

CIPPEC



políticas públicas
public policies

Programa de Educación
Área de Desarrollo Social

DOCUMENTO DE TRABAJO N°128

DICIEMBRE DE 2014

Piso de Protección Social en la provincia de Santa Fe

GALA DÍAZ LANGOU | JAVIER CICCARIANO | JAIR ZOLOTOW

Documento elaborado en el marco del proyecto conjunto CIPPEC -
Fundación Friedrich Ebert sobre los "Diálogos acerca del Piso de
Protección Social en las provincias argentinas" a realizarse en 2013.

Índice

| | |
|---|-----------|
| Resumen ejecutivo..... | 4 |
| Agradecimientos | 5 |
| Introducción..... | 6 |
| Capítulo 1. Los pisos de protección social, la integralidad y la coordinación..... | 8 |
| La importancia de la coordinación en la consecución de los pisos de protección social..... | 10 |
| Capítulo 2. La situación social en las cuatro garantías del Piso de Protección Social en la Provincia de Santa Fe | 13 |
| Garantía 1. Salud esencial | 14 |
| Garantía 2. Ingreso para los niños/as | 19 |
| Garantía 3. Ingreso para personas en edad activa..... | 22 |
| Garantía 4. Ingreso para adultos mayores..... | 27 |
| Capítulo 3. Intervenciones públicas que contribuyen a la consecución de un piso de protección social en la Provincia de Santa Fe | 1 |
| Garantía 1. salud esencial | 1 |
| Garantía 2. Ingreso para los niños/as | 7 |
| Garantía 3. ingreso para las personas en edad activa | 11 |
| Garantía 4: ingreso para adultos mayores..... | 15 |
| Reflexiones Finales..... | 22 |
| Potencialidad de los Pisos de Protección Social..... | 22 |
| Avances y desafíos en la Provincia de Santa Fe..... | 23 |
| Acerca de los autores | 27 |
| Notas..... | 28 |

Índice de cuadros y gráficos

| | |
|--|-----------|
| Cuadro 1. Evolución de los principales indicadores de salud en la Provincia de Santa Fe. 2003 – 2010 | 17 |
| Cuadro 2. Estado nutricional de menores de 6 años. Casos y porcentajes del total de consultantes a los servicios públicos de salud, por departamentos. Provincia de Santa Fe. Año 2009..... | 20 |
| Cuadro 3. Evolución de la tasa de desocupación en los grandes aglomerados provinciales: 2003 – 2013 | 25 |
| Gráfico 1. Evolución de los indicadores Provincial de población y hogares con NBI: 2001 – 2010.... | 14 |
| Gráfico 2. Población en hogares con Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI) por región | 15 |
| Gráfico 3. Tasa de mortalidad infantil por 1.000 nacidos vivos, por región | 16 |
| Gráfico 4. Tasa de mortalidad infantil por 1.000 nacidos vivos, 2003 - 2010 | 17 |

| | |
|---|-----------|
| Gráfico 5. Porcentaje de población cubierta (y no cubierta) según tipo de cobertura | 18 |
| Gráfico 6. Evolución de la tasa de NBI en niños, niñas y adolescentes en Santa Fe: 2001 - 2010..... | 19 |
| Gráfico 7. Evolución de las tasas de asistencia educativa de la población de 3 a 17 años, por tramo de edad: 2001 y 2010 | 21 |
| Gráfico 8. Evolución de indicadores provinciales de condición de actividad de la PEA: 2001 - 2010 | 23 |
| Gráfico 9. Evolución de la tasa de desocupación en los grandes aglomerados provinciales: 2003 - 2013 | 24 |
| Gráfico 10. Población de 20 años y más por condición de actividad económica | 25 |
| Gráfico 11. Peso de la población mayor a 60 años en el total de la población por región | 27 |
| Gráfico 12. Evolución de la cobertura de salud en adultos mayores a 60 años..... | 28 |
| Gráfico 13. Porcentaje de adultos mayores de 60 años cubiertos (y no cubiertos) por tipo de cobertura | 28 |
| Gráfico 14. Evolución de la población mayor de 60 años que percibe jubilación o pensión | 15 |
| Gráfico 15. Porcentaje de adultos mayores de 60 años con jubilación y/o pensión según tipo de beneficio | 17 |

Resumen ejecutivo

Este estudio se realizó en el marco del proyecto “Diálogos acerca del Piso de Protección Social en las provincias argentinas”, en ejecución desde principios de 2013, que se propone contribuir en el trayecto hacia la construcción de un piso sólido de protección social en la Argentina, al brindar información acerca de los diversos avances realizador e iluminar dónde aún hay desafíos por delante en 2 de las 24 jurisdicciones argentinas. El documento se propone, también, ser un insumo para debatir acerca de los avances realizados sobre la iniciativa del piso de protección social en la Provincia de Santa Fe.

En la Conferencia Internacional del Trabajo de 2012, se aprobó la recomendación 202 de la OIT, que insta a los países a establecer un Piso de Protección Social (PPS) para todos/as. Esta recomendación innova al proponer la extensión de la asistencia médica esencial y el establecimiento de garantías mínimas de seguridad de los ingresos a todas las personas que así lo requieran.

Según la recomendación, los PPS constituyen “conjuntos de garantías básicas de seguridad social definidos a nivel nacional que garantizan una protección destinada a prevenir o aliviar la pobreza, la vulnerabilidad y la exclusión social. Esas garantías pueden asegurarse mediante regímenes contributivos o no contributivos, con o sin mecanismos de verificación de recursos”.

Los PPS deben concretar, al menos, las siguientes cuatro garantías básicas de seguridad social: salud esencial, ingreso para los niños/as, ingreso para personas en edad activa e ingreso para adultos mayores.

En la Argentina, ya existen muchos elementos que contribuyen a acercar al país a este mínimo: la inversión en protección social es elevada (y creció en los últimos 10 años). Una muestra de esta inversión es, por ejemplo, el lanzamiento en 2009 de la Asignación Universal por Hijo, que buscó saldar un vacío en el Régimen de Asignaciones Familiares, y el lanzamiento del Plan de Inclusión Previsional, que contribuyen al logro de dos de las cuatro garantías. Sin embargo, resulta difícil afirmar que el piso de protección social está garantizado en todas las jurisdicciones argentinas.

Este documento busca constituir un insumo para debatir acerca de los avances realizados en la Provincia de Santa Fe.

Agradecimientos

Los autores agradecen muy especialmente a Sabrina Roux y Julián García Nagy por su dedicación y colaboración en el proyecto.

Introducción

En la Conferencia Internacional del Trabajo de 2012 se aprobó la recomendación 202 de la OIT, que insta a los países a establecer un Piso de Protección Social (PPS) para todos sus ciudadanos. Esta recomendación innova al proponer la extensión de la asistencia médica esencial y el establecimiento de garantías mínimas de seguridad de los ingresos a todas las personas que así lo requieran.

Según la recomendación, los PPS constituyen “conjuntos de garantías básicas de seguridad social definidos a nivel nacional que garantizan una protección destinada a prevenir o aliviar la pobreza, la vulnerabilidad y la exclusión social. Esas garantías pueden asegurarse mediante regímenes contributivos o no contributivos, con o sin mecanismos de verificación de recursos” (art.2).

Los PPS deben asegurar, al menos, las siguientes cuatro garantías básicas dirigidas a colectivos particulares, constituyentes de la seguridad social:

- **Salud esencial:** acceso a un conjunto de bienes y servicios definido a nivel nacional, que representan la atención de salud esencial, incluso en caso de maternidad.

- **Ingreso para los niños/as:** seguridad básica del ingreso para los niños, por lo menos equivalente a un nivel mínimo definido en el plano nacional, que asegure el acceso a la alimentación, la educación, los cuidados y cualesquiera otros bienes y servicios necesarios.

- **Ingreso para personas en edad activa:** seguridad básica del ingreso, por lo menos equivalente a un nivel mínimo definido en el plano nacional, para las personas en edad activa que no puedan obtener ingresos suficientes, incluso en caso de enfermedad, desempleo, maternidad e invalidez.

- **Ingreso para adultos mayores:** seguridad básica del ingreso, por lo menos equivalente a un nivel mínimo definido en el plano nacional, para las personas de edad.

A partir de un enfoque del ciclo de vida, la recomendación plantea pisos universales y consolidados, que incluyen también las dimensiones sectoriales que los componen. Los PPS se basan en la idea de una integralidad, “ya que la mera sumatoria, generalmente expresada de manera casi presupuestaria, no alcanza a constituir lo que garantiza el PPS, y mucho menos a un verdadero “Sistema de Protección Social”, en definitiva, el objetivo último de la recomendación (Koszter, 2013).

Se espera que estas garantías reduzcan la probabilidad de la pobreza, la inequidad, la salud y el número de muertos prematuros, y que sean la base para el crecimiento económico sostenible e inclusivo.

La recomendación insta a los países a implementar sus PPS lo más pronto posible. En la Argentina, ya existen muchos elementos que contribuyen a acercar al país a este mínimo: la inversión en protección social es elevada (y creció en los últimos 10 años). Una muestra de esta inversión fue, por ejemplo, el lanzamiento en 2009 de la Asignación Universal por Hijo, que buscó saldar un vacío en el Régimen de Asignaciones Familiares, y del Plan de Inclusión Previsional, que contribuyen al logro de dos de las cuatro garantías. Sin embargo, resulta difícil afirmar que el PPS está garantizado en nuestro país. Quedan desafíos por resolver, y más aún cuando se considera la heterogeneidad entre las 24 jurisdicciones.

Este documento surge como insumo para debatir acerca de los avances realizados en el marco de la iniciativa del piso de protección social en la Provincia de Santa Fe. En el primer capítulo se presenta un breve análisis de la situación social actual de la provincia y su evolución durante los últimos 10 años en lo que respecta a las cuatros garantías vinculadas con el PPS. En segundo capítulo se presentan las iniciativas implementadas en la provincia (tanto desde el nivel nacional como desde el nivel provincial) que contribuyen al logro de cada una de las cuatro garantías. En el tercer capítulo se presenta un análisis prospectivo que se desprende del diálogo con funcionarios provinciales sobre la situación y las intervenciones en cada una de las cuatro garantías. Por último, en el cuarto capítulo se presentan, a modo de reflexiones finales, las potencialidades de los pisos de protección social y algunas recomendaciones para tener en cuenta en el diseño e implementación de políticas que se dirijan a su consecución.

Capítulo 1. Los pisos de protección social, la integralidad y la coordinación

La naturaleza multidimensional y multicausal de los problemas sociales implica que los proyectos, programas y políticas sociales orientados a enfrentar este tipo de situaciones son más efectivos y de mayor calidad cuando se formulan desde una perspectiva integral. Este enfoque subyace a la iniciativa del piso de protección social. Si bien esta se centra en la garantía de determinados componentes dirigidos a grupos poblacionales particulares, en sus fundamentos y principios se establecen claramente diversos argumentos tendientes a la integralidad de las intervenciones constituyentes de los pisos de protección social.

La integralidad responde a la aspiración de que prestaciones y servicios estén centrados en el conjunto de necesidades de las personas, familias y comunidades. La integración no supone necesariamente cambios en los objetivos, componentes o delimitaciones del universo de titulares de los programas convencionales, pero sí procura darles una mayor coherencia e impacto, a través de la convergencia de las diversas intervenciones y al privilegiar la perspectiva del receptor (Martínez Nogueira, 2007).

Un abordaje integral requiere la participación activa de organismos pertenecientes a diversos sectores y niveles de gobierno que tienen a su cargo el diseño, la gestión y la implementación de las intervenciones que conformen a los pisos de protección social. Así, la coordinación se presenta como un camino crítico para conseguir la integralidad.

La coordinación puede ser entendida como el proceso mediante el cual se genera sinergia (entendida como aquello que resulta de la acción conjunta de dos o más causas, pero es más que la simple suma de ellas) entre las acciones y los recursos de los diversos involucrados en un campo concreto de gestión pública, al mismo tiempo que se construye (o redefine, en caso de su preexistencia) un sistema de reglas de juego formales e informales a través de las cuales los actores involucrados encuentran fuertes incentivos para cooperar, más allá de sus intereses e ideologías particulares, por lo general, en conflicto (Repetto, 2005).

La coordinación se vuelve necesaria ya que de la gestión de políticas participan múltiples actores, cada uno de ellos insertos de diferente manera en un esquema de división del trabajo. La especialización (la división del trabajo orientada a aprovechar las ventajas comparativas de grupos e individuos) genera la necesidad de integrar, es decir, de articular los aportes especializados para generar un producto o servicio final que sea valioso para los titulares. Y esto sucede porque, aunque cada actor, grupo u organización mantenga su propio espacio de acción, existen interdependencias que surgen de trabajar sobre la misma realidad. Estas interdependencias generan incertidumbres, y de ellas aflora la necesidad de la coordinación (Martínez Nogueira; 2010). Desde esta perspectiva, la coordinación es vista como un mecanismo para integrar los aportes especializados, porque las respuestas sectoriales a una realidad multidimensional no son capaces de abordar todos sus aspectos y causas interrelacionadas.

Los principales objetivos de la coordinación se orientan a: evitar o minimizar la duplicación y superposición de políticas; reducir sus inconsistencias; asegurar las prioridades y apuntar a su cohesión y coherencia; atenuar el conflicto político y burocrático, y promover una perspectiva holística, que supere la mirada sectorial y estrecha de las políticas (Peters, 1998).

En síntesis, el aporte de la coordinación de políticas está dado por la integración de las distintas decisiones y acciones de gobierno en una visión de conjunto, con una clara perspectiva de largo plazo. En otras palabras, “coordinar con un sentido estratégico, para avanzar en determinada

dirección, para promover determinados resultados de la acción pública en su conjunto, y no solo de cada una de sus parcelas sectoriales o institucionales” (Garnier, 2000).

La coordinación resultará valorable (como medio y no como fin) cuando derive en la fijación de prioridades, la asignación de responsabilidades (con su consiguiente sistema de premios y castigos), la decisión de qué y cuántos recursos se movilizarán y, por último y quizás lo más relevante, en una implementación que se aproxime de un modo relevante a aquellos objetivos planteados por los responsables de las políticas y programas sociales. A este tipo de coordinación se la llama “**coordinación prointegralidad**” (Repetto, 2005).

Por su parte, es importante destacar que la coordinación de políticas sociales se refiere a un proceso tanto político como técnico. En tanto proceso político, implica enfrentar las contradicciones, restricciones y resistencias, además de consultar, cooperar y negociar, tanto con los actores gubernamentales como no gubernamentales. En tanto proceso técnico, puede ser entendido como un proceso de articulación operativo. Bajo esta óptica, lo fundamental es que las organizaciones cuenten con dispositivos y estructuras que las habiliten a implementar (en forma conjunta, eficiente y eficaz) las políticas, programas o proyectos que se traducen en servicios a los ciudadanos.

La coordinación de políticas públicas no se reduce a una cuestión binaria sino que se evidencia en un gradiente de diversas opciones (Peters, 1998):

El primer escalón: la coordinación negativa. Refiere a la ausencia de coordinación y al trabajo especializado y diferenciado, sin yuxtaposiciones. En esta instancia, se busca destacar que lo mínimo indispensables es que cada organización haga bien aquello que le corresponde. Las organizaciones trabajan en forma independiente entre sí y evitan cualquier tipo de intersección. Lo distintivo de este tipo de coordinación es que no altera en forma sustancial ni las prácticas ni el contenido del diseño de la política. Se reducen las superposiciones y la redundancia, pero no se avanza hacia el abordaje integral de los problemas públicos.

El segundo escalón: la coordinación positiva. Bajo esta modalidad comienza, propiamente, la coordinación de políticas, cuyo primer requisito es el reconocimiento mutuo entre los actores. Los lazos establecidos entre las organizaciones son cortos: ninguna de ellas se compromete con el trabajo compartido más allá de sus propios límites. En comparación con la coordinación negativa, lo novedoso de los procesos de coordinación positiva es que los actores involucrados en la implementación de las políticas (por lo general, de menor jerarquía organizacional) buscan acordar prácticas para su ejecución conjunta. En consecuencia, las redes de coordinación que emergen son “protoredes” muy específicas e impulsadas por funcionarios con perfil técnico y una lógica pragmática para resolver problemas.

