régimen especial de que se trate–. Por su parte, las alícuotas de contribuciones patronales presentan mayor heterogeneidad: 12,35% para grandes empresas comerciales y de servicios, 10,77% para el resto del sector privado, 16% para el sector público nacional y 8,67% para universidades, entre otras. Sin embargo, solo el 43% de los ingresos de la ANSeS provienen de recursos contributivos; el 57% restante proviene de recursos no contributivos (tributarios y rentas del Fondo de Garantía de Sustentabilidad [FGS]). Los recursos tributarios (incluyendo las contribuciones figurativas del Tesoro nacional) se asignan a la ANSeS a través de diversas leyes¹⁵.

Gráfico 3.
Estructura de recursos de la ANSeS. En % de los recursos totales. 2014-2020

Nota:
Contribuciones figurativas:
Transferencias del Tesoro nacional a la ANSeS. Incluye el equivalente a los puntos porcentuales de la Coparticipación Nacional.



Fuente: Elaboración propia en base a ESS - ANSeS.

- 15** Las asignaciones específicas de impuestos al financiamiento del SIPA son las siguientes: 10,31% del impuesto al valor agregado (ley 23.966); 100% del impuesto a los débitos y créditos en cuentas corrientes bancarias (ley 25.413); 100% del impuesto a los cigarrillos (ley 25.239); 70% del monotributo impositivo (ley 25.865); 28,69% de lo producido de los impuestos a las naftas, gasolinas, solvente, aguarrás, gasoil, diesel oil y kerosene (ley 23.966, art. 19, inc. d); el equivalente al 15% de la Coparticipación Nacional, abonado por el Tesoro nacional (ley 27.260), según cronograma: 9 puntos en 2018, 12 puntos en 2019 y 15 puntos de 2020 en adelante. Originalmente, la ley 24.130, de 1992, estableció la asignación de 15% de la masa de recursos de la Coparticipación Federal Impositiva. Luego, la ley 27.260, en 2016, estableció un cronograma decreciente hasta su extinción (6 puntos en 2018, 3 puntos en 2019 y 0 punto de 2020 en adelante), el cual es reemplazado por la asignación de fondos del Tesoro nacional.

En este sentido, pueden destacarse dos características centrales del SIPA que dan lugar a una flexibilización de su carácter contributivo:

1. El financiamiento de las jubilaciones y pensiones corresponde mayoritariamente a recursos no contributivos (impuestos y otras fuentes), y no a aportes y contribuciones sobre los salarios de las trabajadoras y los trabajadores registrados;
2. Más de la mitad de las prestaciones vigentes del sistema contributivo (SIPA) han sido otorgadas a través de moratorias, y no a través de haberse verificado el requisito de 30 años de aportes.

De esta forma, a pesar de que el sistema previsional argentino contiene un núcleo originario formalmente contributivo, con el tiempo se ha consolidado un régimen que podría denominarse *semicontributivo*.

Por su parte, como mencionamos, los trabajadores y las trabajadoras de la EP pueden registrar sus aportes, exentos de pago, al estar inscriptos en el Registro Nacional de Efectores Sociales de Desarrollo Social según el régimen del monotributo social. Esto implica que, de haberse registrado/a en tiempo y forma, cuentan con sus derechos previsionales (jubilación, pensión por fallecimiento y retiro por invalidez) de forma gratuita. Es decir, sin necesidad de moratorias y sin necesidad de pagar los aportes.

Por su parte, las prestaciones *no contributivas* intentan complementar la cobertura del *subsistema previsional*. Dentro de ese universo, las que tienen foco en la vejez¹⁶ son la Pensión Universal para el Adulto Mayor (PUAM) y la Pensión no Contributiva (PNC) por Vejez¹⁷. Su objetivo es dar una cobertura a aquellos/as trabajadores/as que no reúnen las condiciones para tener derecho a prestaciones contributivas. Estas prestaciones no contributivas dirigidas a la población de mayor edad poseen condicionalidades de tipo socioeconómico (además de otras, como no sufrir privación de la libertad y ser nativo/a del país, o con un mínimo de años de residencia en él) o migratorio, en lugar de exigir la registración laboral, como sucede con las contributivas.

La PUAM se creó en 2016 y está destinada a toda persona mayor de 65 años (tanto varones como mujeres) que no posea ninguna otra cobertura del sistema previsional. En caso de ser migrante debe, además, contar con más de 20 años en el país y acreditar residencia legal. La PUAM consiste en una prestación equivalente al 80% de la jubilación mínima y una cobertura de salud por medio de PAMI. El requisito de edad aumenta para las mujeres, lo que desvirtúa el espíritu de una pensión que pretende ser complementaria de las prestaciones contributivas ya que retrasa cinco años el acceso a “una protección mínima”. Por otro lado, la PUAM originalmente era compatible con todas las formas de trabajo registrado. Así, permitía a las trabajadoras y los trabajadores mayores mejorar sus ingresos y garantizar un piso de cobertura de salud a través del PAMI hasta tanto pudieran reunir los aportes para jubilarse. Sin embargo, en diciembre de 2018, mediante la ley 27.467 de Presupuesto 2019 (art. 38), la compatibilidad con el trabajo se restringió exclusivamente a las personas inscriptas en el Registro Nacional de Efectores Sociales, excluyendo de esta posibilidad a las trabajadoras y los trabajadores de la EP que se encuentran inscriptos como monotributistas.

2.2.1. INDICADORES DE COBERTURA Y SUFICIENCIA DE LAS PRESTACIONES PREVISIONALES

Universo cuantitativo y cobertura sobre trabajadoras y trabajadores activos

El universo de trabajadores y trabajadoras de la EP abarcó a 3.800.000 personas y la EP Núcleo (EP no inscrita en el régimen general del monotributo) a 2.200.000 en 2021.

¹⁶ En el caso de invalidez, existe una Pensión no Contributiva por Discapacidad, que cubre, en la actualidad, cerca de 1.100.000 personas.

¹⁷ En la actualidad cuenta con poco más de mil beneficios al pago, desde que en 2016 la gran mayoría de quienes la percibían optaron por recibir la PUAM. La prestación equivale al 70% del haber mínimo jubilatorio, lo cual representó en el último trimestre del año 2021 el 79% de la Canasta Básica Total individual.

En términos relativos, la EP representa el 20% de la Población Económicamente Activa (PEA) y 91% del cuentapropismo. A su vez, 45% de la EP es monotributista (sin incluir monotributistas sociales), mientras que el restante 55% corresponde a la EP Núcleo.

Luego, la EP Núcleo puede desagregarse en EP no registrada (81% de ella) y EP inscripta en el régimen especial de monotributo social (19%). Esta desagregación da cuenta del nivel de cobertura de la seguridad social sobre la población activa en la EP. Así, el segmento más desprotegido de la EP —la EP no registrada— abarca 46% de la EP total (aproximadamente 1.800.000 personas), no cuenta con cobertura del sistema contributivo de seguridad social.

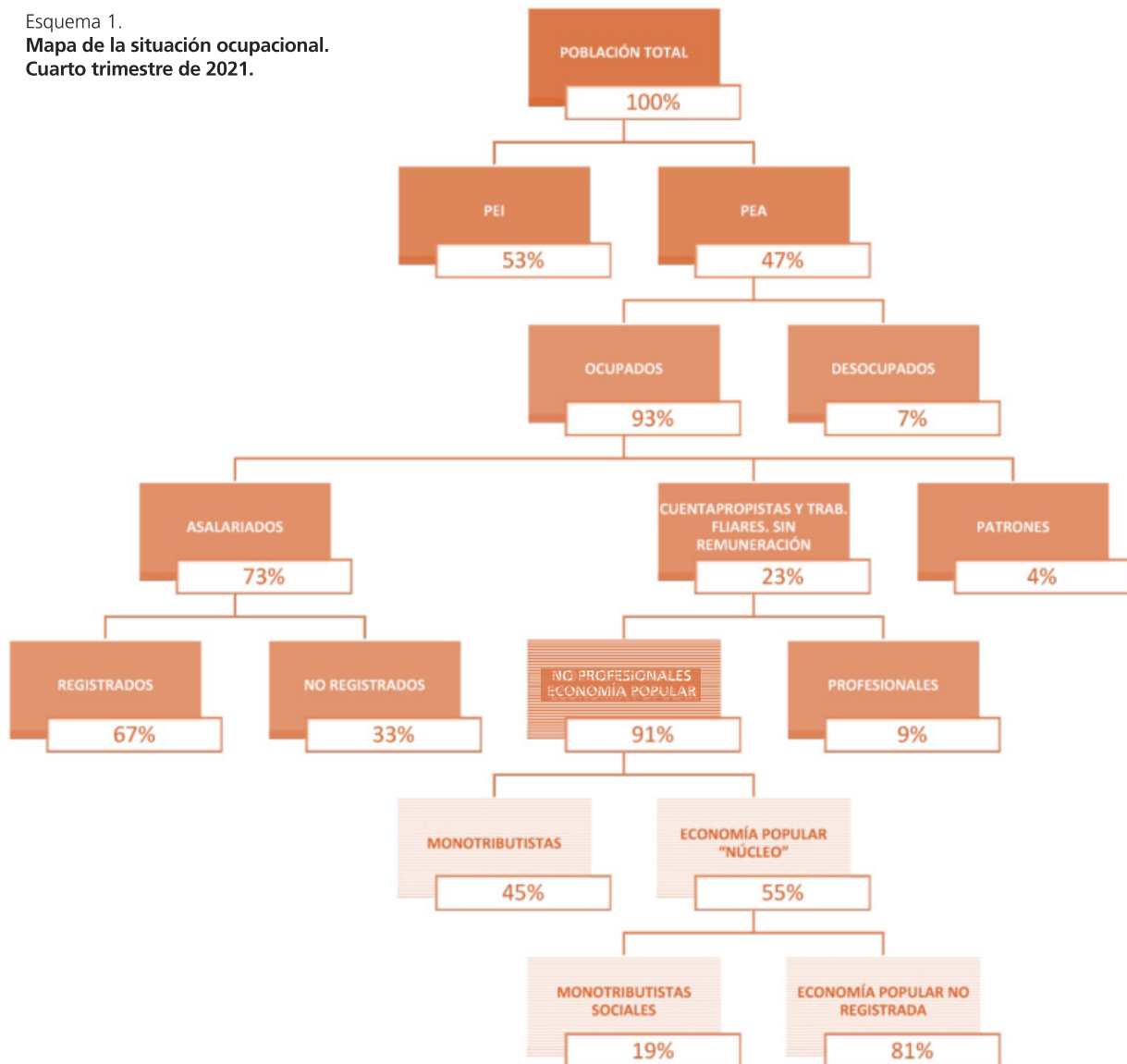
Cuadro 1.
La Economía Popular en el cuentapropismo. Año 2021 (trimestres)*.
En millones de personas

