

SURINAME

Estancados en el desarrollo y con temor a envejecer



La red de seguridad social que proporcionaría a la población las medidas de protección social garantizadas en la Constitución está llena de agujeros. Las prestaciones brindadas son tan mínimas que resultan ineficaces, mientras servicios como la atención médica gratuita son utilizados por numerosas personas que no la necesitan, pero no están a disposición de otras que sí. Entre tanto, las bajas tasas de empleo generan inquietud acerca de si los planes de seguridad social se podrán sostener en el futuro.

Stichting Ultimate Purpose
Maggie Schmeitz

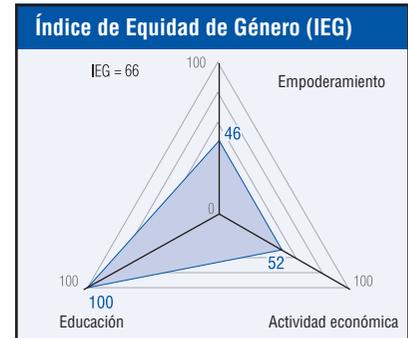
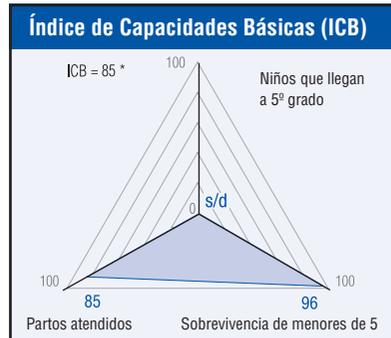
La Constitución de la República de Suriname menciona que la justa distribución del ingreso nacional como medio de extender el bienestar y la prosperidad a todos los segmentos de la población es uno de los objetivos sociales del Estado (Artículo 6). Ordena al Estado crear las condiciones necesarias para satisfacer necesidades básicas como el trabajo, la alimentación, la salud, la educación, la energía, la vestimenta y las comunicaciones (Artículo 24).

Agujeros en la 'red de la seguridad social'

Los principios que fija la Constitución se manifiestan principalmente a través de las políticas del Ministerio de Asuntos Sociales y Vivienda (MASV). Este ministerio es responsable de la Red de Seguridad Social (RSS), que apunta a los grupos considerados incapaces de trabajar por su sustento, como los ancianos, los niños y las niñas (hasta los 18 años) y los discapacitados, así como los hogares pobres con jefatura femenina y otros hogares que viven en la pobreza (MASV, 2007).

La asistencia material que ofrece la RSS incluye los servicios generales que se proporcionan a todo hogar que cumpla con los criterios obvios (hogares con niños y niñas menores de edad, personas mayores de 60 años o discapacitados), independientemente del ingreso, tales como las subvenciones infantiles, las pensiones a la vejez y la ayuda financiera para los discapacitados. También hay servicios dirigidos específicamente a los hogares que viven en la pobreza, como asistencia financiera, atención médica gratuita, el programa de alimentos para la infancia y el programa de necesidades escolares (MASV 2007).

Lo primero que debemos observar acerca de las distintas formas de asistencia material dadas a los hogares y a las personas residentes en instituciones es que la cantidad efectiva de dinero distribuido es tan escasa que hace que el servicio carezca prácticamente de utilidad. Por ejemplo, en los casos de desempleo, los hogares integrados por dos adultos y dos niños reciben una asistencia financiera de USD 3,27 por mes (MASV 2007)¹. En comparación, la línea de pobreza para esos hogares



varió de USD 365 a USD 429 entre los años 2005 y 2006 (DGE, 2006)². Es triste ver que la gente sigue solicitando este tipo de asistencia ya que, en la mayoría de los casos, el boleto del autobús que los trasladará para recibir la prestación absorberá 50% de la misma.

Otras cosas que debemos observar del funcionamiento de la RSS en las últimas décadas es la insuficiencia de cooperación y coordinación entre los distintos servicios, la falta de criterios uniformes y de un banco de datos central y los elevados costos administrativos (MASV 2007).

Atención médica gratuita: ¿para quiénes?

La provisión de tarjetas gratuitas de atención médica ayuda a ilustrar algunas de las deficiencias actuales del sistema de seguridad social. Las personas que tienen derecho a recibir la atención médica gratuita (AMG) se dividen entre los hogares con ingresos mensuales hasta USD 14,55 (los llamados indigentes) y los hogares que están un poco mejor, con ingresos mensuales entre USD 14,55 y USD 29,09 (insolventes). Estos criterios no se ajustaron a la inflación en los últimos cinco años, aunque las tasas de inflación fueron considerables.

En su informe sobre la reforma del sector de la salud, Hindori (2003) sostiene que las tarjetas de AMG sólo deberían entregarse a 5% de la población, pero que en los hechos se expidieron a 30%. Se calcula que 36% de los hogares que reciben la tarjeta no pueden considerarse pobres y que 23% de los

hogares que sí son pobres no la reciben, ni ninguna otra forma de seguro de salud.