El tercer escalón: la integración de políticas. Presupone una articulación más operativa entre las acciones de implementación, pero sobre todo la elaboración de acuerdos en torno a las propias fines de las organizaciones. Este trabajo implica una negociación: las organizaciones deben realizar un trabajo conjunto previo para establecer si sus objetivos son efectivamente compatibles. En los casos en que las organizaciones tienen metas (incluso, dispositivos o principios rectores) contradictorias o lo suficientemente disímiles como para lograr una articulación mecánica, la integración de políticas implica una reelaboración de los fines y la puesta en marcha de procesos de negociación política. Más aún, muchas veces los conflictos o las diferencias no se resuelven entre los actores horizontales sino que intervienen, al menos las máximas autoridades jerárquicas y organizaciones de trabajo de frontera (por ejemplo, los comités intersectoriales, los consejos consultivos, los consejos federales y otras estructuras de interdependencia y colaboración).

El cuarto escalón: la estrategia de gobierno. Es el tipo de coordinación más afinada y refiere a procesos conjuntos de elaboración de políticas en un marco más general y estratégico de desarrollo social y económico. En otras palabras, requiere lo que comúnmente se denomina en el lenguaje del debate público, acordar un “proyecto de país” o, al menos, una imagen o visión del desarrollo. Así, las políticas que ya fueron integradas se encargan en un plan más global y sistémico de gobierno. Para Peters (1998), esta es una expresión de “gobernanza estratégica” o “Estado estratégico”.

La importancia de la coordinación en la consecución de los pisos de protección social

La consecución de pisos de protección social presupone la articulación entre actores de diversos niveles de gobierno y sectores estatales.

Coordinación intergubernamental entre distintos niveles de gobierno

Los componentes de los pisos de protección social, por su complejidad e interdependencia, presuponen la distribución de responsabilidades entre distintos niveles de gobierno. Para ello, no resulta suficiente con una norma formal que divida tareas: la distribución concreta de responsabilidades entre niveles de gobierno es una tarea difícil, no solo técnica sino con numerosas implicancias políticas.

En definitiva, existen ámbitos del quehacer gubernamental en los que no se puede pretender cumplir de manera separada o independiente las atribuciones que tiene cada nivel de gobierno. Si distintos niveles participan de un mismo servicio público, la coordinación a favor de la integralidad se vuelve fundamental: la formulación y la gestión de las políticas sociales en el marco del federalismo hace indispensable que se mejoren los procesos que inciden (o no) en la calidad de vida de la población destinataria.

En un sistema federal como el argentino, la coordinación entre niveles de gobierno (coordinación vertical) es un factor determinante en la viabilidad y buen desempeño de las políticas públicas necesarias para atender muchos problemas y asuntos sociales de carácter multidimensional y, por ende, transversal. Y en particular, la complejidad en las relaciones intergubernamentales aumenta ya que están involucrados los tres niveles de gobierno y se pueden producir en simultáneo tres ejes de relación distintos (provincia-municipio, nación-provincia y nación-municipio).

Para analizar los tipos de coordinación interjurisdiccional que se reflejan en los pisos de protección social, se recurrirá a la tipología de Jornada (2003) acerca de diferentes tipos de relaciones intergubernamentales que derivan de la descentralización y sus diseños institucionales. Así, se encuentran diferentes tipos de situaciones:

- **Monopolio institucional:** cuando el gobierno nacional maneja de modo exclusivo determinadas áreas.

- **Monopolio institucional distribuido:** cuando los gobiernos subnacionales son los que manejan de modo exclusivo determinadas áreas.
- **Pluralismo institucional:** en las situaciones en que distintos niveles de gobierno comparten responsabilidades sobre determinadas áreas.

Para el caso de cómo se decide, diseña y gestiona una política social (incluida su evaluación) en el marco de la descentralización, es importante determinar diferentes cuestiones, entre ellas: a) si la capacidad de decisión está distribuida entre autoridades de distinta escala territorial; b) qué atribuciones le cabe a cada autoridad; c) qué mecanismos existen para coordinar la actividad entre autoridades de distinta jurisdicción; d) en qué medida las diferencias entre jurisdicciones coinciden con diferencias reales en el entorno social y en la eficacia de los sistemas de acción social subnacionales, y si existen mecanismos para compensar esas diferencias (Acuña y Repetto, 2009).

Coordinación intersectorial entre distintos sectores estatales

La intersectorialidad que subyace a los pisos de protección social interpela dos postulados arraigados y rígidos de la gestión social. Por un lado, la estructura de la administración pública, caracterizada por los ministerios que atienden a una especialización sectorial. Por otro, los mecanismos de asignación de recursos según partidas sectoriales (Rufián Lizana y Palma Carvajal, 1990).

Ahora bien, la necesidad de avanzar hacia abordajes integrales no supone que la sectorialidad (en todos los niveles de gobierno) deba ser eliminada por completo. Un factor crucial a examinar para poder distinguir cuándo es necesaria la coordinación prointegralidad y cuándo basta con abordajes sectoriales es, precisamente, el grado de control o influencia que cada sección tiene sobre un objetivo o resultado previsto. Si un solo sector tiene incumbencia completa o casi completa sobre una cuestión, la acción monosectorial suele ser la opción adecuada. En cambio, cuando varios sectores comparten responsabilidades y saberes sobre una cuestión, o cuando un sector quiere influir en un objetivo sobre el que tiene menos control, la acción intersectorial sería la más apropiada, lo cual no significa que sea fácil de conseguir.

En la actualidad, la reflexión en torno a la coordinación intersectorial se articula sobre la base de dos premisas fundamentales. Por un lado, desde el punto de vistas de sus fundamentos políticos, todas las políticas públicas que persiguen abordajes integrales a problemas sociales deben ser planificadas y ejecutadas en forma intersectorial. Por otra parte, desde sus fundamentos técnicos, la integración entre sectores permite, por un lado, que las diferencias entre ellos puedan ser usadas para resolver problemas sociales de un modo productivo y que se compartan recursos (Cunill Grau, 2005).

Para el caso de la intersectorialidad, también hay intensidades variadas (Cunill Grau, 2005), según si esta afecta a todo (o parte) del ciclo de políticas; supone (o no) alteraciones en las estructuras organizativas y se traduce en mancomunidad (total o parcial) de recursos y responsabilidades entre los sectores respectivos.

* * *

En síntesis, la coordinación es una función que resulta intrínseca al logro de las garantías que constituyen los pisos de protección social. Supone aspectos técnicos y políticos, y constituye un *continuum* dentro del cual podemos identificar sucesivas etapas o gradientes. La forma en la que se cumpla (o no) la función de coordinación, tanto en términos de arreglos institucionales como en términos de resultados, resulta un factor crucial para el logro de un abordaje integral en las políticas de protección social.

Capítulo 2. La situación social en las cuatro garantías del Piso de Protección Social en la Provincia de Santa Fe

En materia de protección social, la Provincia de Santa Fe tuvo grandes avances en la última década, no solo acompañando avances más generales que se implementaron a nivel nacional luego de la salida de la crisis de 2001-2002, sino también profundizando algunos a nivel provincial.

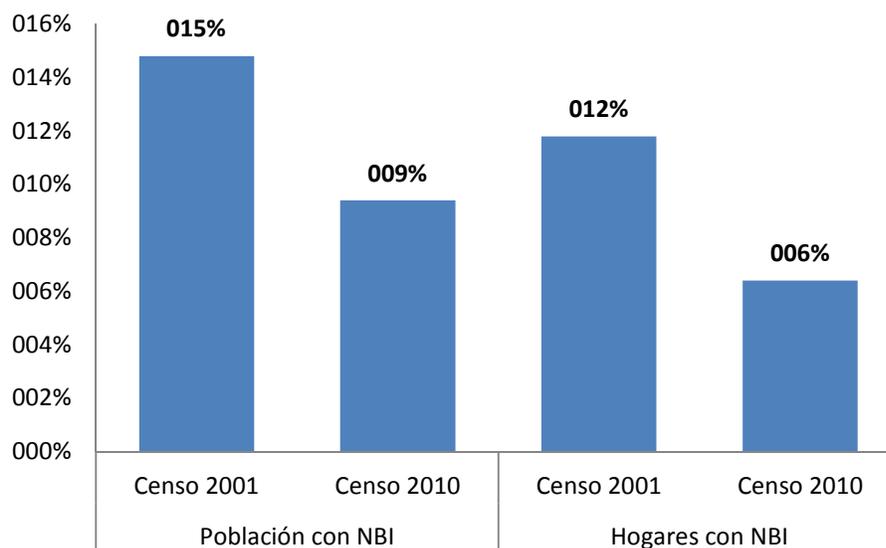
Tanto en las dimensiones de la salud como en la concierne a la situación de los niños, las personas en edad activa y los adultos mayores (dimensiones donde se concentran las garantías básicas que componen un piso de protección social) la Provincia de Santa Fe mostró avances significativos: disminuyó considerablemente la población con necesidades básicas insatisfechas (con un avance muy positivo en materia de niñez), aumentó la cobertura en salud de la población, descendió por primera vez en la historia la tasa de mortalidad infantil por debajo de un dígito, descendió notablemente la desocupación y hubo un notable aumento de la familiarización de los más jóvenes con las tecnologías, lo que amplía sus capacidades presentes y futuras, entre otros avances destacables.

Permanecen aún presentes desafíos ligados con disparidades regionales y franjas etarias de la población que no acompañan en el mismo sentido las mejoras generales en determinadas dimensiones. Lo mismo ocurre con algunos indicadores específicos, sobre todo los ligados con el mercado laboral y con la situación de las personas en edad activa, que muestran avances más limitados.

Con una población de 3.200.736 habitantes según el Censo 2010, Santa Fe es la tercera provincia con mayor población del país. La tasa de crecimiento poblacional intercensal de 6,5%, cifra menor que la tasa nacional, la ubica (en términos del tamaño poblacional) en el tercer lugar de las provincias argentinas, luego de Buenos Aires y Córdoba. El asentamiento poblacional se distribuye de manera desigual en todo el territorio provincial, en 5 regiones y 362 gobiernos locales, siendo Rosario y Santa Fe las ciudades que concentran el 53% del total de población. El Índice de Desarrollo Humano, por su lado, es del 0,832, y se ubica en la novena posición del ranking total del país, por encima del promedio nacional (Plan Estratégico Provincial, 2012). El porcentaje de población con Necesidades Básicas Insatisfechas es del 9,44% y la proporción de personas bajo la línea de pobreza, del 14,6%, de las cuales el 5,51% están bajo la Línea de Indigencia (Plan Estratégico Provincial, 2012).

En relación con las personas que están por debajo de la línea de pobreza, se verifica que entre 2003 y el 2011 esta proporción disminuyó significativamente. Para el segundo semestre de 2011, el 5,9% de las personas estaban bajo la línea de pobreza en el aglomerado Rosario y el 7%, en el aglomerado Santa Fe (Plan Estratégico Provincial, 2012).

Gráfico 1. Evolución de los indicadores Provincial de población y hogares con NBI: 2001 – 2010



Fuente: CIPPEC, sobre la base de INDEC, Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2010.

A continuación se detalla el diagnóstico de la situación provincial según las cuatro garantías establecidas por la iniciativa del Piso de Protección Social de la Organización Internacional del Trabajo (OIT), en su Recomendación 202, detalladas en la sección anterior.

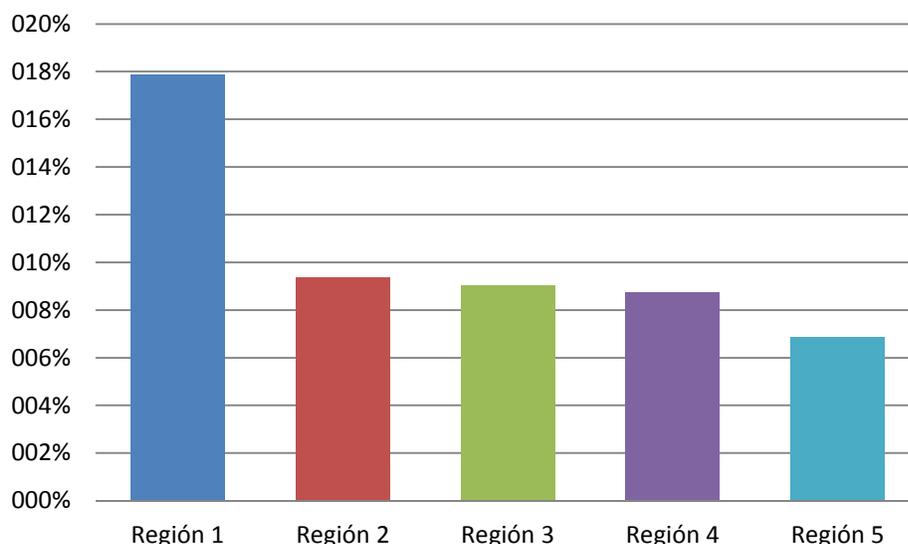
Garantía 1. Salud esencial

A continuación desarrollamos una enumeración de los indicadores principales en materia de salud en la Provincia de Santa Fe.

En primer lugar, la tasa de fecundidad de la Provincia de Santa Fe es de 1,9 (INDEC, 2010). La tasa bruta de natalidad Provincial (por mil habitantes), por su parte, es de 16,64 (Ministerio de salud provincial, 2011). La región con la tasa de natalidad más alta es la Región 1-Nodo Reconquista, con un 17,6 y la más baja es la Región 5- Nodo Venado Tuerto, con un 14,69.

En lo que constituye un indicador que afecta, hay un 9,44% de población en hogares con necesidades básicas insatisfechas (NBI, de aquí en adelante) en la Provincia de Santa Fe (INDEC, 2010). Del total, el 52% corresponde a mujeres y el 48% a varones. Si uno desglosa por región, tal como se puede observar en el **Gráfico 2**, la que aparece con mayor índice de NBI es la Región 1-Nodo Reconquista, con un 17,87%, y la de menor índice es Venado Tuerto, con el 6,88%, dando cuenta de una considerable variabilidad entre regiones. Completan el listado la Región 2-Nodo Rafaela, con un 9,37%; la Región 3-Nodo Santa Fe, con un 9,04% y la Región 4- Nodo Rosario, con un 8,74%. Se evidencia una considerable disminución del indicador de NBI, en tanto el Censo 2001 arrojaba que la población con NBI a nivel provincial era del 14,8%, lo que implica una disminución de 5,4 puntos porcentuales en comparación con el indicador de 2010. Si uno lo mide en relación con la cantidad de hogares, nuevamente la disminución es considerable, ya que los hogares con NBI pasan de un 11,8% en 2001 a un 6,4% en 2010, casi de la mitad del valor de una década anterior.

Gráfico 2. Población en hogares con Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI) por región



Fuente: CIPPEC, sobre la base de datos de INDEC, Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2010.

En relación con la tasa de mortalidad provincial, esta es de 89,25 (Ministerio de salud provincial, 2011). La región con la tasa más alta es la Región 5 - Nudo Venado Tuerto, con una tasa del 97,58%, en tanto la Región 1-Nodo Reconquista tiene el valor más bajo, con una tasa de 63,53%. Entre las principales causas de muerte a nivel provincial y por orden decreciente de relevancia, aparecen las cardiovasculares (23,47%), los tumores (18,2%), las causas respiratorias (9,47%), las externas (6,59%) y la diabetes (2,94%). (Ministerio de salud provincial, 2011).