Concepto	2021-I	2021-II	2021-III	2021-IV	Promedio 2021		Variación 21-IV vs. 20-IV
					Cantidad (millones)	En % de la PEA	
1. Cuentapropistas	4,3	4,1	4,3	4,3	4,3	22%	-4%
1.1. Profesionales	0,4	0,4	0,4	0,4	0,4	2%	0%
1.2. No Profesionales - Economía Popular	3,9	3,7	3,9	3,9	3,8	20%	-4%
i. Monotributistas no profesionales	1,6	1,6	1,7	1,8	1,7	9%	8%
ii. Economía Popular Núcleo	2,3	2,0	2,2	2,1	2,2	11%	-12%
a. Monotributistas sociales	0,36	0,37	0,39	0,41	0,38	2%	16%
b. Economía Popular no registrada	1,9	1,7	1,8	1,7	1,8	9%	-17%

* La cantidad de monotributistas corresponde a aportantes activos/as informada por el MTEySS y no al total de inscriptos/as (que pueden o no estar aportando al sistema).

Fuente: Elaboración propia en base a EPH-INDEC y MTEySS.

Esquema 1.
Mapa de la situación ocupacional.
Cuarto trimestre de 2021.



Fuente: Elaboración propia
en base a EPH-INDEC.

Según la información provista por el *Boletín Estadístico de la Seguridad Social* (MTEySS) del cuarto trimestre de 2021, existen 720.275 trabajadores y trabajadoras (a diciembre de 2021) que tienen registrados la mayor cantidad de sus aportes dentro del monotributo social. A los fines analíticos, primero, dividiremos este conjunto en función de si se encuentran o no en edad jubilatoria y luego entre quienes tienen o no un beneficio previsional.

Cuadro 2.
Personas registradas en el monotributo social. Diciembre 2021

	Personas sin beneficio SIPA	Personas con beneficio SIPA	Total
Edad activa	562.014	29.099	591.113
Edad pasiva	23.930	105.232	129.162
Suma total	585.944	134.331	720.275

Fuente: Elaboración propia en base a EPH-INDEC.

El 82% se encuentra en edad de trabajar mientras que el 18% restante son mujeres mayores de 60 años u hombres mayores de 65 años. Si a este primer subconjunto se le resta quienes ya perciben un beneficio previsional, son 562.014 las personas que se encuentran en *edad activa* y no perciben un beneficio previsional (78% del total de monotributistas sociales¹⁸).

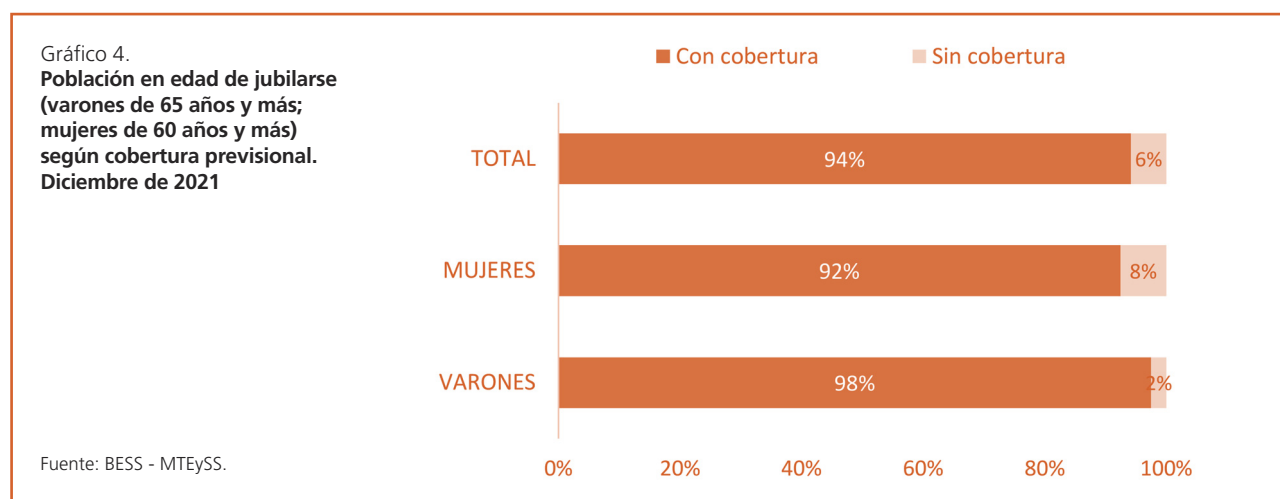
Si se focaliza en este grupo de trabajadores y trabajadoras sin cobertura, encontramos que el 54% no tiene derecho a jubilarse aun si realizaran los aportes que les faltan hasta llegar a la edad del régimen general, mientras que 44% sí lograría alcanzar los 30 años de aportes necesarios para acceder a la jubilación del SIPA. El 2% restante se podrá jubilar utilizando alguna de las dos moratorias vigentes: 0,5% a través de la ley 24.476 y el 1,5% a través de la ley 26.970. Por otra parte, al focalizarnos en los/as 129.162 monotributistas sociales que están en edad jubilatoria, nos encontramos con que el 18,5% no posee un beneficio del SIPA. Con el marco normativo vigente a diciembre de 2021, un 12% no tendría derecho siquiera con moratoria mediante.

Cobertura previsional pasiva en la EP

Para medir la cobertura de la población en edad pasiva una opción es considerar un umbral de 65 años y otra opción es considerar las edades de retiro del régimen general del SIPA, dado que este es el sistema con mayor cantidad de beneficiarios (60 años para mujeres, 65 años para varones).

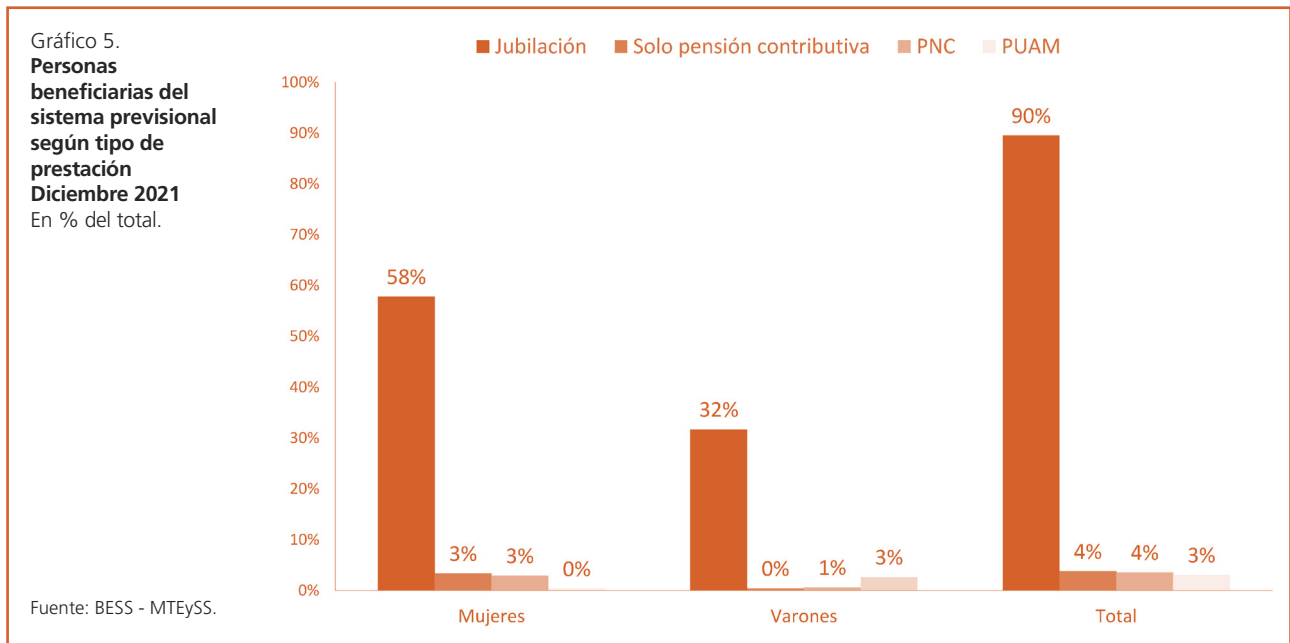
Según la ANSeS, en 2021 se registraron 5.700.000 personas en edad de jubilarse que perciben una prestación previsional del sistema público: 2.000.000 de varones mayores de 65 años o más, y 3.700.000 de mujeres de 60 años o más. Aproximadamente el 90% de las prestaciones corresponde al SIPA (contributivo y no contributivo), mientras que el 10% restante registra beneficios de regímenes públicos provinciales no transferidos a la ANSeS y del régimen especial de las fuerzas armadas.