La cantidad de titulares de tarjetas de AMG aumentó de 111.814 en 2002 a 165.510 en 2006, lo cual demuestra que la tarjeta se sigue expidiendo a un número creciente de hogares, aunque en los hechos no es posible que las personas puedan subsistir con un ingreso inferior a USD 30 por mes. Cuando comparamos la cifra con la población total (492.829 habitantes según el Informe del Censo 2005) hallamos que un tercio de la población utiliza tarjetas de AMG destinadas a los más pobres de los pobres. Las cifras parecen comprobar algo que todos ya saben por experiencia: las personas que el seguro de salud del Estado no cubre y que no están dispuestas a pagar un seguro privado o no pueden hacerlo, optan en cambio por la compra o la adquisición mediante argucias de una tarjeta de AMG.

Según los resultados del último censo (ver Tabla 1), el Fondo Nacional de Seguro de Salud (SZF) cubre sólo a 21,3% de la población y la abrumadora mayoría de este grupo está integrada por empleados públicos. El motivo de que muchas personas sigan trabajando como empleados públicos es que como tales cuentan con seguro médico, aunque realicen actividades empresariales mucho más lucrativas en otros ámbitos (GCAP Action Group, 2005). La tradición que practican los partidos políticos de 'recompensar' a sus seguidores luego de las elecciones con un empleo público carga aun más la pequeña base financiera del SZF. Como consecuencia, los usuarios del SZF se quejan con frecuencia ante la escasa disponibilidad de medicamentos, el mal servicio, las tarifas adicionales obligatorias, los largos períodos de espera y la inconveniencia de los horarios de servicio en las clínicas (Hindori, 2003). Este tipo de

* Uno de los componentes del ICB fue imputado en función de información de países de nivel similar.

1 Las cifras en dólares de Suriname se convirtieron a dólares de Estados Unidos a una tasa de cambio de SRD 2,75 = USD 1.

2 La línea de pobreza utilizada se basa en una canasta familiar con 28 productos (DGE, 2001).

TABLA 1. Cobertura de los costos de la atención médica

Pago de la atención médica	Cifras absolutas	Como % de la población
SZF (empleados públicos)	96.248	19,5%
SZF (trabajo independiente)	8.826	1,8%
MM (cobertura en el interior)*	30.657	6,2%
Atención Médica Gratuita	114.740	23,3%
Empresa	49.396	10,0%
Seguro privado	17.070	3,5%
Sin seguro (pago propio)	93.342	18,9%
Otro/no sabe/no responde	82.550	16,8%
Total	492.829	100,0%

* Medical Mission (MM) es una ONG delegada por el gobierno para proporcionar servicios de atención médica primaria a las personas de áreas rurales.

Fuente: Dirección General de Estadística (2004). Séptimo censo general de población y vivienda de Suriname. Versión editada de la Tabla 13, p. 54 del Informe del Censo 2005.

quejas es mucho más común entre los titulares de las tarjetas de AMG.

Vale la pena señalar que según las declaraciones de las y los interesados, el porcentaje de hogares con titulares de tarjetas de AMG (23,3%) es muy inferior a los registros de inscripción del MASV (32%). Esto también se puede explicar por la relativamente alta movilidad entre el grupo sin seguro y el grupo cubierto por la AMG (Hindori 2003). Asimismo, el porcentaje de personas sin seguro (18,9%) y las personas que ignoran si están aseguradas (16,8%) es alarmante. Ambos grupos combinados suman un total de 35,7% de la población. Por lo habitual, las personas sin acceso al seguro son trabajadores del sector informal, personas que están (temporalmente) desempleadas, empleados en empresas que no incluyen seguro médico como parte de su convenio laboral, o inmigrantes indocumentados.

¿Bendita vejez?

El país cuenta desde 1973 con un plan General de Pensiones a la Vejez (AOV)³. Para tener derecho a la pensión hay que vivir en Suriname, haber cumplido 60 años y ser de nacionalidad surinamesa. Las estadísticas muestran el incremento constante en la cantidad de pensionistas, de 30.000 en 1990 a más de 40.000 en 2005 (Jubithana, 2007a). El número de pensionistas equivalía en 2004 a 25% de la población activa en edad de trabajar. Si suponemos que todas las personas que trabajan pagan sus aportaciones al AOV, entonces habría cuatro personas trabajadoras activas para cubrir los costos de cada pensionista. Sin embargo, las personas que trabajan en el sector informal no aportan al plan (Jubithana, 2007a).