La tasa de mortalidad materna (por 10.000 nacidos vivos) es de 2,1 a nivel provincial (Ministerio de salud provincial, 2011). La región que presenta la tasa más alta es la Región 1 - Nudo Reconquista, con un valor de 7,1, mientras que la que presenta la tasa más baja es la Región 4 - Nudo Rosario, con una tasa de 1,07. Vale aclarar que en 13 de los 20 departamentos se registran tasas de 0. En los 7 restantes, la tasa de mortalidad es de 9,8 para General Obligado, 6,8 en La Colonias, 3,7 en San Lorenzo, 3,6 en Castellanos, 3,5 en General López, de 2,1 en La Capital y de 1 en Rosario.

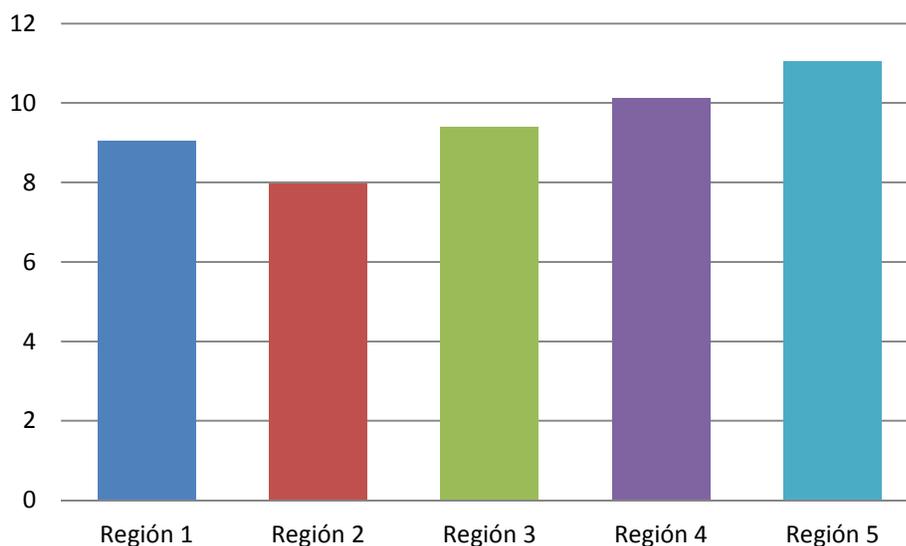
En términos de discapacidad (INDEC, 2010), en la provincia existe una prevalencia del 12,8%. Esta es mayor entre las mujeres que entre los varones en tanto para las primeras es de 14% y para los segundos, de 11,5%. En tanto la prevalencia no supera el 10% para la población de 0 a 44 años, esta aumenta gradualmente para las franjas etarias subsiguientes, y alcanza un 57% para las personas de 80 años y más. En esta última franja se manifiestan diferencias de sexo, dado que para las mujeres la prevalencia alcanza a un 59,2% y en los hombres es del 52%.

Los cánceres de mama y cuello uterino constituyen las dos principales causas de muerte por cáncer en mujeres en nuestro país. En Santa Fe, la tasa de morbilidad por cáncer de mama por 10.000 habitantes es de 1,48 (Ministerio de salud provincial, 2011). Las tasas más bajas en mortalidad femenina por causa del cáncer de mama se observan en la Región 4 - Nudo Rosario, con una tasa de 1,34, prácticamente idéntica a la de la Región 3 - Nudo Santa Fe, con un 1,35. La

tasa de mortalidad materna más alta se da en la Región 1 - Nodo Reconquista, con un valor de 2,39. La siguen la Región 2 - Nodo Rafaela con el 2,13 y la Región 5 - Nodo Venado Tuerto, con el 1,61.

En lo relativo a la tasa de mortalidad infantil (TBMI), esta descendió por tercera vez consecutiva en lo que va de los últimos cinco años, y alcanzó por primera vez un dígito en la historia de la provincia, con un valor de 9,7 por mil nacidos vivos. Antes, había pasado de 11,2 por mil nacidos vivos en 2007 a 10,9 en 2008 y, luego, a 10,5 en 2009. La región con el indicador más alto, tal como se puede observar en el **gráfico 3**, es la 5 - Nodo Venado Tuerto, con una tasa de 11,05, en tanto la que tiene la menor tasa de mortalidad infantil es la Región 2 - Nodo Rafaela, cuya tasa es de 7,67. Entre ellas se encuentran la Región 1, con un 9,04, la Región 3, con un 9,39 y la Región 4, con una tasa de 10,13.

Gráfico 3. Tasa de mortalidad infantil por 1.000 nacidos vivos, por región



Fuente: CIPPEC, sobre la base de datos relevados del documento Análisis de la situación de salud de la población en la Provincia de Santa Fe. Primer Informe, Sala de Situación del Ministerio de Salud Provincial, abril de 2011 (informe que utiliza datos del Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2010).

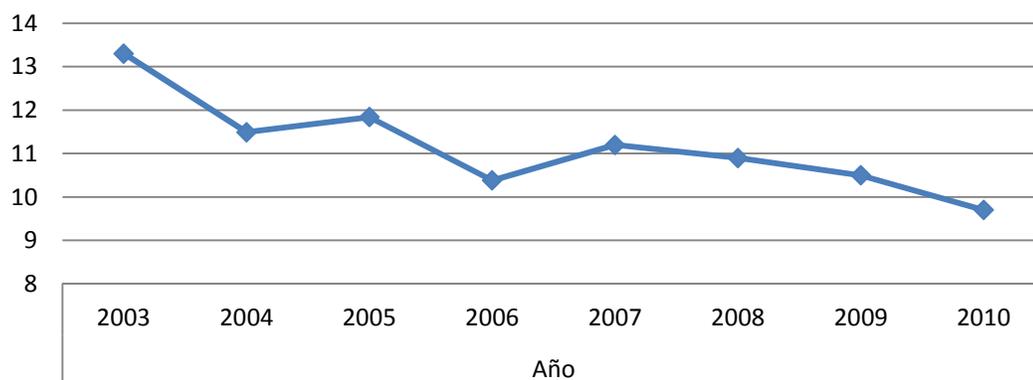
En el **cuadro 1** se puede vislumbrar la evolución de varios de los indicadores recién mencionados, en los últimos años, que dan cuenta de una tendencia favorable de la situación de la salud en la Provincia de Santa Fe.

Cuadro 1. Evolución de los principales indicadores de salud en la Provincia de Santa Fe. 2003 – 2010

| <i>Año / Indicador</i> | Tasa de natalidad | Tasa de mortalidad general por 10.000 habitantes | Tasa de mortalidad materna por 10.000 nacidos vivos | Tasa de mortalidad infantil por 1.000 nacidos vivos |
|------------------------|-------------------|--|---|---|
| 2003 | 17,8 | 9,5 | 3,89 | 13,3 |
| 2004 | 18,45 | 8,9 | 3,61 | 11,49 |
| 2005 | 16,29 | 8,5 | 3,48 | 11,84 |
| 2006 | 15,8 | 8,4 | 4 | 10,38 |
| 2007 | 15,7 | 9,27 | 2,97 | 11,2 |
| 2008 | 16,8 | 8,5 | 4,2 | 10,9 |
| 2009 | 16,3 | 8,3 | 6,7 | 10,5 |
| 2010 | 16,6 | 8,9 | 2,1 | 9,7 |

Fuente: Ministerio de Salud Provincial, 2011.

Se destaca la disminución de la tasa de mortalidad infantil en los últimos 10 años, que descendió de 13,3 por 1000 en 2003 a 9,7 por 1000 en 2010:

Gráfico 4. Tasa de mortalidad infantil por 1.000 nacidos vivos, 2003 - 2010

Fuente: CIPPEC, sobre la base de Ministerio de Salud Provincial, 2011.

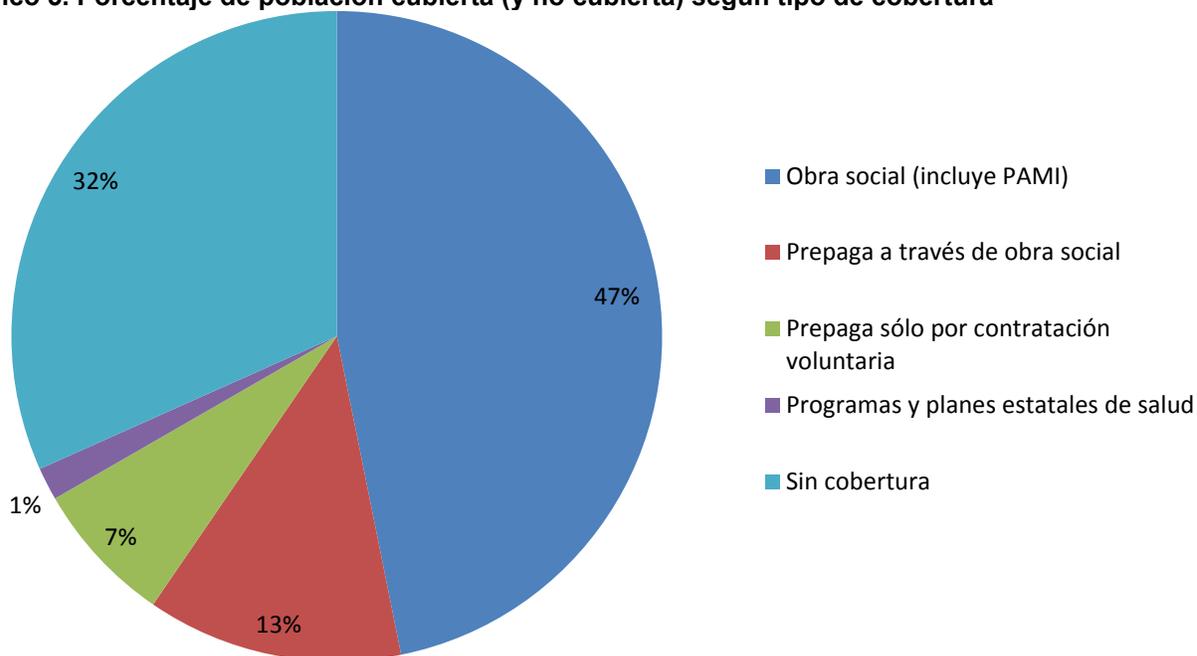
Por otro lado, los indicadores de morbi mortalidad señalan que durante 2010, 78.880 personas fallecieron por infecciones respiratorias agudas (IRA). (Ministerio de salud provincial, 2011).

En lo que refiere al acceso a los servicios de salud, cabe señalar que la provincia cuenta con acceso universal a los hospitales públicos y centros de atención primaria a la salud. El 69,3% de los santafecinos tienen cobertura de salud (INDEC, 2010), que equivale a poco más de un millón de personas. Santa Fe resulta así la sexta provincia con mayor cobertura de salud del total del país (Plan Estratégico Provincial, 2012). La falta de cobertura, por lo tanto, es de 31,7%. El mayor porcentaje de falta de cobertura se da entre la población que va de los 0 a los 24 años, ya que los porcentajes rondan entre un 41% y un 43%. Para la población de más de 65 años, estos porcentajes no superan, en ninguna franja etaria, el 5%. Entre 25 y 64 años, estos porcentajes oscilan entre un

37% y un 16%, y mantienen siempre una tendencia decreciente a medida que se avanza en la edad. En la división por sexo, son los varones los que tienen un mayor porcentaje de no cobertura, y alcanzan un 33,3%, en tanto el 30,17% de las mujeres no están cubiertas.

En cuanto al tipo de cobertura, del total de la población cubierta, un 69% está cubierto por obra social, el 19% por una prepaga a través de una obra social, un 10% por prepaga solo por contratación voluntaria y el 2%, por los programas y planes provinciales de salud. Si incorporamos a la población no cubierta (ver **gráfico 5**), la población con obra social es del 47%, la que no tiene cobertura es el 32%, la que tiene prepaga a través de obra social es del 13%, la población con prepaga solo por contratación voluntaria representa al 7% y la que tiene programas y planes estatales de salud, el 1%.

Gráfico 5. Porcentaje de población cubierta (y no cubierta) según tipo de cobertura



Fuente: CIPPEC, sobre la base de datos de INDEC, Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2010.

Garantía 2. Ingreso para los niños/as

A continuación se presenta una enumeración de los indicadores principales vinculados con la situación de la niñez en la Provincia de Santa Fe: hay 905.029 niños, niñas y adolescentes menores a 18 años, los cuales constituyen el 28,33% de la población total de la provincia (INDEC, 2010). Para 2001, la población de niños, niñas y adolescentes (NNyA de aquí en adelante) representaba un 31,73% sobre el total de la población, lo que implica una disminución de la representación de la población infantil y adolescente sobre la población provincial total. Esto se refleja en una variación relativa (negativa) de esta población de -4,94%.

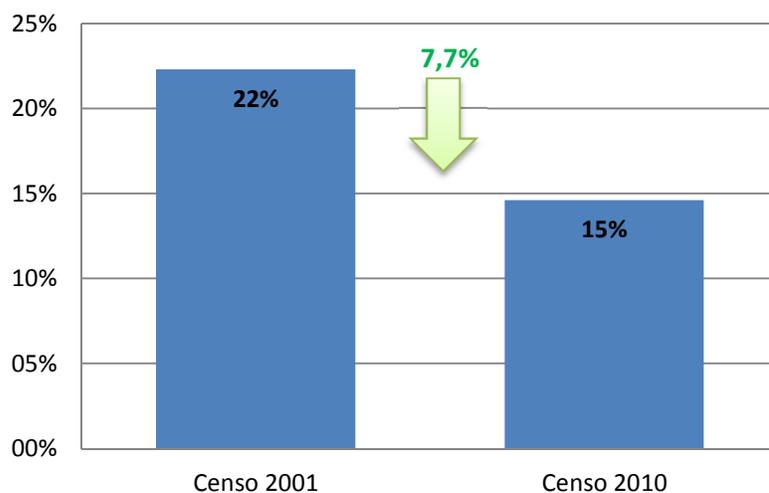
Hay que destacar que un 2% de los niños, niñas y adolescentes de 0 a 17 años pertenecen a población indígena o son descendientes de pueblos indígenas u originarios, valor prácticamente idéntico al del Censo de 2001.

La situación social de los niños y niñas y adolescentes mejoró considerablemente. Mientras que el Censo de 2001 muestra que un 22,3% de ellos vivían en hogares con NBI, el Censo de 2010 indica que un 14,6% están en situación de NBI, lo que significa una disminución de 7,7 puntos porcentuales.

Sin embargo, datos de 2011 muestran que la indigencia en la niñez en Santa Fe es de 4% (UNICEF, 2013), por debajo del 5,51% a nivel de toda la población en la provincia (Plan Estratégico Provincial, 2012), en tanto la pobreza para los niños, niñas y adolescentes es de un 14% (UNICEF, 2013). También resulta levemente inferior, en este caso, al 14,6% que se registra para toda la población provincial (Plan Estratégico Provincial, 2012).

Tal como se detalló en el apartado anterior sobre la situación de la salud provincial, la tasa de mortalidad infantil (TBMI) provincial actual es de 9,71 (Ministerio de salud provincial, 2011), lo que implica un descenso de una tasa de dos dígitos por primera vez en la historia. En tanto el descenso de la TBMI desde 2003 en adelante es considerable, se destaca el descenso constante que se da en el período 2007-2010, cuando la TBMI disminuye del 11,2 al 9,7.

Gráfico 6. Evolución de la tasa de NBI en niños, niñas y adolescentes en Santa Fe: 2001 - 2010



Fuente: CIPPEC, sobre la base de datos de INDEC, Censo de Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2001 y 2010.

Si se observa el TBMI entre las regiones, lo cual se visibiliza en el **gráfico 3**, las regiones que presentan TBMI superior al valor provincial son las regiones 4 y 5, nodos Rosario (10,13) y Venado Tuerto respectivamente (11,05) mientras que las regiones 1, 2 y 3 -Nodos Reconquista (9,04), Rafaela (7,67) y Santa Fe (9,39)- presentan tasas inferiores al promedio provincial.