Según las estimaciones de población total de la franja etaria correspondiente (en edad de retiro), la ANSeS estima una cobertura del 94%: 98% en varones y 92% en mujeres (Gráfico 4).

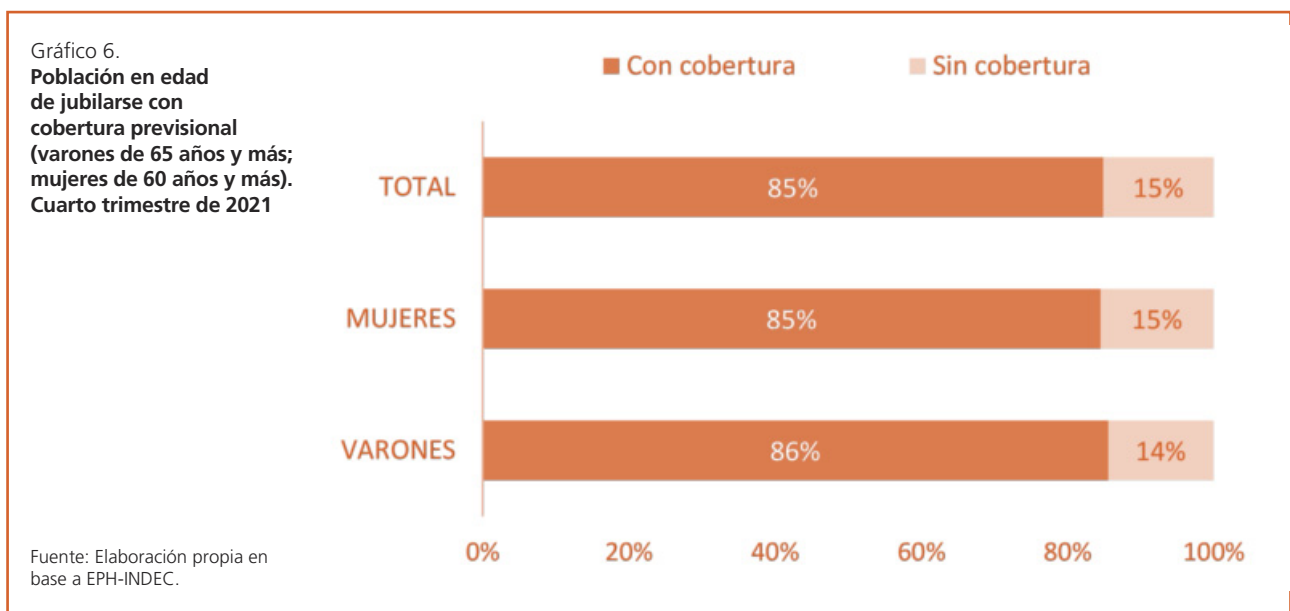


Sobre el total de personas cubiertas por el sistema previsional, el 58% son mujeres que perciben una jubilación y el 32% son varones con jubilación. Luego, el 4% son personas que perciben una pensión contributiva sin cobrar además una jubilación, la mayoría también mujeres. Finalmente, el sistema no contributivo (PNC más PUAM) alcanza al 6,6% de beneficiarios/as, siendo en este caso la mayor parte varones que perciben la PUAM.

18 Con la información disponible no es posible contemplar los aportes por tareas de cuidado, los cuales modifican las condiciones jubilatorias de las mujeres. Por lo tanto, el análisis realizado sobre las posibilidades de cobertura es una aproximación.



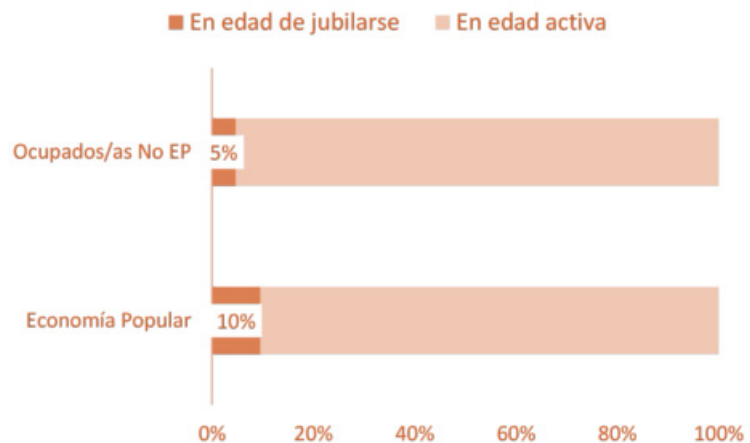
Para poder distinguir el nivel de cobertura pasiva para diferentes segmentos ocupacionales, y en particular en el caso de las trabajadoras y los trabajadores de la EP, se debe recurrir a la Encuesta Permanente de Hogares (EPH). Esta fuente arroja un nivel de cobertura inferior: 85% de la población total en edad jubilatoria, aunque igualmente elevado a nivel total, sin diferencias significativas entre mujeres y varones (Gráfico 6). Sin embargo, se verá que tanto el alcance (extensión de la cobertura) como la suficiencia de las prestaciones (intensidad de la cobertura) es heterogénea.



Una primera aproximación a la problemática de la cobertura en la EP se refleja en el diferencial existente en la proporción de trabajadores y trabajadoras en edad de jubilarse que continúan trabajando (ya sea que cobren una prestación previsional o no). Esta proporción es el doble en la EP en comparación con el resto de la población ocupada en edad jubilatoria: 10% de trabajadores/as de la EP están en edad de jubilarse, mientras que en el resto de los/as ocupados/as es el 5%. Esta diferencia da cuenta de la mayor necesidad de trabajo en la EP impulsada por la carencia de ingresos.

Gráfico 7.

Población en edad de jubilarse.
Comparación Economía Popular
(EP) vs. Población ocupada (No EP).
Cuarto trimestre de 2021

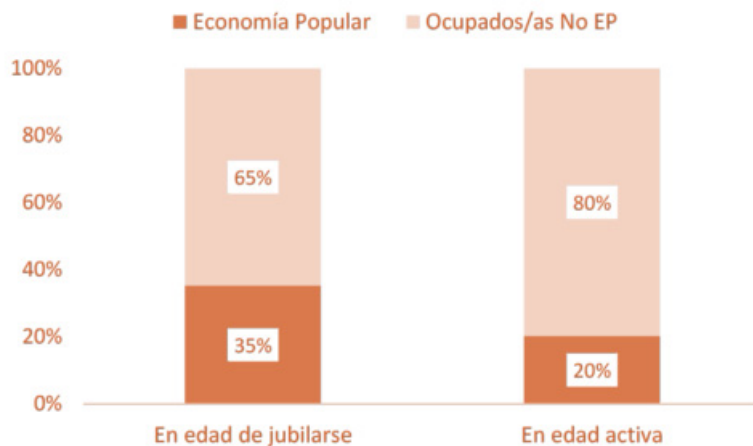


Fuente: Elaboración propia en base a EPH-INDEC.

Una mirada transversal a la presentada en el Gráfico 7 da cuenta de la mayor incidencia de la EP entre las personas trabajadoras en edad de jubilarse, respecto de la que se observa entre aquellas en edad activa (Gráfico 8). Así, mientras que la EP representa el 20% de las trabajadoras y los trabajadores en edad activa, entre los y las de edad avanzada el porcentaje sube a 35%. Nuevamente, el mayor peso relativo de la EP en esta franja etaria da cuenta de la insuficiencia de ingresos que obliga a extender la vida laboral a las y los adultos mayores.

Gráfico 8.

Incidencia de la Economía Popular
según rango etario.
Cuarto trimestre de 2021



Fuente: Elaboración propia en base a EPH-INDEC.

En el siguiente cuadro se presenta la cobertura previsional entre las personas trabajadoras según rango etario y segmento —EP y No EP—. Si se focaliza en las trabajadoras y los trabajadores en edad de jubilarse, se aprecia el diferencial en la cobertura, superior en el caso de quienes integran la EP (70%) con respecto al resto de las y los ocupados en edad de jubilarse (42%). Este resultado podría parecer a primera vista anti-intuitivo. Sin embargo, la diferencia indica que la mayor proporción de personas que continúan en actividad luego de cumplir la edad jubilatoria no se explica por la extensión de la cobertura sino por su intensidad. En otras palabras, la causalidad es inversa: los reducidos ingresos de la EP es lo que explica que este segmento de trabajadores y trabajadoras tenga que laborar aun a pesar de contar con una prestación previsional.