En cuanto al estado nutricional de los menores de 6 años, sobre la base de una encuesta antropométrica realizada en octubre del 2009, en la que se valora el estado nutricional de niños menores a 6 años que concurren a la consulta en servicios públicos de salud de la provincia, se detecta que el 14% de los consultantes totales a nivel provincia presenta algún trastorno de tipo nutricional, y que el sobrepeso y la obesidad explican casi las tres cuartas partes de los casos¹. En el **cuadro 2** se muestran los resultados de la Encuesta por departamento según el nivel nutricional de los menores.

Cuadro 2. Estado nutricional de menores de 6 años. Casos y porcentajes del total de consultantes a los servicios públicos de salud, por departamentos. Provincia de Santa Fe. Año 2009

| Departamento | Desnutrido | | Normal | | Sobrepeso | | Total consultas |
|--------------------|------------|-----|--------|------|-----------|-----|-----------------|
| | Casos | % | Casos | % | Casos | % | |
| Las Colonias | 10 | 3% | 282 | 83% | 49 | 14% | 341 |
| Castellanos | 14 | 6% | 331 | 85% | 36 | 9% | 388 |
| San Martín | 4 | 5% | 56 | 80% | 10 | 15% | 70 |
| Caseros | 6 | 12% | 41 | 81% | 4 | 8% | 51 |
| San Cristóbal | 9 | 7% | 108 | 84% | 10 | 8% | 127 |
| San Justo | 8 | 3% | 264 | 87% | 31 | 11% | 303 |
| General López | 20 | 4% | 425 | 85% | 59 | 11% | 531 |
| Villa Constitución | 0 | 0% | 14 | 100% | 0 | 0% | 14 |
| La Capital | 66 | 4% | 1415 | 85% | 184 | 11% | 1665 |
| Rosario | 39 | 2% | 2103 | 88% | 254 | 10% | 2387 |
| 9 de julio | 1 | 2% | 39 | 89% | 4 | 11% | 44 |
| Vera | 2 | 2% | 86 | 82% | 17 | 16% | 105 |

Fuente: Ministerio de Salud Provincial, 2011.

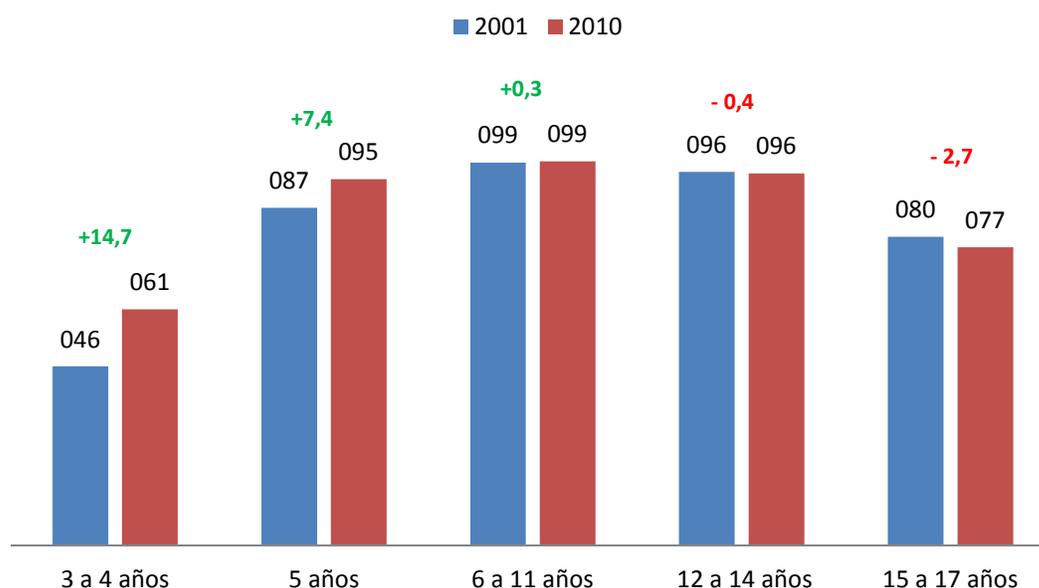
Respecto de la desnutrición, los valores relativamente más altos están en los departamentos Caseros (12%), San Cristóbal (7%) y Castellanos (6%), y los más bajos en Villa Constitución (0%) y Rosario, 9 de julio y Vera (2%). Respecto del sobrepeso y la obesidad, en tres de los departamentos los consultantes presentaron porcentajes mayor al provincial, Vera (16%), San Martín (15%) y Las Colonias (14%). Los registros más bajos se presentaron en Villa Constitución (0%), Caseros, San Cristóbal (8%) y Castellanos (9%).

¹ Según un informe del área de salud provincial (Ministerio de salud provincial, 2011), el modo en que fue aplicada la encuesta no permite realizar proyecciones a nivel poblacional, ya que no se trata de muestras representativas de la población sino de consultantes a servicios públicos de salud en un período determinado.

Si nos detenemos en la situación educativa de los niños y niñas, y observamos la población de 3 años y más que asiste a un establecimiento educativo por nivel de enseñanza, según el grupo de edad, encontramos que entre los niños de 3 y 4 años, 61% asiste a un establecimiento educativo, lo representa el 94% de los niños de 5 años, el porcentaje es del 99% para los niños de entre 6 y 11 años, del 96% para los que tienen entre 12 y 14 años, y disminuye a un 77% entre los 15 a los 17 años (INDEC, 2010). Entre varones y mujeres, estos porcentajes prácticamente no cambian, a excepción de la última franja etaria: entre los 15 y los 17 años, los niños asisten en 73% a un establecimiento educativo en tanto este porcentaje es mayor para las niñas de esa edad, ya que alcanza un 80%.

Si nos detenemos en la evolución de las tasas de asistencia educativa, entre 2001 y 2010 para los niños de entre 3 y 18 años, encontramos con que esta aumentó para la población de 3 a 4 años en un 14,7%: pasó del 46,2% de cobertura al 60,9%. Por su parte, la tasa de asistencia para los niños y niñas de 5 años también se incrementó en un 7,4%: del 87,1% al 94,5%. También se produjo un aumento en la tasa de asistencia de la población, entre los 6 y los 11 años, dado que la cobertura es prácticamente universal (del 98,8% al 99,1%) y escala un 0,3%. Una tendencia negativa se registra para los tramos de 12 a 14 y 15 a 17, donde la tasa de asistencia se redujo en 0,4% y 2,7%, respectivamente (Scasso, 2011).

Gráfico 7. Evolución de las tasas de asistencia educativa de la población de 3 a 17 años, por tramo de edad: 2001 y 2010



Fuente: Scasso, 2011.

Respecto a la familiarización con las tecnologías, un dato notable surge de la comparación entre los resultados del Censo de 2001 y 2010, lo que da cuenta de cambios profundos en este campo y de la velocidad acelerada de estos cambios. Mientras que para 2001 el 20,32% del total de la población de entre 3 y 19 años declaraba tener una computadora en su casa, el Censo de 2010 muestra que dentro de la población 3 a 19 años, el 77,5% utilizó alguna vez una computadora y que solo un 22,2% no las utilizó aún.

Otro de los puntos a observar es la situación de los niños, niñas y adolescentes sin cuidados parentales. Esta categoría se refiere a los niños, niñas y adolescentes que fueron separados de su familia de origen, nuclear o extensa o de sus referentes afectivos o comunitarios a través del dictado de una medida de protección excepcional de derechos. En la Provincia de Santa Fe hay 647 NNyA con estas características, que representan un 4,5% sobre el total nacional de niños/as sin cuidados parentales (UNICEF, 2012). De los 647 niños/as, 533 están cobijados en instituciones (393 en instituciones privadas y 140 en instituciones públicas) y 114 en sistemas de cuidado familiar públicos o privados (95 en públicos y 19 en privados). En relación con la población infantil total de Santa Fe (905.029 niños, niñas y adolescentes), los niños y niñas sin cuidados parentales representan un 0,07%, un promedio por debajo de la media nacional (0,12%) y por debajo de los indicadores de las provincias con mayor población infantil (Buenos Aires, 0,13%; CABA, 0,18%; Córdoba, 11%; Mendoza, 0,13%). (UNICEF, 2012).

Garantía 3. Ingreso para personas en edad activa

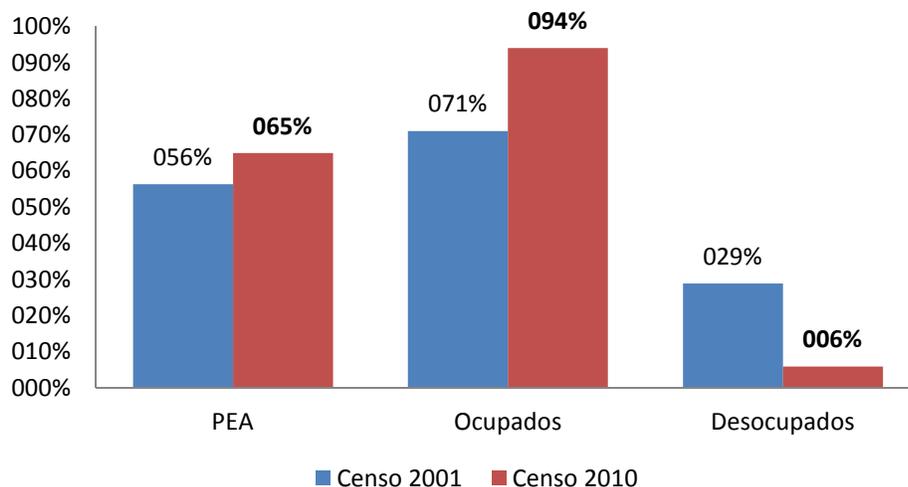
La Provincia de Santa Fe tiene 2.018.806 habitantes en edad laboral (de 16 a 64 años inclusive), que conforman el 63% de la población total de la provincia, según datos del Censo de 2010. La última medición de la Encuesta Permanente de Hogares (EPH) continua, arroja que en los tres grandes aglomerados urbanos santafecinos relevados (Gran Rosario, Gran Santa Fe y San Nicolás-Villa Constitución), la tasa de actividad es de 48,6%, 44,1% y 43%, respectivamente; la tasa de empleo es de 44,6%, 40,7% y 39,4%; y la desocupación es de 8,2% para Gran Rosario, 7,7% en Gran Santa Fe y 8,5% en San Nicolás-Villa Constitución. Donde aparecen las diferencias más visibles entre estos tres aglomerados es en lo relativo a la subocupación demandante y no demandante: es de 5,3% y 2,5%, respectivamente para el Gran Rosario, de 3,6% y 2,2%, respectivamente para el Gran Santa Fe y disminuye a 2,7% y 1% en San Nicolás-Villa Constitución.

Si uno compara datos de los Censos de 2001 y de 2010 para incorporar dos momentos de la situación laboral de las personas en edad activa encuentra que en el Censo de 2010, al interior de la población económicamente activa (PEA), un 94,1% de la población estaba ocupada y un 5,9%, desocupada. Para los varones, la PEA es del 77,24%, la ocupación del 95,9% y la desocupación del 4,1%. Para las mujeres, la PEA disminuye al 53,84%, la población ocupada es de 91,74% y la desocupación alcanza el 8,26%. Aparecen diferencias considerables cuando se comparan estos guarismos con los de 2001. El Censo de aquel entonces encuentra una PEA del 56,37%, una tasa de ocupación del 71,1% y una tasa de desocupación del 28,9%². Esto implica, tal como se puede ver en

² El estudio metodológico efectuado por INDEC (INDEC, 2003; Evaluación de la información ocupacional del Censo de 2001. Dirección de Estadísticas Poblacionales) manifiesta diferencias respecto de resultados obtenidos en aglomerados urbanos relevados por la Encuesta Permanente de Hogares (EPH) en octubre del mismo año. Estas diferencias, centradas en la captación de la condición de actividad de las personas de ambos sexos de 14 años y más, se manifiestan en la proporción de población desocupada obtenida de una y otra fuente. El citado estudio muestra que las mayores tasas de desocupación del Censo de 2001 se deben a que la escasa sensibilidad de esta fuente para captar como ocupados a población en empleos precarios e inestables, particularmente en épocas de crisis económica como la que acompañó la medición censal. El dato de la EPH para octubre de 2001 arrojaba una desocupación en el Gran Santa Fe, de 20,4%, poco más de 7 puntos por debajo de la tasa que muestra el Censo. El estudio citado puede consultarse en

el **gráfico 8** que de 2001 a 2010, la PEA se agrandó en 9 puntos porcentuales aproximadamente, la ocupación aumentó en 23,1 y la desocupación disminuyó por lo tanto en 23 puntos.

Gráfico 8. Evolución de indicadores provinciales de condición de actividad de la PEA: 2001 - 2010



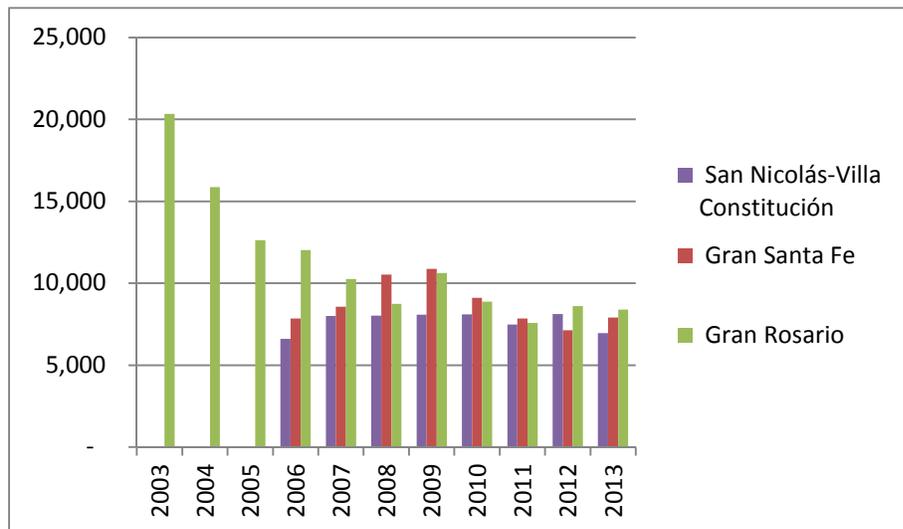
Fuente: Elaboración propia sobre la base de datos de INDEC, Censo de Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2001 y 2010.

Si uno observa el período que va desde 2003 hasta la actualidad, indicadores como el de desocupación tienen, sin embargo, un comportamiento mucho más gradual que el que la comparación entre los censos permite identificar. En el **gráfico 9** se puede observar cómo la tasa de desocupación disminuyó en los 3 aglomerados centrales de la provincia (Gran Rosario, Gran Santa Fe y San Nicolás-Constitución) medidos por la Encuesta Permanente de Hogares (EPH). El caso del Gran Rosario, cuya información está disponible para el período anterior a 2006, visibiliza este descenso llegando a estabilizarse en torno a valores del 7% - 8% y dando cuenta de un cierto estancamiento en la tendencia previa de reducción de la desocupación. Esta estabilización de los valores de desocupación no representa una tendencia provincial aislada sino que la desocupación a nivel nacional es la que transitó ese camino hacia un cierto estancamiento en estos indicadores.

Si se observa a la población santafecina según su condición de actividad y según los grupos etarios (sin contar a la población de 16 a 19 años), tal como se puede observar en el **gráfico 10**, se evidencia que para la población de 20 a 24 años la PEA es de 71%, y la desocupación alcanza el 12%. Dentro del rango de 25 a 29 años, la PEA es de 82% y la desocupación disminuye al 7%. En el caso de la población de entre 30 y 34 años, la PEA llega a un 84% y la desocupación disminuye una vez más, al 5%. Para quienes tienen entre 35 y 39, la PEA es de 84% y la desocupación de un 4%. Similares valores tiene la franja etaria de 40 a 44 años, cuya PEA es de 85% y su desocupación también de un 4%. En la población de 45 a 49 años, la PEA disminuye levemente a un 83% y también la desocupación, al 3%. Para el grupo de 50 a 54 años, la PEA es de un 80% y la ocupación permanece en un 3%. En la franja etaria de 55 a 59 años, la PEA disminuye a un 74% y la

desocupación se sigue ubicando en un 3%. Por último, para la población de entre 60 y 64 años, en tanto la PEA es de 60%, la desocupación es nuevamente del 3%.

Gráfico 9. Evolución de la tasa de desocupación en los grandes aglomerados provinciales: 2003 – 2013



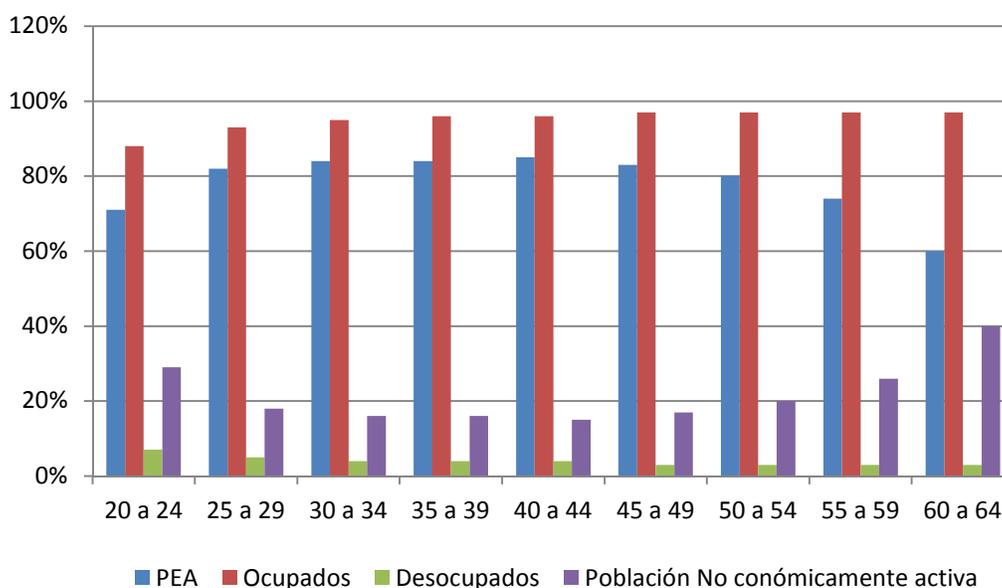
Fuente: CIPPEC, sobre la base de datos de la Encuesta Permanente de Hogares (EPH) Continua, datos recogidos por informes de la provincia de Santa Fe disponibles en <http://www.santafe.gov.ar/index.php/web/Temas-del-IPEC/Trabajos-e-Ingresos/Empleo-y-Desempleo/Tasas-Basicas-segun-Encuesta-Permanente-de-Hogares-EPH-Continua>

Cuadro 3. Evolución de la tasa de desocupación en los grandes aglomerados provinciales: 2003 – 2013

| Aglomerado/Año (Trimestres) | 2003 (1) | 2003 (2) | 2003 (3) | 2003 (4) | 2004 (1) | 2004 (2) | 2004 (3) | 2004 (4) | 2005 (1) | 2005 (2) | 2005 (3) |
|---------------------------------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|
| <i>Gran Santa Fe</i> | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - |
| <i>Gran Rosario</i> | 22,4 | 22,9 | 19,4 | 16,6 | 17,2 | 15,7 | 16,2 | 14,4 | 14 | 12,4 | 12,4 |
| <i>San Nicolás-Villa Constitución</i> | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - |
| Aglomerado/Año (Trimestres) | 2005 (4) | 2006 (1) | 2006 (2) | 2006 (3) | 2006 (4) | 2007 (1) | 2007 (2) | 2007 (3) | 2007 (4) | 2008 (1) | 2008 (2) |
| <i>Gran Santa Fe</i> | - | - | - | 7,3 | 8,4 | 8,5 | 9,4 | 7,3 | 9,1 | 9 | 12,6 |
| <i>Gran Rosario</i> | 11,7 | 14,6 | 12,8 | 11,2 | 9,5 | 10,4 | 11,2 | 10,4 | 9 | 8,3 | 9,7 |
| <i>San Nicolás-Villa Constitución</i> | - | - | - | 6,4 | 6,8 | 10 | 6,9 | 8,4 | 6,7 | 7,7 | 8,1 |
| Aglomerado/Año (Trimestres) | 2008 (3) | 2008 (4) | 2009 (1) | 2009 (2) | 2009 (3) | 2009 (4) | 2010 (1) | 2010 (2) | 2010 (3) | 2010 (4) | 2011 (1) |
| <i>Gran Santa Fe</i> | 11,4 | 9,1 | 11,9 | 11,1 | 13 | 7,5 | 9,6 | 11,4 | 6,6 | 8,8 | 6,9 |
| <i>Gran Rosario</i> | 9,3 | 7,7 | 10,8 | 10,8 | 10,3 | 10,6 | 10,8 | 9 | 7,9 | 7,8 | 7 |
| <i>San Nicolás-Villa Constitución</i> | 7,9 | 8,4 | 8,9 | 9,4 | 8,2 | 5,8 | 8,6 | 8,8 | 7,2 | 7,8 | 7,1 |
| Aglomerado/Año (Trimestres) | 2011 (2) | 2011 (3) | 2011 (4) | 2012 (1) | 2012 (2) | 2012 (3) | 2012 (4) | 2013 (1) | 2013 (2) | | |
| <i>Gran Santa Fe</i> | 8,3 | 9,5 | 6,7 | 6,6 | 7,5 | 7,5 | 6,9 | 8,1 | 7,7 | | |
| <i>Gran Rosario</i> | 7,4 | 7,8 | 8,1 | 9,8 | 8,3 | 7,7 | 8,6 | 8,6 | 8,2 | | |

Fuente: CIPPEC, sobre la base de datos de la Encuesta Permanente de Hogares (EPH) Continua, datos recogidos por informes de la provincia de Santa Fe disponibles en <http://www.santafe.gov.ar/index.php/web/Temas-del-IPEC/Trabajos-e-Ingresos/Empleo-y-Desempleo/Tasas-Basicas-segun-Encuesta-Permanente-de-Hogares-EPH-Continua>

Gráfico 10. Población de 20 años y más por condición de actividad económica



Fuente: CIPPEC, sobre la base de datos de INDEC, Censo de Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2010.

Si se toman los datos de la población en edad laboral, estos serían los guarismos para cada región mencionando: primero, el dato de la población económicamente activa; en segundo lugar, la población ocupada y en tercer lugar, la desocupada: Región 1 - Nodo Reconquista: 57,17%, 93,16% y 6,84%; Región 2 - Nodo Rafaela: 66,69%, 96,11% y 3,89%; Región 3 - Nodo Santa Fe: 63,99%, 93,6% y 6,4% ; Región 4 - Nodo Rosario: 66,11%, 93,87% y 6,13%; Región 5 - Nodo Venado Tuerto: 65,85%, 95,82% y 4,18%.

Entre los indicadores anteriores está que tanto la población económicamente activa como la población ocupada alcanza su valor más alto en la Región 2, con el 66,69% y el 96,11%, respectivamente. Respecto de la población desocupada, el porcentaje más alto lo tiene la Región 1, con el 6,84% y el más bajo la región 2, con el 3,89%.

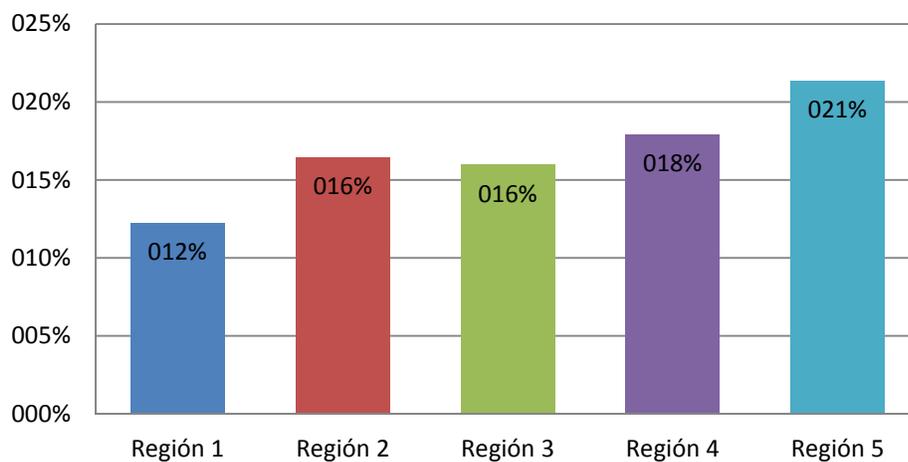
Garantía 4. Ingreso para adultos mayores

A nivel nacional, los adultos mayores de 60 años constituyen el 14,3% de la población total del país. Siendo 513.585 los adultos mayores de 60 años que habitan en la provincia de Santa Fe, esta se ubica por encima de la media nacional correspondiente a esta franja etaria, con una proporción del 16,08% con respecto a la población total de la provincia, lo que denota un mayor envejecimiento de la población.

Por otro lado, cabe resaltar que mientras que la tasa de crecimiento para el total de la población de la provincia de Santa Fe, desde el Censo de 2001 al último Censo de 2010 fue de 6,5%, la tasa de crecimiento para la población de 60 años y más fue del 10,5%, por encima de la media provincial para toda la población, lo que confirma un proceso de envejecimiento de la población.

Si se observa el peso relativo de la población mayor a 60 años en cada una de las regiones se registra que la Región 5 es la de mayor proporción de adultos mayores con un 21,39%, seguida por la Región 4 con el 17,93%, en tercer lugar se encuentra la región 2 con el 16,46%, en cuarto lugar la Región 3 con el 16% y la región con menor presencia de adultos mayores entre su población es la Región 1 con el 12,28%.

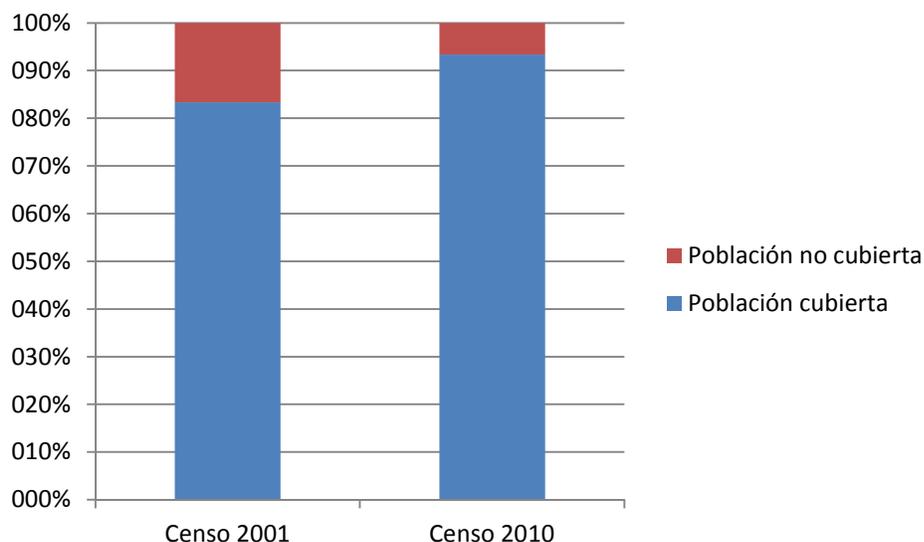
Gráfico 11. Peso de la población mayor a 60 años en el total de la población por región



Fuente: CIPPEC, sobre la base de datos de INDEC, Censo de Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2010 y del Plan Estratégico Provincial (2012).

Respecto a la cobertura de salud de los adultos mayores de 60 años en la provincia, el 93,37% está bajo algún tipo de cobertura, sea por alguna obra social, prepaga o programas y planes estatales de salud. Esto significa que un 6,63% de la población de 60 años o más no está cubierta. Esto implica un avance muy importante en relación con los datos de 2001, donde la población mayor a 60 años con cobertura era del 83,33% y la que no tenía cobertura era del 15,67%.

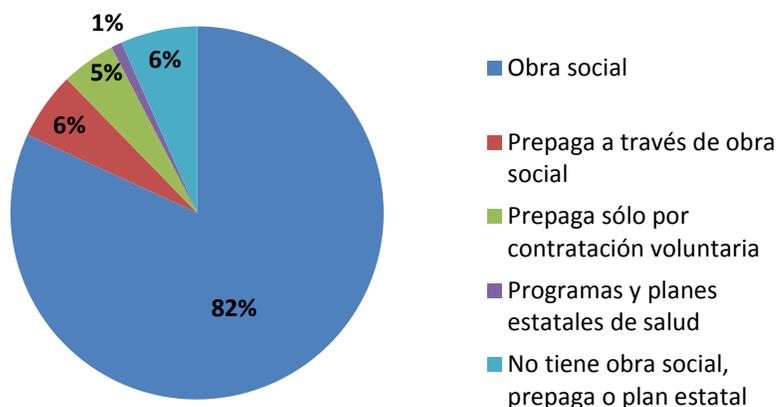
Gráfico 12. Evolución de la cobertura de salud en adultos mayores a 60 años



Fuente: CIPPEC, sobre la base de datos de INDEC, Censos Nacionales de Población, Hogares y Viviendas 2001 y 2010.

Al interior del universo de adultos mayores y si se detalla por tipo de cobertura, tal como se ilustra en el **gráfico 13**, se observa que el 82% cuenta con cobertura a través de una obra social (incluye PAMI), el 6 % posee cobertura de una prepaga a través de obra social, otro 6% no tiene ningún tipo de cobertura, el 5% tiene como cobertura una prepaga por contratación voluntaria y solo un 1% del total de la población mayor a 60 años cuenta con cobertura de programas o planes estatales de salud.

Gráfico 13. Porcentaje de adultos mayores de 60 años cubiertos (y no cubiertos) por tipo de cobertura



Fuente: CIPPEC, sobre la base de datos de INDEC, Censo de Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2010.

Capítulo 3. Intervenciones públicas que contribuyen a la consecución de un piso de protección social en la Provincia de Santa Fe

Garantía 1. Salud esencial

Con respecto a la población provincial con cobertura de salud, esta alcanza a un 69,3% de la población, según datos del censo 2010, que equivale a poco más de un millón de santafecinos. Santa Fe resulta así la sexta provincia con mayor cobertura de salud del total del país (Plan Estratégico Provincial, 2012). La falta de cobertura, por lo tanto, es del 31,7%. El mayor porcentaje de falta de cobertura se da entre la población que va de los 0 a los 24 años, donde los porcentajes rondan entre un 41% y un 43%. Para la población de más de 65 años, estos porcentajes no superan el 5%. Entre quienes tienen entre 25 y 64 años, estos porcentajes oscilan entre un 37% y un 16%, y se mantiene siempre una tendencia decreciente a medida que avanza la edad. En la división por sexo, los varones tienen un mayor porcentaje de no cobertura, lo que alcanza un 33,3%, mientras que el 30,17% de las mujeres no están cubiertas.