Cuadro 3.
Cobertura previsional pasiva de la población ocupada según rango etario.
Cuarto trimestre de 2021

CONCEPTO	No cobra jubilación o pensión	Cobra jubilación o pensión	TOTAL
TOTAL OCUPADOS/AS	95%	5%	100%
En edad activa	98%	2%	100%
En edad de jubilarse	48%	52%	100%
Trabajadores/as EP	89%	11%	100%
En edad activa	95%	5%	100%
En edad de jubilarse	30%	70%	100%
Trabajadores/as no EP	97%	3%	100%
En edad activa	99%	1%	100%
En edad de jubilarse	58%	42%	100%

Fuente: Elaboración propia en base a EPH-INDEC.

La comparación de la cobertura previsional de las personas en edad de jubilarse según condición de actividad y categoría ocupacional (Cuadro 4) muestra, en primer lugar, que en la población ocupada (52%) es inferior a la de la población total (85%). En particular, destaca la elevada cobertura en la población inactiva de edad avanzada (93%). En segundo lugar, se observa que, dentro del cuentapropismo en edad de jubilarse, la cobertura en la EP (69%) supera a los cuentapropistas No EP (52%). Por su parte, la proporción de trabajadoras y trabajadores asalariados en edad de jubilarse que percibe una jubilación o pensión es significativamente inferior (38%).

Cuadro 4.
Cobertura previsional pasiva según condición de actividad y categoría ocupacional.
Varones de 65 años y más;
mujeres de 60 años y más.
Cuarto trimestre de 2021

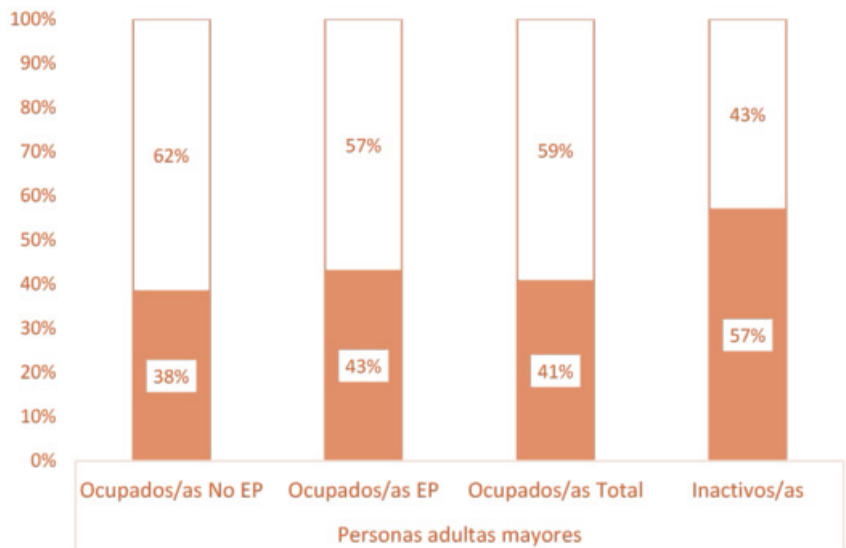
Concepto	No cobra jubilación o pensión	Cobra jubilación o pensión
TOTAL	15%	85%
INACTIVOS/AS	7%	93%
DESOCUPADOS/AS	23%	77%
TOTAL OCUPADOS/AS	48%	52%
Trabajadores/as EP	30%	70%
Cuentapropistas	31%	69%
Trabajadores/as familiares	23%	77%
Trabajadores/as no EP	58%	42%
Patrones/as	39%	61%
Cuentapropistas	48%	52%
Asalariados/as	62%	38%

Fuente: Elaboración propia en base a EPH-INDEC.

En lo que respecta a la intensidad de la cobertura en la población en edad de retiro, se observa que en los hogares EP la jubilación representa el 43% del ingreso total familiar (ITF), mientras que en personas ocupadas No EP pesa 38% (Gráfico 9). Esto se explica porque si bien la jubilación de la EP es más baja (numerador), el ITF es mucho más bajo (denominador).

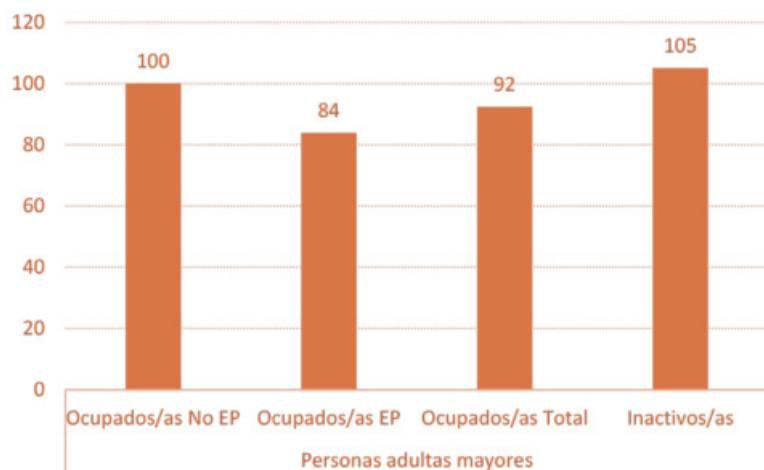
En este sentido, se aprecia que la jubilación que perciben los/as trabajadores/as de la EP es 16% más baja que la de los/as ocupados/as no EP y 20% más baja que la de la población inactiva (Gráfico 10).

Gráfico 9.
Ingreso por jubilación o pensión en porcentaje del ingreso total familiar (ITF). Varones de 65 años y más; mujeres de 60 años y más. Base cuarto trimestre de 2021



Fuente: Elaboración propia en base a EPH-INDEC.

Gráfico 10.
Ingreso promedio por jubilación o pensión. Varones de 65 años y más; mujeres de 60 años y más. Base Trabajadores/as No EP = 100. Cuarto trimestre de 2021



Fuente: Elaboración propia en base a EPH-INDEC.

El rol clave que juega la prestación previsional en la EP también se refleja en el achicamiento de la brecha de ingresos que implica el cobro de la jubilación para las trabajadoras y los trabajadores de la EP. Entre la población que no cobra una jubilación, el ITF de la EP es 43% más bajo que el de las y los ocupados No EP. En contraste, entre la población que sí cobra jubilación, el ITF de la EP es 16% más bajo que el de las y los ocupados No EP (Cuadro 5).

La jubilación también empareja el ingreso per cápita familiar (IPCF). La diferencia en el IPCF entre las trabajadoras y los trabajadores de la EP y el resto de las y los ocupados en edad de retiro se reduce de 45% —cuando no cobran jubilación— a 15% —cuando la cobran— (Cuadro 6).

En este mismo sentido, el ITF de las personas de la EP que cobran jubilación es 41% más alto que el ITF de las que no cobran. En cambio, en el resto de las y los ocupados es al revés: el ITF de quienes perciben jubilación se reduce 4%. En otras palabras, la jubilación actúa como un sostén de ingresos clave en la EP, al aumentar sus ingresos totales, complementando los bajos ingresos laborales.

Cuadro 5.
Ingreso total familiar promedio. Varones de 65 años y más; mujeres de 60 años y más. Cuarto trimestre de 2021
En pesos.

	NO EP	EP	Diferencia
No cobra JoP	\$ 83.726	\$ 48.119	-43%
Cobra JoP	\$ 80.438	\$ 67.958	-16%
Diferencia	-4%	41%	

Fuente: Elaboración propia en base a EPH-INDEC.

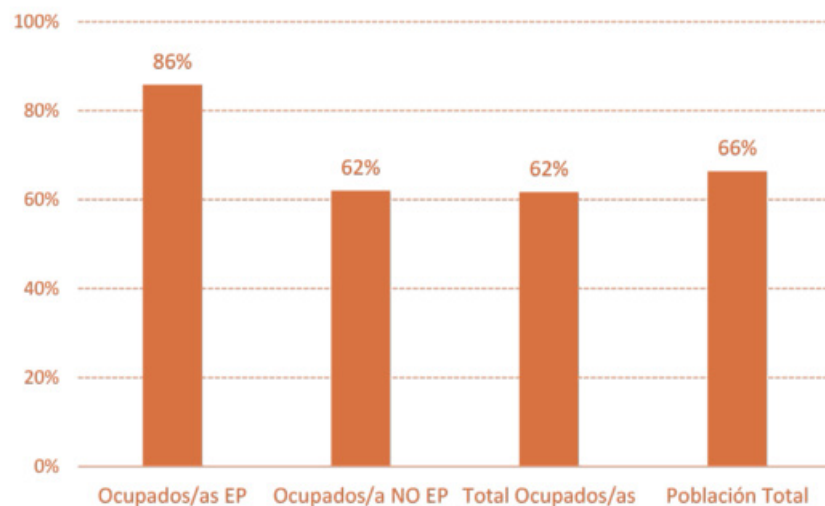
Cuadro 6.
Ingreso per cápita familiar promedio. Varones de 65 años y más; mujeres de 60 años y más. Cuarto trimestre de 2021
En pesos.