Aquí se detallan las intervenciones en materia de salud, tanto las de origen nacional como las de origen provincial:

| Servicios-Programas | Nivel | Institución | Población objetivo | Cobertura | Servicio/prestaciones |
|--|----------------------|--|---|---------------------------------------|--|
| Servicio hospitalario | Provincial | Min. De Salud | | 28 hospitales | 3 niveles de complejidad hospitalaria |
| Centros de Integración Comunitaria | Provincial | Min. De Salud | Toda la población | 15 Centros de Integración Comunitaria | Coordinación de políticas de desarrollo social y atención primaria de la salud (prevención, promoción y asistencia socio-sanitaria); Atención y acompañamiento a los sectores más vulnerables; Integración de instituciones y organizaciones comunitarias que favorezcan el trabajo en red; Promoción de actividades culturales, recreativas y de educación popular (1). |
| Servicio para la Atención Médica de la Comunidad (SAMCO's) | Provincial/Municipal | Min. De Salud provincial | | 131 SAMCO's en la provincia | Internación, operación, curación (según Ley) |
| Instituto autárquico provincial de obra social (IAPOS) | Provincial | IAPOS; Secretaría de Salud; Min. De Salud Provincial | Funcionarios y agentes del Estado provincial y su grupo familiar, beneficiarios de la Caja de Jubilaciones y Pensiones de Santa Fe. Empleados de municipios y comunas de la | | Cobertura a la salud de los afiliados |

| Servicios-Programas | Nivel | Institución | Población objetivo | Cobertura | Servicio/prestaciones |
|---|------------|---|--|-----------|-------------------------------------|
| | | | provincia que hayan suscripto convenio con la Obra Social y sus respectivas cajas de jubilaciones y pensiones. Trabajadores de instituciones con personería jurídica, gremial, mutual y análogas que tengan convenio con la Obra Social. Los afiliados se dividen en: obligatorios, voluntarios, opcionales y organismos adherido. | | |
| Carnet de salud escolar | Provincial | Dirección Provincial por la Salud en la Niñez, Adolescencia, Sexual y Reproductiva; Secretaría de Salud; Min. De Salud Provincial | Todos los niños en edad escolar de la provincia. La atención se realiza en los centros de salud provinciales o SAMCO's | | Controla Atención integral de salud |
| Programa VIH/SIDA | Provincial | Dirección Provincial de Promoción y Prevención de la Salud, Secretaría de Salud; Min. De Salud Provincial | Portadores de VIH/SIDA | | Medicamentos Gratuitos al portador |
| Programa Provincial de Inmunizaciones (vacuna antigripal y anti fiebre hemorrágica) | Provincial | Dirección Provincial de Promoción y Prevención de la Salud, Secretaría de Salud; Min. De Salud Provincial | Toda la población de la provincia | | Vacunación gratuita |
| Plan | Provincial | Dirección | | | Aplicación de la Ley N°12432/2005. |

| Servicios-Programas | Nivel | Institución | Población objetivo | Cobertura | Servicio/prestaciones |
|--|------------|---|--|-------------------|--|
| Prevención del tabaquismo | | Provincial de Promoción y Prevención de la Salud, Secretaría de Salud; Min. De Salud Provincial | | | Acciones integrales de prevención, protección y cesación del tabaco |
| Programa de salud bucal | Provincial | Dirección Provincial de Odontología, Secretaría de Salud; Min. De Salud Provincial | Toda la población | Toda la población | Garantizar el acceso oportuno a los servicios y la calidad del tratamiento |
| Programa provincial de control de Chagas | Provincial | Dirección Provincial de Promoción y Prevención de la Salud, Secretaría de Salud; Min. De Salud Provincial | Población en situaciones de riesgo de contraer Chagas | | Desinfección de zonas riesgosas |
| Programa Familias y Nutrición | Nacional | Dirección Nacional de Seguridad Alimentaria, Subsecretaría de Políticas Alimentarias; Secretaría de Gestión y Articulación Institucional; MDS | Referentes provinciales y locales de programas alimentarios. Técnicos y promotores del programa Pro Huerta. organizaciones comunitarias y a personal de los Centros de Desarrollo Infantil Comunitario | | Genera instancias de capacitación, comunicación y educación alimentaria nutricional en contextos institucionales, familiares y comunitarios del país, teniendo como propósito fortalecer a las familias en las funciones de crianza, nutrición y cuidado de la salud de sus hijos. |
| Programa Único Integral para | Provincial | IAPOS; Secretaría de Salud; Min. De | Pacientes con obesidad mórbida -a partir de un índice de masa corporal (IMC) | | |

| Servicios-Programas | Nivel | Institución | Población objetivo | Cobertura | Servicio/prestaciones |
|---|----------|------------------|---|---|--|
| la Obesidad | | Salud Provincial | | | |
| Programa Sumar/Plan Nacer | Nacional | Min. De Salud | Mujeres embarazadas, puérperas de 20 a 64 años de edad y niños/as y adolescentes menores de 19 años que no tienen obra social | | Seguros Públicos de Salud para la población materno- infantil |
| Programa Cardiovascular Alas | Nacional | Min. De Salud | Población imposibilitada de acceder a medicamentos esenciales | | Brindar Medicamentos esenciales |
| Proyecto Funciones Esenciales y Programas Priorizados de Salud Pública (FESP) | Nacional | Min. De Salud | Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI). Programa Nacional de Tuberculosis (TBC). Programa Nacional de Lucha contra el Retrovirus del Humano, SIDA y ETS. Programa Federal de Chagas. Enfermedades Vectoriales: Dengue, Leishmaniasis y Rabia. Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable. Enfermedades No transmisibles (enfermedades cardiovasculares, enfermedades del ambiente y control de factores de riesgo: control de tabaco, alimentos saludables, actividad física, accidentes de tránsito y lesiones externas, entre otras). Plan Nacional de Sangre. Enfermedades transmisibles / emergentes como la Influenza aviaria en humanos, hanta virus y otras. Emergencias y desastres. Sanidad de Fronteras | | Fortalecer a la autoridad nacional en su rol de rectoría. Fortalecer a la autoridad nacional en su capacidad normativa y regulatoria y en la implementación de las Funciones Esenciales de Salud Pública. Desarrollar y fortalecer la infraestructura federal. Promover la adecuada implementación y prestación de los Programas priorizados a nivel de las provincias. Fortalecer la promoción de la salud, comunicación social, hábitos de vida saludables y participación social, con la finalidad de reducir el riesgo de exposición a enfermedades Incorporar cambios en la gestión de los Programas de Salud Pública. Apoyar financieramente al Ministerio de Salud de la Nación (MSN), para asegurar la disponibilidad de insumos de calidad en la implementación de los Programas. |
| Programas Médicos Comunitarios | Nacional | Min. De Salud | | Centros de salud ubicados en áreas con alta densidad poblacional, elevado porcentaje de población sin cobertura | Fortalecer la conformación de equipos de salud del Primer Nivel de Atención. Capacitar en Salud Social y Comunitaria a los integrantes del primer nivel de atención. |

| Servicios-Programas | Nivel | Institución | Población objetivo | Cobertura | Servicio/prestaciones |
|--|----------|--|---|---|---|
| | | | | sanitaria y con Necesidades Básicas Insatisfechas. Establecimientos ubicados en áreas de elevada tasa de morbi-mortalidad materna e infantil. | |
| Programa Federal Incluir Salud (PFIS) | Nacional | Dirección Nacional de Prestaciones Médicas; Ministerio de Salud de la Nación | Beneficiarios de pensiones no contributivas, Madres de más de 7 hijos, mayores de 70 años, Invalidez/ Discapacidad, leyes especiales (premios literarios, etc.) | | Transferir recursos financieros para la asistencia médica de los beneficiarios de pensiones no contributivas otorgadas y a otorgarse |
| Programa REMEDIAR | Nacional | Subsecretaría de Políticas, Regulación y Fiscalización; Secretaría de Políticas, Regulación e Institutos - ; Min. De Salud | Centros de Atención Primaria de la Salud | | Fortalecer la capacidad de respuesta a través del envío de botiquines con medicamentos esenciales y otros insumos del MSAL a Centros de Atención Primaria de la Salud. |
| Plan para la Reducción de la Mortalidad Materno Infantil, de la Mujer y Adolescentes | Nacional | Min. De Salud | Niños menores a 5 años, mujeres adolescentes y adultas embarazadas | | Detectar causales que desencadenan la muerte de mujeres, adolescentes, niños y niñas de nuestro país para actuar sobre ellas. focalizando en los procesos de gestión, recursos humanos, insumos e infraestructura que resulten un obstáculo para la atención de la población en cada provincia. |
| Programa de enfermedades no | Nacional | Dirección de promoción de la Salud y | Población fumadora, diabética, o que posee enfermedades cardiovasculares. | | Coordinar programas dirigidos a la prevención y control de enfermedades no transmisibles. Fortalecer la |

| Servicios-Programas | Nivel | Institución | Población objetivo | Cobertura | Servicio/prestaciones |
|--|----------|---|--|-----------|---|
| transmisibles | | Control de Enfermedades No Transmisibles; MDS | | | capacidad de respuesta del sector salud para la prevención y el control de las ENT. Promover la elaboración de Guías de prevención y control de enfermedades crónicas no transmisibles Promover hábitos, costumbres y comportamientos saludables para mejorar la salud de la población. |
| Programa Nacional de Lucha contra el Retrovirus del Humano, SIDA y ETS | Nacional | Subsecretaría de Programas de Prevención y Promoción; Secretaría de Programas Sanitarios; Ministerio de Salud | Personas que conviven con el virus del SIDA y carecen de cobertura de obra social. Población en general, respecto de la difusión de información. | | Asistencia con medicamentos. Determinación de carga viral. Entrega de reactivos a bancos de sangre. Vigilancia epidemiológica e investigación en SIDA. Prevención y control de enfermedades de transmisión sexual. Difusión de la información. |

Garantía 2. Ingreso para los niños/as

Con la implementación de la Asignación Universal por Hijo a partir de 2009, la garantía de la seguridad básica del ingreso para la niñez quedó prácticamente asegurada. Sin embargo, al ser una asignación que se define sobre la base de categorías del mercado laboral, permanecen brechas por cubrir y rubros por mejorar que pueden ser complementados con intervenciones provinciales.

A continuación se detallan las intervenciones en materia de niñez que ayudan a garantizar una seguridad básica del ingreso para los niños en materia de acceso a la alimentación, la educación, los cuidados y otros bienes y servicios necesarios.

| Servicios-Programas/Dimensiones de análisis | Nivel | Institución | Población objetivo | Cobertura | Servicio/prestaciones |
|---|----------|-------------|---|-------------------------------|--|
| Asignación Universal por Hijo | Nacional | ANSES | | 299.098 titulares (niños) (1) | \$460 para padres con niños menores de 18 años y de \$1500 para chicos discapacitados sin límite de edad. |
| Asignación Universal por Embarazo | Nacional | ANSES | Hijo menor de 18 años o con discapacidad, sin límite de edad | | \$460 para padres con niños menores de 18 años y de \$1500 para chicos discapacitados sin límite de edad. |
| Asignaciones familiares | Nacional | ANSES | Trabajadores al casarse, cuando espera un bebé, durante el período de Licencia por Maternidad, cuando nace un hijo o decide adoptar uno, cuando tiene hijos o cuando su hijo va a la escuela. | | Ver montos vigentes a cada tipo de asignación en: http://www.anses.gob.ar/trabajadores/asignaciones-familiares-trabajadores/montos-vigentes-334 |

| Servicios-Programas/Dimensiones de análisis | Nivel | Institución | Población objetivo | Cobertura | Servicio/prestaciones |
|---|------------|---|---|--|---|
| Plan Nacional de Seguridad Alimentaria | Nacional | Dirección Nacional de Seguridad Alimentaria, Subsecretaría de Políticas Alimentarias; Secretaría de Gestión y Articulación Institucional; MDS/Min. De Salud | Familias con niños menores de 14 años, embarazadas, personas con discapacidad y adultos en condiciones socialmente desfavorables y de vulnerabilidad nutricional. | | Transferencias directas para cubrir las necesidades alimentarias de la población vulnerable |
| Tarjeta Única de Ciudadanía | Provincial | Min. De Desarrollo Social | | En mayo de 2010, el Programa contaba con 188.651 titulares (2) | Tarjeta precargada con \$100 mensuales para consumir en locales adheridos |
| Familias Solidarias | Provincial | Programas Alternativos, Subsecretaría de los Derechos de la Niñez, Adolescencia y Familia, Ministerio de Desarrollo Social | Niñas, niños y adolescentes que atraviesan una situación de vulneración | | Brindar alojamiento a niños, niñas y adolescentes en ámbitos familiares que le brinden atención |

| Servicios-Programas/Dimensiones de análisis | Nivel | Institución | Población objetivo | Cobertura | Servicio/prestaciones |
|--|------------|--|--|-----------|---|
| Centros de Cuidados Infantiles en el ámbito rural/urbano | Provincial | Comisión Provincial para la Prevención y Erradicación del Trabajo Infantil (CoPreTi) | Niños, niñas y adolescentes que desarrollen tareas de selección de desechos domiciliarios en el basural | | Ofrecer un lugar específico (mientras sus padres trabajan) para recibir asistencia y cuidados integrales, donde se garantizará el acceso al juego, a la salud, a una correcta nutrición; donde se promoverá la escolarización y la cobertura social integral. |
| Becas de Capacitación | Provincial | Subsecretaría de los Derechos de la Niñez, Adolescencia y Familia de Santa Fe | Niñas, niños y adolescentes en situación de riesgo y/o vulnerabilidad | | Asistencia económica-financiera que posibilite a niñas, niños y adolescentes en situación de riesgo y/o vulnerabilidad, el acceso y la provisión de bienes y/o servicios de manera efectiva |
| Guardas Judiciales y Familias Sustitutas | Provincial | | Niños/as y/o Adolescentes desde el nacimiento a los 18 años, cuya situación se encuentra en curso de un proceso judicial de adopción, filiación o en familias de origen que se hallen en situaciones límites que impiden garantizar al niño/a los cuidados esenciales. | | Una subvención en carácter de asistencia económica a las Familias Sustitutas y a las Guardas Judiciales |

| Servicios-Programas/Dimensiones de análisis | Nivel | Institución | Población objetivo | Cobertura | Servicio/prestaciones |
|---|------------|---|---|-----------|---|
| Nutrir Más | Provincial | Min. De Desarrollo Social | Niñas/Niños menores de 6 años que, de acuerdo a un control médico realizado en un Centro de Salud, presenten niveles de desnutrición. El beneficio es otorgado mensualmente | | Educación alimentaria, y asistencia alimentaria |
| Programa Social Nutricional (Prosonu) | Provincial | Municipalidad de Santa Fe, Ministerio de Desarrollo Social de la Provincia (administrado y ejecutado por las provincias y financiado con el apoyo de la Nación) | Niños de 2 a 14 años con necesidades insatisfechas | | Mensualmente 42 mil raciones de comida en los solares municipales |

Garantía 3. Ingreso para las personas en edad activa

A pesar de haberse implementado a nivel nacional algunos programas destinados a la población activa, la garantía de un ingreso básico para las personas en edad activa es una de las que más costó asegurar en los últimos años y una de las que presenta mayores desafíos, dada la situación tanto nacional como provincial, relativa al mercado laboral, que desde hace algunos años no logra “quebrantar” una determinada brecha de desocupación así como de informalidad, con la falta de garantías que esto genera.