	NO EP	EP	Diferencia
No cobra JoP	\$ 39.190	\$ 21.459	-45%
Cobra JoP	\$ 39.842	\$ 34.023	-15%
Diferencia	2%	59%	

Fuente: Elaboración propia en base a EPH-INDEC.

Otra forma de analizar la suficiencia de las prestaciones es a través de la tasa de reemplazo, que se define como el porcentaje que representa el beneficio previsional sobre el ingreso laboral en la etapa activa (Gráfico 11). En este caso, se aprecia que en la EP rige una tasa de reemplazo elevada, superior al promedio del total de la población y al resto de las y los ocupados que perciben una jubilación o pensión. Esta situación se verifica a pesar de que la EP cobra una jubilación menor, y se explica debido al bajo nivel de ingreso de la ocupación principal en la etapa activa.

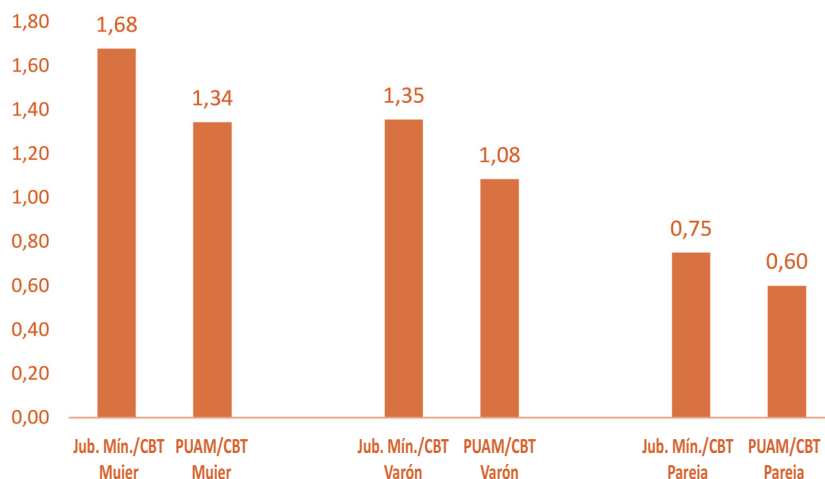
Gráfico 11.
Tasa de reemplazo: jubilación promedio en % del ingreso medio de la ocupación principal de la población en edad activa. Cuarto trimestre de 2021



Fuente: Elaboración propia en base a EPH-INDEC.

En cuanto a la relación entre la prestación previsional y el costo de vida, en el Gráfico 13 se muestra el cociente entre la prestación previsional (jubilación mínima o la PUAM) y la Canasta Básica Total (CBT)¹⁹. Se aprecia que tanto la jubilación mínima como la PUAM no alcanzan a cubrir la CBT de una pareja de adultos mayores (un varón y una mujer). Sin embargo, la PUAM —la prestación no contributiva de menor monto que ofrece el sistema— se ubica 34% por encima de la CBT de una mujer de 60 años y 8% por sobre la de un varón de 65 años.

Gráfico 12.
**Jubilación Mínima y PUAM
sobre Canasta Básica
Total. Cuarto trimestre
de 2021.**



Fuente: Elaboración propia
en base a EPH-INDEC.

2.2.2. INDICADORES DE LA COBERTURA DE SALUD

Como se mencionó, si bien en nuestro país existe una cobertura formalmente universal a través de la atención médica en hospitales públicos, el acceso a la salud se encuentra segmentado, conformándose, a grandes rasgos, tres subsistemas:

- i) El subsistema de atención pública de acceso universal;
- ii) El subsistema de seguridad social, conformado a su vez por:

ii.1) Las obras sociales nacionales²⁰: más de 290 instituciones que brindan cobertura a 15.100.000 de trabajadoras y trabajadores registrados, tanto bajo relación de dependencia como monotributistas. El 75% de dichos beneficiarios corresponden a obras sociales sindicales.

19 Se utiliza la CBT para un/a adulto/a equivalente: mujeres de 60 años y varones de 65 años. Para las mujeres el valor equivale a 0,67 y para los varones a 0,83. Esta es la medida utilizada para establecer la línea de pobreza, aunque en el caso de las personas adultas mayores puede subestimar el costo de vida, dado que la medida de “adulto equivalente” considera únicamente necesidades calóricas (alimentación) y no refleja adecuadamente una canasta de consumo propia del rango etario, intensiva en costos vinculados al cuidado de la salud.

20 Existen también instituciones de salud que forman parte del sistema de seguro de afiliación obligatoria pero no se encuentran reguladas como las obras sociales y, por ende, captan la totalidad de los aportes recibidos por trabajadores/as y empleadores, quienes no pueden optar por derivarlos a empresas de medicina prepaga. Entre estos casos se encuentran las obras sociales de universidades nacionales, el Instituto de Obra Social de las Fuerzas Armadas (IOSFA), la Dirección de Ayuda Social para el personal del Congreso de la Nación (DAS) y la Obra Social del Poder Judicial de la Nación (OSPJN). No se cuenta con información sobre la cantidad de afiliados a estas entidades.

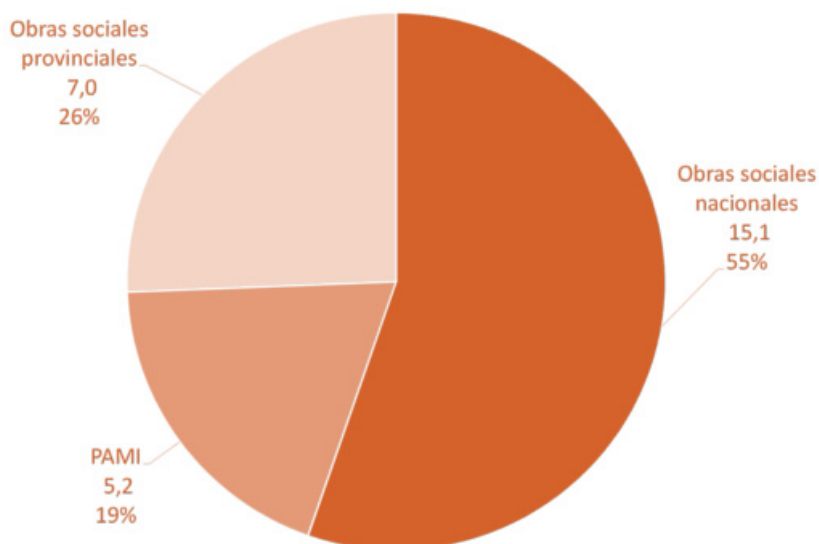
ii.2) Las obras sociales provinciales: 24 entidades que cubren a 7.000.000 de empleadas y empleados públicos provinciales;

ii.3) El Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados, conocido como PAMI (Programa de Atención Médico Integral): cubre a 5.200.000 de jubilados/as y pensionados/as.

iii) El subsistema privado: integrado por las empresas de medicina prepaga. Si bien no se cuenta con datos actualizados, el Censo 2010 arroja 2.000.000 de aportantes “puros” que financian dicha cobertura en forma exclusiva con los pagos previstos en su contratación voluntaria.

De esta forma, el subsistema obligatorio de seguridad social vinculado a la salud otorga cobertura a 27.300.000 personas, lo que representa el 58% de la población total del país.

Gráfico 13.
Cantidad de personas afiliadas al subsistema de seguro e salud obligatorio. Año 2022
En millones y como porcentaje del total.



Fuente: Elaboración propia en base a AFIP, COSSPRA y SSS.

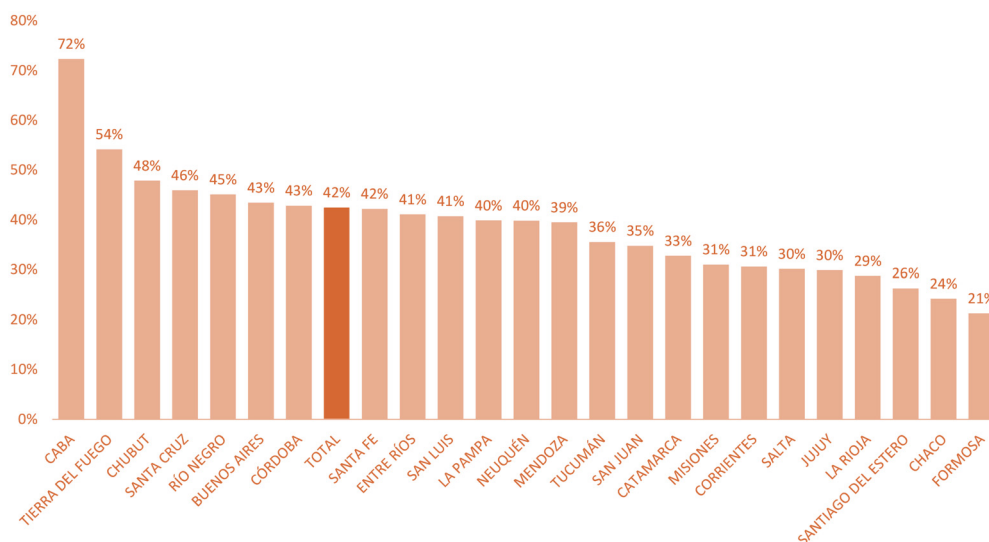
Estos resultados son similares a la información que surge del Censo 2010, el cual arrojaba que en dicho año 57% de la población tenía obra social (incluido el PAMI), un 5% contaba con cobertura exclusiva de una empresa de medicina prepaga y un 38% de la población no tenía más cobertura que la de la red pública de centros de salud²¹.

A modo de actualización, y reconociendo que los datos no son estrictamente comparables con los del Censo, la EPH ha relevado que en 2021 el 32% de la población urbana contaba únicamente con cobertura de salud del sector público, mientras que el 61% con cobertura de una obra social, 2% con cobertura doble (obra social y prepaga) y 5% con cobertura privada de mutual, servicio de emergencia o prepaga.

²¹ Se ha computado como población sin cobertura la que no cuenta con afiliación a alguna obra social ni empresa de medicina prepaga. Es decir, que las personas alcanzadas por programas y planes estatales de salud (el 2% de la población total según el Censo 2010), como por ejemplo la población beneficiaria de pensiones no contributivas por vejez o madres de siete o más hijos, se han incluido entre la población sin cobertura.

Por otra parte, se destaca la heterogeneidad de la intensidad de la cobertura brindada por obras sociales nacionales y el PAMI según provincia. Mientras que en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires esta cobertura abarca al 72% de la población, en el otro extremo se ubican la mayoría de las provincias del norte del país con niveles de cobertura muy inferiores, siendo Formosa la que muestra el menor, 21%.

Gráfico 14.
Beneficiarios/as de obras sociales nacionales y PAMI Año 2022
En porcentaje de la población total, según provincia



Fuente: Elaboración propia en base a SSS e INDEC.

En cuanto a la cobertura de las trabajadoras y los trabajadores de la EP (Cuadro 7), a partir de la EPH se obtiene que el 52% no cuenta con ninguna cobertura, en contraste con el 20% del resto de las personas trabajadoras (por fuera de la EP) que se encuentra en esa situación. El contraste es aún mayor si se compara la ausencia de cobertura de salud de las y los cuentapropistas (12%).

Por otra parte, mientras que el 70% de las personas trabajadoras por fuera de la EP cuenta con obra social (incluida el PAMI), ese porcentaje se reduce a 39% en el caso de la EP.

Cuadro 7.
Cobertura de salud de la población ocupada según categoría ocupacional. Cuarto trimestre de 2021.

Concepto	Obra social (incluye PAMI)	Mutual / prepaga / servicio de emergencia	Obra social y mutual / prepaga / servicio de emergencia	Planes y seguros públicos	No paga ni le descuentan
TOTAL OCUPADOS/AS	64%	6%	3%	1%	27%
Trabajadores/as EP	39%	7%	1%	1%	52%
Cuentapropistas	39%	7%	1%	1%	52%
Trabajadores/as Familiar	46%	9%	4%	2%	40%
Trabajadores/as no EP	70%	6%	3%	1%	20%
Patrones/as	50%	17%	5%	0%	28%
Cuentapropistas	62%	17%	9%	0%	12%
Asalariados/as	72%	5%	3%	1%	20%
Trabajadores/as Familiar	0%	8%	0%	0%	92%

Fuente: Elaboración propia en base a SSS e INDEC.

Cabe destacar que las trabajadoras y los trabajadores de la EP que se encuentran dentro del programa Potenciar Trabajo cuentan con una cobertura de salud 100% bonificada por parte del Estado nacional, debiendo optar por una obra social nacional. Sin embargo, según la Superintendencia de Servicios de Salud, en 2022 se registran solo 586.000 monotributistas sociales con cobertura de una obra social, lo que representa el 45% de los 1.300.000 de beneficiarios/as del Potenciar Trabajo. Esto supone un importante déficit de registración y una aparente contradicción en la política estatal. Por un lado, existe un programa que otorga una cobertura vinculada al seguro de salud y, por otro, no se incentiva su registración, de forma que en la práctica más de la mitad de los/as trabajadores/as de la EP identificados/as por el Estado —a quienes se les asigna un salario social complementario— no cuentan con una cobertura en el subsistema de seguridad social contributiva.

A partir de los cambios regulatorios efectuados en la década del noventa, las trabajadoras y los trabajadores formales tienen la posibilidad de redirigir los aportes y contribuciones a la obra social de su elección. Como consecuencia, se generó una concentración de afiliados y, por ende, de los recursos, en relativamente pocas obras sociales. Además, las trabajadoras y los trabajadores de mayores salarios pueden derivar sus aportes a una empresa de medicina privada, mediante los acuerdos existentes entre estas entidades y las obras sociales (según el Censo 2010, el 19% de las personas afiliadas una obra social accedía a la medicina prepaga mediante la derivación de sus aportes). De esta forma, se quiebra la solidaridad del subsistema de obras sociales.

Esta concentración se verifica al observar que, según los datos de la Superintendencia de Servicios de Salud, en 2022 las primeras cuatro obras sociales según la cantidad de afiliados (menos del 1,5% del total) absorben el 25% del total. De manera similar, las primeras diez obras sociales (3% de la cantidad total) absorben el 41% del total de los recursos netos del Fondo Solidario de Redistribución, mientras que el restante 59% se reparte entre 305 entidades (97% del total).

Cuadro 8.
**Participación
del monto distribuido
al Sistema Nacional
de Salud según
obra social.
Año 2021**

Obra Social	Participación	Participación acumulada
Total	100%	
Organización de Servicios Directos Empresarios	11%	11%
Empleados de Comercio y Actividades Civiles	8%	18%
Acción Social de Empresarios	4%	22%
Personal Civil de la Nación	4%	26%
Comisarios Navales	3%	29%
Petroleros	3%	32%
Personal de Organismos de Control Externo	3%	34%
Técnicos de Vuelo Líneas Aéreas	2%	37%
Personal Rural y Estibadores de la R.A.	2%	39%
Personal de la Construcción	2%	41%
Resto (305 OSN)	59%	100%

Fuente: Elaboración propia
en base a AFIP.

Esta concentración de los recursos deriva en una fragmentación de la cobertura, dadas las economías de escala existentes en la prestación de servicios de salud (costos por afiliado decreciente a medida que aumenta la cantidad de aportantes). Así, cuanto mayor es el número de afiliados, mayor es la posibilidad económica de absorber tratamientos costosos (Cetrángolo y Goldschmit 2018).

Por su parte, el mecanismo de redistribución al interior del subsistema de obras sociales —el Fondo Solidario de Redistribución (FSR)— tiene un impacto reducido; abarca tres mecanismos de redistribución entre ellas:

- i) el Subsidio Automático Nominativo de Obras Sociales (SANO), destinado a saldar la diferencia entre el total de aportes y contribuciones y valores de referencia individuales establecidos en una matriz de riesgo;
- ii) el Subsidio de Mitigación de Asimetrías (SUMA), que redistribuye el 6% de la recaudación mensual correspondiente a los aportes y contribuciones proporcionalmente según la cantidad de afiliados de cada obra social y establece una compensación económica para las obras sociales de menos de 5.000 afiliados que le permita alcanzar el ingreso promedio mensual por afiliado de todo el sistema;
- iii) el Subsidio de Mitigación de Asimetrías para el Régimen de Trabajo Especial (SUMARTE) que asigna el 1,5% de los aportes y contribuciones a las obras sociales con afiliados monotributistas, monotributistas sociales y servicio doméstico y el SUMA65 que distribuye 1,20% de los recursos entre las obras sociales con afiliados mayores de 65 años (que no cuentan con cobertura del PAMI).

En una primera aproximación, vale destacar que el monto total del FSR representa solo el 16% de los recursos del subsistema.

En este marco, los trabajadores y las trabajadoras de la EP afiliados a una obra social a través de los aportes del monotributo social reciben una cobertura deficiente. Debido al bajo nivel del aporte, las obras sociales enfrentan problemas para prestar adecuadamente el servicio de salud dado que sus ingresos muchas veces no cubren el costo del Plan Médico Obligatorio (PMO). A su vez, los hospitales públicos suelen postergar o directamente derivar a las y los pacientes que cuentan con una cobertura (formal) de una obra social, en particular cuando se trata de intervenciones complejas como cirugías. De esta manera, aun las trabajadoras y los trabajadores de la EP “privilegiados” inscriptos en el monotributo social suelen encontrarse “rebotando” entre la obra social y el hospital público sin ser atendidos.

La comparación entre el aporte promedio mensual percibido por las obras sociales (incluyendo el FSR) y el costo estimado de la Prestación Médica Obligatoria (PMO) (Cuadro 9) da cuenta de la brecha existente entre costos y recursos. Los recursos alcanzan a cubrir el 86% del costo promedio del PMO.

Por su parte, la Mutual Senderos brinda cobertura a 30.000 trabajadores y trabajadoras de la EP por medio de centros de atención primaria propios con presencia en barrios populares²², afiliados a través de un convenio con una obra social que recibe los aportes del monotributo social, actuando como intermediaria. Sin embargo, este esquema no resulta óptimo dado que, al no tratarse de una obra social, la mutual no percibe directamente los aportes, lo que genera que el valor promedio de los aportes se distorsione, al mezclarse en la obra social con otros de mayor monto. De esta forma, la obra social no refleja la estructura de aportes de las trabajadoras y los trabajadores afiliados de la mutual, por lo que esta no recibe el SANO.