A continuación se detallan las intervenciones que ayudan a garantizar la seguridad básica del ingreso para las personas en edad activa que no puedan obtener ingresos suficientes, incluso en caso de enfermedad, desempleo, maternidad e invalidez.

| Servicios-Programas/Dimensiones de análisis | Nivel | Institución | Población objetivo | Cobertura | Servicio/prestaciones |
|---|----------|-------------|--|---|---|
| Programa Jóvenes con Más y Mejor trabajo | Nacional | MTEySS | Jóvenes en situación de desempleo | | Conjunto de prestaciones integradas para un proyecto formativo y ocupacional para los jóvenes |
| PROG.R.ES.AR | Nacional | ANSES | Jóvenes entre 18 y 24 años que quieren iniciar, retomar o completar sus estudios y que asisten o están acreditados en instituciones educativas de gestión estatal, y están desempleados o tienen un Salario menor al SMVM. (\$3600). | Incentivo económico de \$600 para terminar primario o secundario, inscribirse en terciario o universitario o capacitación en oficios. | |
| Seguro de capacitación y empleo | Nacional | MTEySS | Personas en edad activa, desempleadas | | Incentivo económico y capacitación para la búsqueda de empleo. |

| Servicios-Programas/Dimensiones de análisis | Nivel | Institución | Población objetivo | Cobertura | Servicio/prestaciones |
|--|------------|---|--|-----------|---|
| Seguro por desempleo | Nacional | MTEySS | Trabajadores que caen en situación de desempleo. | | Contrarrestar la pérdida abrupta del ingreso generada por la pérdida del trabajo |
| Interzafra | Nacional | MTEySS | Trabajadores de la agroindustria, específicamente del limón y la caña de azúcar | | Transferencia directa de dinero a los trabajadores durante el periodo no laboral |
| Recuperación Productiva (REPRO) | Nacional | MTEySS | Trabajadores en sectores productivos en crisis cuyas empresas deben reducir la jornada laboral y el salario. | | brinda a los trabajadores de las empresas adheridas una suma fija mensual no remunerativa por un plazo de hasta 12 meses, destinada a completar el sueldo de su categoría laboral |
| Programa Oportunidad | Provincial | Ministerio de Justicia y Derechos Humanos, el Ministerio de Desarrollo Social y el Ministerio de Trabajo y Seguridad Social | Personas en edad activa desempleadas | | Brindar capacitación para la inserción en el mercado laboral |
| Generación y apoyo a cooperativas de trabajo | Provincial | Min. De Desarrollo Social provincial | Personas en edad activa | | Capacitación en construcción de cooperativas de trabajo, vinculación de los productos creados por las cooperativas con nichos de mercado, Generar un mecanismo de contratación de las cooperativas de trabajo para el |

| Servicios-Programas/Dimensiones de análisis | Nivel | Institución | Población objetivo | Cobertura | Servicio/prestaciones |
|---|-------------|---|---|-----------|--|
| | | | | | desarrollo de obra pública y prestación de servicios al Estado Provincial y a los Estados Municipales. |
| Programa de Formación para el Trabajo | Provisional | Ministerios de Trabajo y Seguridad Social y de Educación de la Provincia de Santa Fe, junto al Ministerio de Trabajo, Empleo y Seguridad Social de la Nación, | <p>1, Beneficiarios de los Programas “Jóvenes con Más y Mejor Trabajo” y del “Seguro de Capacitación y Empleo”</p> <p>2. Jóvenes de entre 18 y 24 años con educación obligatoria incompleta y escasa experiencia laboral.</p> <p>3. Mujeres que quieren ingresar a su primer empleo y ampliar sus posibilidades de acceso a un empleo de calidad.</p> <p>4. Adultos desempleados que necesitan actualizar sus calificaciones según requerimientos del mercado actual</p> <p>5. Adultos que no han tenido experiencia de</p> | | Apuntar al desarrollo de habilidades específicas del trabajo en cuestión y al desarrollo de competencias básicas que permitan a los trabajadores mejorar su posicionamiento en el trabajo. |

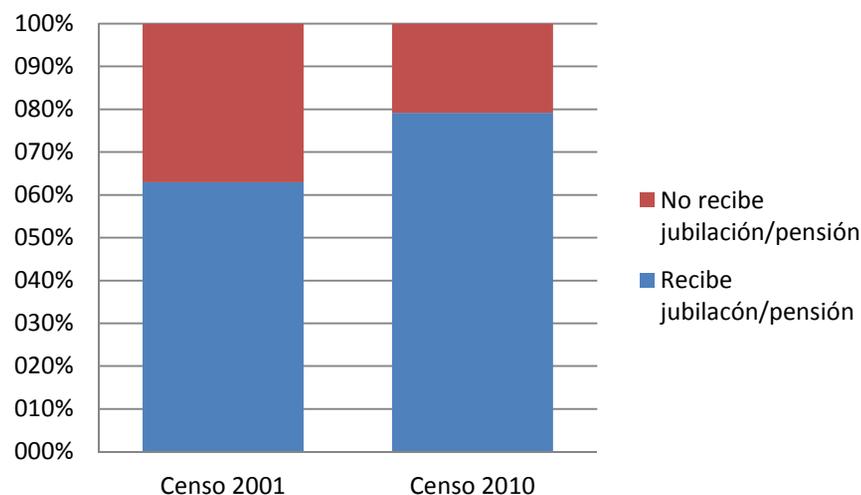
| Servicios- Programas/Dimensiones de análisis | Nivel | Institución | Población objetivo | Cobertura | Servicio/prestaciones |
|--|---|---|--|--|--|
| | | | <p>trabajo formal y no cuentan con competencias generales y calificaciones profesionales</p> <p>6, Trabajadores ocupados que necesitan recalificarse para adaptarse a los nuevos requerimientos de su ocupación</p> <p>7, Grupos especialmente vulnerables: Jóvenes a partir de 16 años en situación de vulnerabilidad, personas con discapacidad, población carcelaria o con libertad asistida, pueblos originarios, personas con HIV, etc.</p> | | |
| Programa Banco Solidario | Provincial (Municipalidad de Santo Tomé) | Ministerio de Desarrollo Social de la provincia de Santa Fe | Pequeños emprendedores locales | A partir de 2008 hasta 2013 \$2.690.000 | Ofrecer créditos a emprendedores locales |

Garantía 4. ingreso para adultos mayores

El Plan de Inclusión Previsional implementado en los últimos años permitió que buena parte de las personas mayores de 60 años accedan a un ingreso básico, lo que dio un fuerte impulso al cumplimiento de esta cuarta garantía.

Del total de mayores de 60 años de la Provincia de Santa Fe, el 79,11% percibe jubilación o pensión a través del Sistema de Jubilación Nacional. El restante 21,89% no percibe ninguna jubilación o pensión. Esto implica un aumento considerable en relación con la situación en 2001, donde el 62,92% de la población mayor de 60 años percibía jubilación y el 37,08% restante no, lo cual da cuenta de un aumento de poco más de 16 puntos porcentuales en la década pasada.

Gráfico 14. Evolución de la población mayor de 60 años que percibe jubilación o pensión



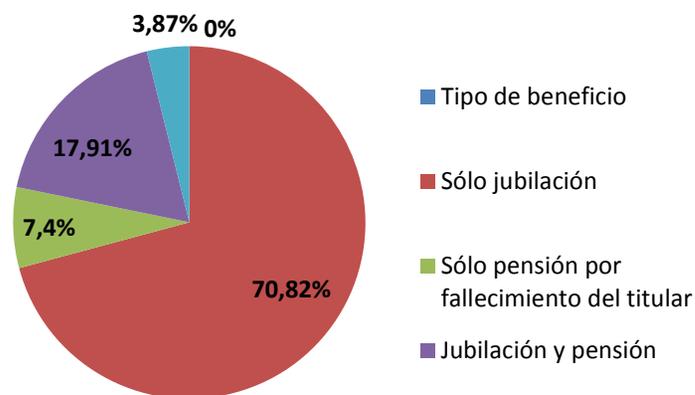
Fuente. CIPPEC, sobre la base de INDEC, Censos Nacionales de Población, Hogares y Viviendas 2001 y 2010.

Hoy son 406.300 personas las que perciben jubilaciones o pensiones de las cuales, tal como se puede observar en el **gráfico 15**, el 70,82% recibe solo jubilación, el 7,40% recibe pensiones por fallecimiento del titular, el 17,91% recibe jubilación y pensión y el 3,87% recibe el beneficio en concepto de pensión no contributiva, asistencial o graciable.

Si se divide esta información entre varones y mujeres encontramos diferencias considerables. En primer lugar, si observamos la población que percibe algún tipo de beneficio, en los varones mayores de 60 años este porcentaje es del 71,29%, mientras que para las mujeres alcanza el 91,68%. En segundo lugar, y al interior de la población que recibe estos beneficios, también encontramos considerables disparidades entre varones y mujeres. Mientras que en los primeros, el 91,54% percibe solo jubilación, el 1,26% solo

pensión por fallecimiento del titular, el 4,29% jubilación y pensión, y el 2,91% solo pensión no contributiva asistencial o graciable, para los mujeres, estos guarismos se modifican considerablemente para las mujeres. El 59,31% de ellas perciben solo jubilación, el 10,82% pensión por fallecimiento del titular, el 25,47% jubilación y pensión y el 4,4% recibe solo pensión no contributiva asistencial o graciable.

Gráfico 15. Porcentaje de adultos mayores de 60 años con jubilación o pensión según tipo de beneficio



Fuente: CIPPEC, sobre la base de INDEC, Censo de Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2010.

A continuación se detallan las intervenciones existentes que ayudan a garantizar la seguridad básica del ingreso para los adultos mayores:

| Servicios-Programas/Dimensiones de análisis | Nivel | Institución | Población objetivo | Servicio/prestaciones |
|--|----------|-------------|--|---|
| Jubilación Ordinaria | Nacional | ANSES | Adultos fuera de la edad activa que hayan realizado los aportes correspondientes | Jubilación Ordinaria |
| Jubilación por edad avanzada | Nacional | ANSES | Adultos fuera de la edad activa que no cuenten con los aportes correspondientes | Percepción de un haber igual al 70% de la Prestación Básica Universal, más la prestación Compensatoria y la Prestación Adicional por Permanencia. |
| Pensiones no contributivas (Pensiones a la vejez, por invalidez y a madres de 7 o más hijos, Pensiones graciables) | Nacional | MDS | Personas en situación de vulnerabilidad social | Garantizar ingreso a adultos en edad activa incapacitados para trabajar o desempleados |
| Retiro por Invalidez | Nacional | ANSES | Afiliado al SIPA, cualquiera fuere su edad o antigüedad en el | |

| Servicios-Programas/Dimensiones de análisis | Nivel | Institución | Población objetivo | Servicio/prestaciones |
|--|------------|---|---|--|
| | | | servicio, que se incapacite física o intelectualmente en forma total para el desempeño de cualquier actividad compatible con sus aptitudes profesionales y que además cumpla con la condición de aportante regular o irregular con derecho. | |
| Tarjeta ARGENTA | Nacional | ANSES | Jubilados y pensionados nacionales | Créditos para jubilados y pensionados nacionales |
| Asignaciones familiares para jubilados y pensionados | Nacional | ANSES | Jubilados y pensionados nacionales | Montos vigentes por categoría en http://www.anses.gob.ar/jubilados-pensionados/asignaciones-familiares-jubilados-pensionados/montos-vigentes-294 |
| Sistema previsional provincial | Provincial | Dirección Provincial de la Caja de Jubilaciones y pensiones; Subsecretaría de Seguridad Social; Ministerio de Trabajo y Seguridad Social | Docentes de establecimientos oficiales, empleados pertenecientes a fuerzas policiales y/o penitenciarias | 82% de la remuneración establecida en la Ley Provincial N°12.464, artículo 11, primer párrafo. |
| Hogares | Provincial | Dirección Provincial de Adultos Mayores; Subsecretaría de Innovación en Gestión Social; Secretaría de Coordinación de Políticas Sociales; Min. De Desarrollo Social Provincial | 19 hogares provinciales para adultos mayores auto-válidos. | Residencias de larga estadía |
| Programa: Centro de Atención Integral del Adulto Mayor – C.A.I.D.A. | Provincial | Dirección Provincial de Adultos Mayores; Subsecretaría de | 2.300 | Ayudas directas monetarias para mejoras habitacionales; y ofrecer necesidades básicas |

| Servicios- Programas/Dimensiones de análisis | Nivel | Institución | Población objetivo | Servicio/prestaciones |
|--|------------|---|--|--|
| | | Innovación en Gestión Social; Secretaria de Coordinación de Políticas Sociales; Min. De Desarrollo Social Provincial | | |
| Programa control servicios privados de internación de Adultos Mayores | Provincial | Dirección Provincial de Adultos Mayores; Subsecretaria de Innovación en Gestión Social; Secretaria de Coordinación de Políticas Sociales; Min. De Desarrollo Social Provincial | Habilitación 150 de instituciones en total | Actividad permanente, articulación con Ministerio de Salud – Comunas y Municipios |
| Programa recreación de personas adultas mayores | Provincial | Dirección Provincial de Adultos Mayores; Subsecretaria de Innovación en Gestión Social; Secretaria de Coordinación de Políticas Sociales; Min. De Desarrollo Social Provincial | 15.000 | Encuentros Corales de A.M. Encuentros interhogares Talleres Creativos, recreativos Articulación con Juegos Mayores de la Secret. De Deporte |
| Programa de formación de promotores gerontológicos | Provincial | Dirección Provincial de Adultos Mayores; Subsecretaria de Innovación en Gestión Social; Secretaria de Coordinación de Políticas Sociales; Min. De Desarrollo Social Provincial | 1.200 | 15 capacitaciones de Auxiliares Gerontológicos y 2 capacitaciones con convenio con Universidad |

| Servicios-Programas/Dimensiones de análisis | Nivel | Institución | Población objetivo | Servicio/prestaciones |
|--|--------------|--|---------------------------|---|
| Programa de Sensibilización Comunitaria | Provincial | Dirección Provincial de Adultos Mayores; Subsecretaría de Innovación en Gestión Social; Secretaría de Coordinación de Políticas Sociales; Min. De Desarrollo Social Provincial | 4.000 | Actos masivos y Construcción del consejo Provincial de Personas Adultas Mayores y Campaña por el Buen Trato a personas adultas mayores |
| Programa alimentario para Adultos Mayores – centros de asistencia alimentaria | Provincial | Dirección Provincial de Adultos Mayores; Subsecretaría de Innovación en Gestión Social; Secretaría de Coordinación de Políticas Sociales; Min. De Desarrollo Social Provincial | 1.400 | Complementario a consolidar Centros de Inclusión ciudadana de Adultos Mayores |
| Programa de asistencia a adultos mayores con municipalidades, comunas y comisiones de fomento | Provincial | Dirección Provincial de Adultos Mayores; Subsecretaría de Innovación en Gestión Social; Secretaría de Coordinación de Políticas Sociales; Min. De Desarrollo Social Provincial | 1.050 | Internación y cuidadores domiciliarios |
| Programa de convenios con entidades privadas de internación | Provincial | Dirección Provincial de Adultos Mayores; Subsecretaría de Innovación en Gestión Social; Secretaría de Coordinación de Políticas Sociales; | 800 | Internación geriátrica |

| Servicios- Programas/Dimensiones de análisis | Nivel | Institución | Población objetivo | Servicio/prestaciones |
|--|------------|--|--------------------|--|
| | | Min. De Desarrollo Social Provincial | | |
| Programa de asistencia integral para adultos mayores - Convenios con servicios de atención médica a la comunidad (S.A.M.C.O), Cooperativas de Trabajo | Provincial | Dirección Provincial de Adultos Mayores; Subsecretaria de Innovación en Gestión Social; Secretaria de Coordinación de Políticas Sociales; Min. De Desarrollo Social Provincial | 1.200 | Internación y cuidadores domiciliarios |

Reflexiones Finales

Potencialidad de los Pisos de Protección Social

Este documento se centró en la situación social y en las intervenciones públicas con las cuatro garantías básicas que conforman los Pisos de Protección Social (PPS) que existen en la Provincia de Santa Fe vinculadas con las cuatro garantías básicas que hacen a los Pisos de Protección Social (PPS). Cómo se observa y se destaca a lo largo del documento, en líneas generales durante la última década mejoró notablemente la situación social de los más vulnerables y excluidos en los diferentes indicadores y ciclos de vida elegidos para el análisis. En este sentido, el aumento de programas y políticas sociales que combinan criterios y estrategias fue beneficioso para salir de las situaciones críticas en las que estaba el país a inicios de la década del 2000. A su vez, también se observaron las desigualdades en el acceso a un bienestar, las cuentas pendientes que tienen que ver con miradas más profundas que a veces las cifras no reflejan en su totalidad, de las que son ejemplo la infantilización de la pobreza, las dificultades de los jóvenes y de las mujeres para acceder a empleos dignos y a los beneficios de la seguridad social o también las desigualdades territoriales que dependen de cuán cerca o cuán lejos vive una familia de los grandes centros urbanos. En este contexto, se vuelve fundamental considerar las potencialidades y beneficios que tiene establecer Pisos de Protección Social.

La Recomendación 202 aprobada unánimemente por OIT en su conformación tripartita, puede interpretarse en su sentido más amplio como una forma de garantizar derechos humanos clave, que refleja principios de justicia social y ofrece un marco institucional con el que integrar un desarrollo equitativo (Bachelet y otros, 2011). Es una respuesta que tiene en cuenta la multidimensionalidad y multicausalidad de los problemas sociales, y propone trabajarlos con un enfoque de derechos que incorpora el ciclo vital como referencia de las políticas. Los Pisos de Protección Social no solo son un aporte importante en la lucha por la reducción de la pobreza y la desigualdad, sino también son habilitadores de otros derechos y beneficios.

Podemos recalcar que los PPS estimulan:

- **El logro de derechos humanos** presentes en la Declaración Universal de 1948: derecho a la seguridad social, derecho a la salud, derecho a la educación, derecho a la vida digna y a recibir una remuneración equitativa.
- **La resiliencia:** capacidades y habilidades de las personas para adaptarse con más oportunidades a los cambios en el mercado de trabajo y la economía, a partir de una estabilización y una certeza de ingresos que genera un marco más predecible para la toma de decisiones y elaboración de proyectos de vida.
- **Las mejoras en las relaciones dentro del hogar y las oportunidades para las mujeres** para acceder a un trabajo decente, a través del reconocimiento de sus tareas de cuidado y la facilitación de su escolarización y autonomía.
- **La escolarización** de infantes, niños, niñas y adolescentes y la reducción de la deserción escolar y el trabajo infantil.
- **La cohesión social**, a través de brindar seguridad de ingresos a toda la población que lo requiera.
- **La mejora de las capacidades institucionales**, a partir de la necesidad de coordinación y articulación sectorial y jurisdiccional para implementar las transferencias de ingresos monetarios o en especie, lo que desafía a los Estados, sectores y jurisdicciones a trabajar en conjunto, generando nueva institucionalidad y nuevas capacidades (Kotzer, 2013).

- **El crecimiento económico inclusivo**, con incentivos al consumo que aumentan la demanda agregada generando estímulos a la producción y al empleo.

Por último, es importante afirmar que los PPS son un instrumento en la lucha contra la pobreza y la desigualdad que no van en contra, sino que refuerzan y complementan las políticas que afectan al mercado de trabajo y el acceso al trabajo decente. Establecer PPS es un paso importante para avanzar en las oportunidades del acceso al empleo de calidad; además, constituye una herramienta para reducir la vulnerabilidad y la exclusión de aquellos que cuentan con más dificultades para hacerlo.

Avances y desafíos en la Provincia de Santa Fe.

Cómo se mencionó anteriormente, la Provincia de Santa Fe mejoró la situación social de su población y logró notables avances en la consecución de los Pisos de Protección Social. Prácticamente, todos los indicadores mejoraron como consecuencia del aumento de los programas sociales, su mejor focalización y complementación. Podemos mencionar cuatro puntos, a modo de reflexiones finales, en torno a la consecución de los Pisos de Protección Social en la Provincia:

En primer lugar, es importante destacar el esfuerzo de la provincia por aprovechar los programas nacionales y, a su vez, complementarlos allí donde existen brechas o vacíos. Los programas provinciales están claramente alineados y se esfuerzan por abordar integralmente las problemáticas de infantes, niños, jóvenes y adultos mayores. Así, se complementan las transferencias monetarias con programas de contención, desarrollo de habilidades y acceso a los derechos básicos. Incluso, en algunos segmentos poblacionales con características particulares, también la provincia realiza un esfuerzo por aumentar el monto de los beneficios con programas propios.

En segundo lugar, es importante destacar el esfuerzo que realiza la provincia en torno a la niñez y a los adultos mayores. Es notable el aumento de la cantidad y la calidad de los programas destinados a la primera infancia y la niñez en situación de vulnerabilidad y de los programas destinados a cambiar culturalmente la visión de los adultos mayores, los cuales incorporan nociones como el buen trato en el marco de los programas recreativos, de capacitación y de contención. La búsqueda de la integralidad está presente en los abordajes y en los puntos de contacto entre los programas provinciales y nacionales.

En tercer lugar, es fundamental el lugar que se le otorga en la provincia al reconocimiento de las tareas de cuidado y la relevancia del rol del Estado en la provisión de servicios de cuidado. El cuidado de las personas dependientes (niños/as, adolescentes, adultos mayores con dependencia o personas con discapacidad y dependencia) es una tarea que frecuentemente queda invisibilizada al interior del hogar y refuerza la inequidad de género al responsabilizar a las mujeres. La integración del acceso al cuidado como uno de los pilares básicos en el Piso de Protección Social definido por la provincia es un gran avance en la generación de una distribución más justa de roles entre varones y mujeres.

En cuarto lugar, quedan desafíos pendientes. Entre ellos, señalamos por un lado las desigualdades en la mejora de algunos indicadores, tomando en cuenta regiones, género y segmento poblacional. En este sentido, hay diferencias importantes aún entre la Región 1 Nodo Reconquista y el resto de las regiones; también hay diferencias en torno a la cobertura de salud, que es mucho mayor en adultos que en niños y jóvenes, o en la oportunidad de conseguir trabajo, que

es más difícil en las mujeres que en los hombres. Es importante incorporar estas desigualdades al cumplimiento de los derechos y al momento de diseñar e implementar las políticas.

En quinto lugar, también señalamos desafíos pendientes para alcanzar la tan ansiada universalización del goce de los derechos. Los avances de indicadores de ocupación, asistencia a establecimientos educativos o cobertura de salud fueron muy importantes en los últimos diez años, a la vez que todavía tienen un trecho en donde se hace necesario seguir mejorando en la intervención pública para garantizar los pisos de protección social.

Tensiones y Recomendaciones para los diseños de política

Resulta importante dejar sentadas algunas recomendaciones en torno a cómo desarrollar el proceso de la política pública, con motivo de aumentar la efectividad en la consecución de los Pisos de Protección Social.

Primero, es importante (y en esto la Provincia de Santa Fe es pionera en la Argentina) entender a la protección social no como un sector particular de política y gasto social sino en forma integral, a partir de la **necesaria articulación de una multiplicidad de agencias estatales y del involucramiento activo de actores no estatales.**

Segundo, la integralidad de la protección social presupone también fortalecer la articulación entre niveles de gobierno (Repetto. Díaz Langou, Potenza Dal Masseto, 2012). En este sentido, la provincia tiene **el desafío de combinar de la manera más eficiente posible el trabajo coordinado con la Nación y con los municipios.**

Tanto la coordinación intersectorial, como la coordinación interjurisdiccional se ven atravesadas por algunas tensiones que determinan su alcance:

- **Universalización o focalización.** El criterio universal plantea que el acceso a los bienes o servicios es independiente del poder adquisitivo o condición sociolaboral. Frente a esta postura, los defensores de la focalización argumentan la conveniencia de que los recursos se concentren en la población más vulnerable, definidos de acuerdo con diferentes criterios (edad, ingreso, género u otros). Actualmente, existe cierto acuerdo en considerar que la focalización puede ser utilizada como una herramienta para lograr la igualación universalista de los derechos. En otros términos, se entiende al universalismo como un principio de política y a la focalización como un medio para alcanzarlo. Es recomendable tener en cuenta cuáles son los principios que guían la Política y los diferentes Programas que se combinan en el territorio. En ese sentido, es necesario elegir los mejores instrumentos ya sean focales o universalizantes para garantizar el reconocimiento de los sujetos de derecho.
- **Centralización o descentralización.** Este debate se relaciona con la necesidad de que las políticas reflejen las particularidades sociales en las respuestas que se les da desde el ámbito público, así como tender a una mayor equidad en la distribución de beneficios y el reconocimiento de los derechos. A su vez, tiene que ver con las mejores formas de incorporar a la ciudadanía a la participación y con la modernización y agilización en la gestión de las políticas. Si bien las leyes definen en algunos casos quién hace qué, todavía hay grises que deben ser llenados. En este espacio es donde la provincia tiene un rol fundamental para fortalecer a los municipios, donde existen casos muy disímiles en torno a su rol y capacidad de contribución a garantizar la consecución de los Pisos de Protección Social.

- **Intersectorial o Sectorial.** Esta tensión tiene que ver con definir en qué situaciones se necesitan políticas sectoriales y cuándo, para lograr un abordaje integral es necesario encontrar los vasos comunicantes entre las diferentes políticas. Para avanzar en la conformación de un sistema de protección integral y federal, se requiere un ejercicio colectivo de reflexión que permita identificar qué políticas requieren ser diseñadas, ejecutadas y evaluadas de manera intersectorial; cuáles pueden ser formuladas intersectorialmente pero deben ser ejecutadas por cada sector; y en qué casos se requiere el establecimiento de objetivos y metas que resulten consistentes entre sectores, aunque posteriormente la formulación e implementación se realice en forma sectorial.
- **Coordinación Vertical, Horizontal y Diagonal.** Por último, entre los desafíos que enfrenta la provincia se encuentra definir las estrategias más eficientes en términos de Coordinación. Coordinación vertical se refiere al nivel interjurisdiccional. En este sentido, como ya se mencionó anteriormente, encontrar los mejores instrumentos y espacios institucionales de Coordinación con la Nación y los municipios es fundamental. La Provincia de Santa Fe viene avanzando en este sentido, por ejemplo con programas que se gestionan y que nacieron desde los municipios, los cuales tienen una coordinación interjurisdiccional. La coordinación con Nación suele estar marcada muchas veces por el color político de ambas jurisdicciones. Sin embargo, es importante encontrar los puntos comunes para facilitar el abordaje integral de las problemáticas de la Protección Social. Por otro lado, la coordinación horizontal tiene que ver con el abordaje intersectorial. En este sentido, el Gabinete Joven es un ejemplo de formas de gestión intersectoriales ante los problemas multidimensionales y multicausales que se encuentran. Por último, en términos de la coordinación diagonal es importante desarrollar estrategias que involucren a la sociedad civil y sus organizaciones en el diseño, implementación y evaluación de la política. La creatividad y mayor flexibilidad y autonomía del juego político que tienen las OSC puede ser aprovechada para mejorar los impactos de las políticas e incorporar las particularidades sociales que se presentan. En este sentido, políticas como el presupuesto participativo, incluyen a la sociedad en los procesos de toma de decisiones sobre el destino de los recursos y los proyectos y temáticas a abordar año a año.

La Provincia de Santa Fe mostró grandes avances y está muy cerca de conseguir un piso universal e integral de protección social que promueva el efectivo goce de derechos de sus habitantes. Sin embargo, quedan algunos desafíos por delante, que requerirán capacidades institucionales robustas para continuar el proceso de mejoras, lo que siempre implica mejorar la coordinación entre los tres niveles de gobierno, así como la intersectorialidad, para progresar en el diseño e implementación de las políticas públicas.

Bibliografía

Bachelet, M y otros, (2011). Piso de Protección Social para una globalización equitativa e inclusiva. Grupo Consultivo de la OIT.

Bonfatti, A., y Galassi, R. (2012). Plan Estratégico Provincial Santa Fe. Visión 2030. Santa Fe: Ministerio de Gobierno y Reforma del Estado de la Provincia de Santa Fe.

Instituto Nacional de Estadística y Censos (INDEC). (2003 - 2013). Encuesta Permanente de Hogares.

Instituto Nacional de Estadística y Censos (INDEC). (2010). Censo Nacional de población, hogares y vivienda.

Kotzer, D. (2013). La Práctica de los Mecanismos de Coordinación Inter-Institucional de los “Pisos de Protección Social”: El caso de Argentina. OIT.

Maceira, D. (2009). Crisis económica, política pública y gasto en salud. La experiencia argentina. En Documento de Trabajo N°23. CIPPEC.

Repetto, M.F., Días Langou, G., Potenza Dal Massetto, F. (2012). Mimeo.

Sala de situación del Ministerio de Salud. (2011). Análisis de la situación de salud de la población en la Provincia de Santa Fe. Primer Informe. Santa Fe.

Scasso, G. (2011). La educación en cifras. Indicadores seleccionados para la caracterización del sistema educativo. Santa Fe. UNICEF.

UNICEF. (2012). Situación de niños, niñas y adolescentes sin cuidados parentales en la República Argentina. UNICEF.

UNICEF. (Septiembre de 2013). Observatorio de los derechos de la niñez y la adolescencia. Provincia de Santa Fe. Recuperado el 28 de Agosto de 2013, de <http://observatoriosantafe.unicef.org.ar>

Acerca de los autores

Gala Díaz Langou: coordinadora de Programa de Protección Social de CIPPEC. Magíster en Políticas Públicas y Gerenciamiento del Desarrollo (Universidad de San Martín y Universidad de Georgetown). Licenciada en Estudios Internacionales (Universidad Torcuato Di Tella-UTDT). Estudios de posgrado en Integración Internacional, Desarrollo y Políticas Públicas (FLACSO Argentina). Becaria del Rotary Club (2000-2001). Trabajó como consultora para organismos internacionales, instituciones privadas y organizaciones de la sociedad civil.

Javier Cicciaro: Fue asistente del Programa de Protección Social de CIPPEC. Licenciado en Ciencia Política y Gobierno (UTDT). Su tesis, *La Política de los Programas de Transferencias Condicionadas de Ingresos: los casos del Bolsa Familia de Brasil y la Asignación Universal por Hijo de Argentina*, aborda los factores políticos presentes en las políticas sociales.

Jair Zolotow: asistente del Programa de Protección Social de CIPPEC. Estudiante del último año de Ciencia Política (Universidad de Buenos Aires-UBA). Fue asesor nacional de programas de desarrollo comunitario y niñez en organizaciones de la sociedad civil en México. Lideró el Proyecto "Yo Quiero Ser" para el desarrollo de habilidades para la vida destinado a jóvenes en Lázaro Cárdenas, Michoacán.

Sabrina Roux y **Julián García Nagy** colaboraron en la elaboración de este documento.

Este documento se realizó en el marco del proyecto "Diálogos acerca del Piso de Protección Social en las provincias argentinas", dirigido por Fabián Repetto, Director del Programa de Protección Social de CIPPEC.

El Programa de Protección Social tiene como objetivo contribuir, desde un enfoque de derechos, a que los Estados nacional, provinciales y municipales puedan diseñar, gestionar y evaluar políticas integrales de protección social que mejoren la calidad de vida de los habitantes de la Argentina.

Para citar este documento: Díaz Langou, G., Cicciaro, J. y Zolotow, J. (diciembre de 2014). Piso de Protección Social en la Provincia de Chaco. *Documento de Trabajo N°128*. Buenos Aires: CIPPEC.

La opinión de los autores no refleja necesariamente la posición institucional de CIPPEC en el tema analizado.

Este trabajo se realizó gracias al apoyo brindado por Friederich Ebert Stiftung.

DOCUMENTOS DE TRABAJO

Con los **Documentos de Trabajo**, CIPPEC acerca a expertos, funcionarios, legisladores, periodistas, miembros de organizaciones de la sociedad civil y a la ciudadanía en general investigaciones propias sobre una o varias temáticas específicas de política pública.

Estas piezas de investigación aplicada buscan convertirse en una herramienta capaz de acortar la brecha entre la producción académica y las decisiones de política pública, así como en fuente de consulta de investigadores y especialistas.

Por medio de sus publicaciones, CIPPEC aspira a enriquecer el debate público en la Argentina con el objetivo de mejorar el diseño, la implementación y el impacto de las políticas públicas, promover el diálogo democrático y fortalecer las instituciones.

CIPPEC (Centro de Implementación de Políticas Públicas para la Equidad y el Crecimiento) es una organización independiente, apartidaria y sin fines de lucro que trabaja por un Estado justo, democrático y eficiente que mejore la vida de las personas. Para ello concentra sus esfuerzos en analizar y promover políticas públicas que fomenten la equidad y el crecimiento en la Argentina. Su desafío es traducir en acciones concretas las mejores ideas que surjan en las áreas de **Desarrollo Social, Desarrollo Económico, e Instituciones y Gestión Pública** a través de los programas de Educación, Salud, Protección Social, Política Fiscal, Integración Global, Justicia, Transparencia, Desarrollo Local, y Política y Gestión de Gobierno.