²² Por ejemplo, el impacto de la mutual en barrios carenciados queda reflejado en que posee el único centro de salud de Villa Fiorito.

Cuadro 9.
Comparación de los aportes promedio recibidos por las obras sociales y el costo del PMO. Año 2021

En millones de pesos			En pesos		Porcentaje de cobertura del PMO
OSN (1)	FSR (2)	TOTAL (1) + (2)	Aporte promedio mensual por afiliado	Costo PMO	
\$554.785	\$104.559	\$659.344	\$3.059	\$3.562	86%

Fuente: Elaboración propia en base a AFIP y Van der Kooy et al. (2021).

En esta línea, según datos elaborados por Van der Kooy *et al.* (2021), si se considera únicamente la recaudación proveniente de aportes y contribuciones, en el año 2020 solo el 24,5% de las obras sociales contaba con los recursos necesarios para cubrir el costo del PMO. Esa proporción aumenta a 49% al sumar los recursos distribuidos por el FSR, lo que refleja la insuficiencia del mecanismo de redistribución y los problemas económicos (que luego se plasman en la calidad de la prestación del servicio) que afrontan sobre todo las obras sociales con menor cantidad de afiliados.

En suma, en materia previsional, si bien se ha alcanzado un elevado nivel de cobertura de las personas en edad pasiva gracias a las sucesivas moratorias que flexibilizaron las condiciones de acceso al sistema, las condiciones del mercado de trabajo dan cuenta de los problemas para lograr una cobertura adecuada de la población activa, y en particular entre las trabajadoras y los trabajadores de la EP, aun a pesar de la existencia de la herramienta del monotributo social. Esta situación implica señales de alarma dado que, en ausencia de nuevas moratorias, el problema de la cobertura se trasladará a la población pasiva con el correr del tiempo.

Por su parte, la cobertura de salud muestra las complejidades propias de una estructura fragmentada, en el que el sistema de obras sociales no logra brindar una cobertura adecuada a las trabajadoras y los trabajadores de la EP que, en ocasiones, desisten de la cobertura del seguro de salud frente a las dificultades en la calidad de las prestaciones, derivadas a su vez de la insuficiencia de los recursos que maneja el sistema.

LINEAMIENTOS PARA MEJORAR LA COBERTURA

El diagnóstico elaborado en los apartados anteriores da cuenta de la persistencia de fallas en la cobertura en dos de los principales componentes de la seguridad social en lo que respecta al segmento de la EP.

En materia previsional, la existencia del monotributo social implica un registro de aportes al sistema contributivo subsidiado por el Estado. Es una herramienta que permite reconocer el trabajo y otorgar una cobertura previsional contributiva, que es más completa que la PUAM o cualquier beneficio no contributivo, dado que otorga derecho a pensión y a cobertura por invalidez durante la edad activa. Sin embargo, esta herramienta en la práctica no alcanza a la totalidad del universo de trabajadores del sector, estando esta falta de cobertura probablemente relacionada con problemas en el componente salud del monotributo, las que desincentivan el registro por parte de las trabajadoras y los trabajadores.

En este sentido, se propone potenciar la registración en el monotributo social y garantizar la igualdad de derechos, para lo cual resta adaptar parámetros (edad, años de aportes) por insalubridad laboral para sectores específicos (recolección de basura, labores en cámaras de frío, de changarines, tareas en mercados o ferias de alimentos). Asimismo, para aquellas personas a las que, por la cantidad de periodos cotizados a su edad, les resulta imposible la acumulación de los 30 años de aportes requeridos, pueden implementarse moratorias y/o complementos no contributivos que garanticen una cobertura mínima universal.

En cuanto a la cobertura de salud, la complejidad es mayor dadas la fragmentación y desorganización del sistema actual, en el que se superponen coberturas de obras sociales, prestaciones del sistema público de salud de los tres niveles de gobierno (nacional, provincial y municipal), copagos o adicionales privados y mutuales.

En este caso, la conformación de una obra social específica para los trabajadores y las trabajadoras de la EP adecuadamente financiada puede ser una alternativa que aumente la oferta de la atención primaria en articulación con prestadores existentes, como la Mutual Senderos, que cuentan con la ventaja de brindar atención en barrios populares, donde el sistema público no llega. En este sentido, la institución propuesta podría funcionar de forma similar al Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados (INSSJP), que brinda cobertura a un segmento poblacional específico (en ese caso, personas adultas mayores) mediante el Programa Asistencial Médico Integral (PAMI) utilizando financiamiento contributivo y un complemento no contributivo.

Por otra parte, para las intervenciones más costosas (como cirugías o atención de enfermedades crónicas) pueden establecerse convenios con el sistema público, de forma de evitar, tal como ocurre en la actualidad, que se excluya a las personas, en forma simultánea, de la atención por medio del sistema de obras sociales (dado el elevado costo de los actos médicos en cuestión) y del acceso al hospital público (por considerar que cuentan con cobertura de obra social, incluso, cuando, en la práctica, no logran tampoco, ser atendidas en ella).

A su vez, analizar y proponer líneas de acción para ampliar la cobertura, para la EP, de la maternidad, el desempleo y las enfermedades profesionales, que en la actualidad es prácticamente nula, son tareas que ameritan trabajar con mayor profundidad. Al igual que mejorar la cobertura, para la EP, en los casos de accidentes de trabajo y reducir las inequidades en el tratamiento brindado en relación con el apoyo a la niñez.

BIBLIOGRAFÍA

- ANDRENACCI, L., y F. REPETTO (2005). "Un camino para reducir la desigualdad y construir ciudadanía", C. Molina (ed.), *Universalismo básico. Una nueva política social para América Latina*. Banco Interamericano de Desarrollo.
- BARRANTES, C. A. (1992). "Del sector informal urbano a la economía popular", *Revista de Ciencias Sociales* N° 57, septiembre, pp. 97-108.
- BERTELLOTTI, A., y A. CAPPA (2021). *Recuperación de residuos sólidos urbanos. La rama "cartonera" de la Economía Popular*. FES Argentina. Disponible en <https://library.fes.de/pdf-files/bueros/argentinien/18232.pdf>
- BEVERIDGE, W. (1942). *Social Insurance and Allied Services*. Londres: Her Majesty's Stationery Office.
- CALVO GALLEGU, F. J. (2017). "Trabajadores pobres y pobreza de los ocupados: una primera aproximación", F. J. Calvo Gallegu y M. R. Gómez-Álvarez Díaz (dirs.), *Trabajadores pobres y pobreza en el trabajo*. Murcia: Laborum, pp. 17-56.
- CETRÁNGOLO, O., y A. GOLDSCHMIT (2018). *Organización y financiamiento de la provisión de salud por parte de la seguridad social en Argentina*, Serie Documentos de Trabajo del IIEP, N° 25.
- CSA (2010). *Plataforma Sindical Continental sobre Seguridad Social*. Disponible en https://csa-csi.org/?smd_process_download=1&download_id=521
- DI COSTA, V. (2011). *Política previsional argentina. En torno al Plan de Inclusión Previsional (2004-2007). Oportunidades y limitaciones asociadas*. Tesis de Maestría, Universidad Nacional de Cuyo.
- ESPING-ANDERSEN, G. (1993). *Los tres mundos del Estado de Bienestar*. Valencia: Ed. Alfons el Magnanim.
- FERNÁNDEZ MASSI, M. (2015). *La heterogeneidad del empleo en la Argentina 2008-2011. Una explicación a partir de los rasgos productivos y las relaciones sectoriales*. Tesis de Maestría en Ciencias Sociales del Trabajo, Universidad de Buenos Aires, Facultad de Ciencias Sociales.
- FILGUEIRA, F. (2007). *Cohesión, riesgo y arquitectura de protección social en América Latina*. Serie Políticas Sociales N° 135, CEPAL.
- GAITAN, F., y C. DEL BONO (2020). *La renta básica (o ingreso ciudadano) universal e incondicional. El debate en Argentina*. CIEPP, diciembre.
- GORZ, A. (1998). *Miserias del presente. Riqueza de lo posible*. Buenos Aires: Paidós.
- KAZTMAN, R. (2001). "Seducidos y abandonados: el aislamiento social de los pobres urbanos", *Revista de la CEPAL* N° 75, diciembre, pp. 171-189.
- LACCHINI, C., y G. ZUCCOTTI (2009). *Importancia de la contributividad en el sistema de Seguridad Social. Elementos de análisis para la inclusión social en América Latina*. OIT. Disponible en <http://www.ilo.org/public/libdoc/ilo/2009/461976.pdf>
- LEVCOVICH, M. (2002). *Aportes al análisis de los resultados de estudios de gasto y financiamiento en salud*. Ponencia presentada a las XI Jornadas Internacionales de la AES.
- LÓPEZ ACCOTTO, A., C- MARTINEZ, I. GRINBERG y M. MANGAS (2013). *La provincia de Buenos Aires y sus municipios: los laberintos de una distribución anacrónica de recursos*. Buenos Aires: Ediciones UNGS.

- LÓPEZ ACCOTTO, A., C. MARTÍNEZ, M. MANGAS y R. PAPARÁS, R. (2016). *Finanzas públicas y política fiscal. Conceptos e Interpretaciones desde una visión argentina*. Buenos Aires: Ediciones UNGS.
- MARTÍNEZ, C. (2022). “¡Viva la diferencia! Regímenes especiales y diferenciales en la previsión social argentina”, E. Chávez Molina y S. Carpenter (comps.), *Empleo y previsión social. Problemáticas en Argentina y en el mundo*. Buenos Aires: CLACSO.
- OMS (1978). Declaración de Alma-Ata. Disponible en <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2012/Alma-Ata-1978Declaracion.pdf>
- OCEPP (2021). *La Economía Popular. Total de trabajadorxs, ingresos y transiciones laborales. Estimaciones en base a la Encuesta Permanente de Hogares*. Disponible en <https://www.ocepp.com/post/la-econom%C3%ADa-popular-total-de-trabajadorxs-ingresos-y-transiciones-laborales>
- OIT (1984). Introducción a la seguridad social.
- OIT (2012). Módulo de partida: trabajo decente. Disponible en <http://www.actrav-etd.com/escuela1/recursos-documento-91/>
- OIT (2017). Informe Mundial sobre la Protección Social 2017-2019. Disponible en https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/—dgreports/—dcomm/documents/publication/wcms_624890.pdf
- PÉRSICO, E., y J. GRABOIS (2014). *Organización y Economía Popular 1: Nuestra realidad*. Buenos Aires: CTEP —Confederación de Trabajadores de la Economía Popular—. Disponible en <http://www.ctepargentina.org/descargas/1.pdf>
- PREALC —Programa Regional del Empleo para América Latina y el Caribe— (1978). *Sector informal. Funcionamiento y políticas*. Santiago de Chile: OIT.
- RAZETO, L. (1993). *De la economía popular a la economía de solidaridad en un proyecto de desarrollo alternativo*. Instituto Mexicano de Doctrina Social Cristiana.
- ROFMAN, R. (2021). “Los regímenes previsionales de excepción en Argentina”. CIPPEC —Centro Interdisciplinario de Políticas Públicas para la Equidad y el Crecimiento—, Documento de Políticas Públicas N° 230, mayo.
- ROSANVALLON, P. (1995). *La nueva cuestión social: repensar el Estado providencia*. Buenos Aires: Manantial.
- SOUZA, P. R., y V. TOKMAN (1976). *El empleo en América Latina. Problemas económicos, sociales y políticos*. México: Siglo XXI Editores.
- TOBAR, F. (2000). “Herramientas para el análisis del sector salud”, *Medicina y Sociedad* N° 23 (2), abr.-jun., pp. 83-96.
- VAN DER KOOY, E., R. TORRES, H. PEZZELLA, A. CARRIL y R. ROLDÁN (2021). *Programa Médico Obligatorio. Estimación del gasto necesario para garantizar la cobertura*. Prosanity Consulting y Universidad ISalud.
- VAN DER KOOY (2022). *Actualización de la estimación del gasto necesario para garantizar el PMO*. Prosanity Consulting y Universidad ISalud. Disponible en [http://www.consensosalud.com.ar/actualizacion-de-la-estimacion-del-gasto-necesario-para-garantizar-el-pmo/#:~:text=En%20este%20an%C3%A1lisis%20del%20PMO,\(49%25%20del%20total\)](http://www.consensosalud.com.ar/actualizacion-de-la-estimacion-del-gasto-necesario-para-garantizar-el-pmo/#:~:text=En%20este%20an%C3%A1lisis%20del%20PMO,(49%25%20del%20total))

ABREVIATURAS Y SIGLAS UTILIZADAS

AES	Asociación de Economía de la Salud
AFIP	Administración Federal de Ingresos Públicos
ANSeS	Administración Nacional de la Seguridad Social
ART	aseguradoras de riesgos de trabajo
AUH	Asignación Universal por Hija o Hijo
BESS	<i>Boletín Estadístico de la Seguridad Social</i>
CBT	Canasta Básica Total
EP	Economía Popular
EPH	Encuesta Permanente de Hogares
ESS	<i>Estadísticas de la Seguridad Social</i>
FGS	Fondo de Garantía de Sustentabilidad
FSR	Fondo Solidario de Redistribución
INDEC	Instituto Nacional de Estadística y Censos
INSSJP	Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados
IPCF	Ingreso per cápita familiar
ITF	ingreso total familiar
JoP	jubilación o pensión
MECON	Ministerio de Economía de la Nación
MTEySS	Ministerio de Trabajo Empleo y Seguridad Social
OIT	Organización Internacional del Trabajo
OMS	Organización Mundial de la Salud
OSN	Obras Sociales Nacionales
PBU	Prestación Básica Universal
PEA	Población Económicamente Activa
PEI	Población Económicamente Inactiva
PIB	Producto Interno Bruto
PAMI	Programa Asistencial Médico Integral
PMO	Plan Médico Obligatorio
PNC	Pensión no Contributiva
PUAM	Pensión Universal para el Adulto Mayor
SANO	Subsidio Automático Nominativo de Obras Sociales
SIPA	Sistema Integrado Previsional Argentino
SSS	Superintendencia de Servicios de Salud

AUTORES

Carlos Martínez es licenciado en Economía (UBA), magíster en Diseño y Gestión de Programas Sociales (FLACSO) y doctorando en Economía (UNGS), investigador y docente de universidades nacionales (UBA, UNGS, UNSAM, UNR) y asesor de la OIT y de organizaciones de trabajadores y trabajadoras.

Andrés Cappa es licenciado en Economía (UBA), maestrando en Economía Política Argentina (FLACSO). Docente en UNLZ y UBA (ad honorem) y miembro del Observatorio de Coyuntura Económica y Políticas Públicas (OCEPP).

Federico Blasco es licenciado en Economía (UBA), asesor de organizaciones de trabajadores y trabajadoras, docente en la Universidad Latinoamericana de las Periferias (ULPE). Miembro del Observatorio de Coyuntura Económica y Políticas Públicas (OCEPP).

Ilustraciones

Julieta Longo

EDITOR

Fundación Friedrich Ebert
Marcelo T. de Alvear 883 | 4° Piso (C1058AAK)
Buenos Aires – Argentina

Responsable

María Julia Eliosoff

Directora de Proyecto FES – Argentina

MaríaJulia.Eliosoff@fes.de

Equipo editorial

Christian Sassone | Ildefonso Pereyra | Irene Domínguez

christian.sassone@fes.de

<https://argentina.fes.de>

ISBN: 978-987-4439-80-2

La Fundación Friedrich Ebert es una institución alemana sin fines de lucro creada en 1925. Debe su nombre a Friedrich Ebert, el primer presidente elegido democráticamente, y está comprometida con el ideario de la democracia social. Realiza actividades en Alemania y en el exterior a través de programas

de formación política y cooperación internacional. La FES tiene 18 oficinas en América Latina y organiza actividades en Cuba, y Paraguay, que cuentan con la asistencia de las representaciones en los países vecinos.

El uso comercial de todos los materiales editados y publicados por la Friedrich-Ebert-Stiftung (FES) está prohibido sin previa autorización escrita de la FES. Las opiniones expresadas en esta publicación no representan necesariamente los puntos de vista de la Friedrich-Ebert-Stiftung.

ISBN 978-987-4439-80-2





LA COBERTURA DE SEGURIDAD SOCIAL EN LA ECONOMÍA POPULAR EN LA ARGENTINA



El desarrollo de sistemas de seguridad social se asocia a una tendencia general hacia el predominio del trabajo asalariado, debido a que en esta relación social de producción quien trabaja por su cuenta por sí solo no tiene un respaldo para afrontar situaciones de contingencia ya que no posee un capital de resguardo. Sin embargo, en gran parte del mundo estas situaciones “contingentes” se tornan estructurales, lo cual se refleja en elevados niveles de pobreza y desempleo. Si bien en nuestro país se han realizado esfuerzos por extender la cobertura a través de la creación de complementos no contributivos en algunas prestaciones (principalmente



previsionales y asignaciones familiares), se ha conservado la matriz de derechos condicionados por la situación de registro de las trabajadoras y los trabajadores. En este marco, quienes trabajan en la Economía Popular se encuentran mayormente excluidos/as de los beneficios de la seguridad social, aun cuando se han creado herramientas específicas dirigidas a este segmento, tales como el monotributo social. Sobre la base de estas consideraciones, el objetivo principal del estudio es efectuar un diagnóstico de la situación actual de la cobertura de seguridad social de las trabajadoras y trabajadores de la Economía Popular y pro-



poner lineamientos de política pública para ampliarla de manera sostenible. En el primer apartado se introduce conceptualmente al sistema de seguridad social y se presentan sus principales características en el caso argentino, con foco en los subsistemas de previsión social y salud; en el segundo apartado se desarrolla un diagnóstico cualitativo y cuantitativo de la cobertura de estos dos subsistemas, con énfasis en los trabajadores y las trabajadoras de la Economía Popular; finalmente, en el tercero, se presentan algunos lineamientos de política pública con el objetivo de contribuir a la mejora de la cobertura en el segmento de la Economía Popular.

Podés encontrar más información sobre este y otros temas
ingresando a: <https://argentina.fes.de>