La intención original del AOV era complementar las pensiones recibidas de empleos anteriores, pero en la práctica muchos adultos mayores dependen del plan para sobrevivir. Esto se explica en primer lugar, por el gran segmento de adultos mayores que no trabajaban en el sector formal y, por lo tanto, no aportaron para su jubilación y también porque las pensiones no están indexadas (a la inflación) ni ajustadas a los salarios reales. Por lo tanto, las pensiones con base en el empleo no garantizan la seguridad social

para la mayoría de los adultos mayores. Jubithana (2007c) sugiere que se brindaría más justicia social con la creación de un tope para los adultos mayores que tengan buenas pensiones. Resulta paradójico que entre los beneficiarios del AOV por el régimen actual se incluyan ex directores, parlamentarios y ministros de gobierno⁴. Una pequeña proporción de adultos mayores (7,39%) no recibe prestación alguna del AOV. Este grupo está integrado en su mayoría por inmigrantes que nunca obtuvieron la nacionalidad surinamesa.

A partir de enero de 2006, el pago mensual de la prestación del AOV se aumentó a USD 81 (DGE, 2006). Los aumentos aplicados en un período de 15 años (de 1990 a 2005) no se mantuvieron a la par de la inflación, lo que significa que a menudo los adultos mayores deben encarar un nivel de vida considerablemente inferior al que tenían antes (Jubithana, 2007c). Esto es más chocante en virtud de que 59% de las personas entre 60 y 64 años y 47% de los mayores de 65 años siguen al frente de hogares con tres o más personas. Jubithana (2007a) sugiere con cautela que es probable que en estos casos las prestaciones del AOV deban sostener a más personas que al beneficiario individual. Esto no es nada improbable: las organizaciones de beneficencia a menudo informan que los abuelos se quedan con sus nietos cuando un hijo o hija emigra (por lo común a los Países Bajos, pero también del medio rural a la capital o a Guyana Francesa) en búsqueda de una vida mejor. Lamentablemente, las promesas de “volver a buscar a los hijos una vez que están instalados” con frecuencia no se cumplen. El contacto se hace cada vez más esporádico y luego de un tiempo sencillamente cesa. Este fenómeno también lo reportaron organizaciones regionales de mujeres como la Asociación Caribeña para la Investigación y Acción Feministas (CAFRA). Hace falta más investigación para determinar hasta qué punto esto desempeña un papel multiplicador en el problema de los adultos mayores que viven en la pobreza y en la pobreza extrema.

4 Por el sistema vigente, una persona que haya cumplido funciones de ministro de gobierno al menos por un año tiene derecho a recibir una pensión equivalente a 40% del salario más alto correspondiente a un secretario permanente (Jubithana, 2007b).

3 Los holandeses instalaron el sistema antes de la independencia del país en 1975.

Avances hacia mayor justicia y seguridad sociales

El gobierno reconoce la ineficacia del sistema de protección social y declaró que el fortalecimiento y la modernización de la RSS es una prioridad en su Plan de Desarrollo Anual 2006-2010. Con el apoyo del Banco Interamericano de Desarrollo se inició un proyecto de cooperación técnica, que resultó en una Evaluación de Fortalecimiento Institucional y una Estrategia de Reforma de la Red de Seguridad Social. Los principales elementos de la estrategia son las mejoras de la *eficiencia* (mejora de la coordinación, los procedimientos de selección, seguimiento y evaluación), el *desarrollo de capacidades* (dentro del MASV y en la sociedad civil) y el *fomento del desarrollo humano* (educación y acceso al mercado de trabajo) (Blank y Terborg, 2007). Una mejora importante alcanzada hasta la fecha es la informatización de los archivos de los usuarios del MASV. Sin embargo, el fomento del desarrollo humano es fundamental para alcanzar la seguridad social sostenible y perspectivas positivas para el futuro.

La mitad de la población en edad laboral desempleada

Las estadísticas muestran que sólo 50,7% del total de la población en edad laboral tiene trabajo, con una tasa de desempleo de 14,7% (DGE, 2005). Es de especial preocupación que sólo 17,7% de las mujeres declaren tener trabajo. En el grupo económicamente inactivo (un total de 36,5%) las mujeres representan la mayoría, con 25,2%. Las personas que se declaran inactivas económicamente y que se ocupan de sus casas (37.247 mujeres frente a 605 hombres) son dependientes del salario y la pensión (si la hubiere) de otra persona y, por lo tanto, son sumamente vulnerables. No hace falta ser vidente para prever que las personas que integran esta categoría y que no están casadas (17.209) probablemente sean usuarias del MASV durante toda su vida.

Actualmente, los empleos públicos comprenden aproximadamente 44% del total de los empleos y las mujeres ocupan la mayoría de los empleos públicos de menor jerarquía. Cuando los salarios de los empleados públicos se comparan con la línea de pobreza en los años 2005 y 2006 para hogares con dos adultos y dos niños (USD 365 a USD 429) (DGE, 2006), vemos que 65% de ellos (24.292 en un total de 37.303) perciben ingresos que los ubican por debajo de la línea de pobreza. La contratación en masa de funcionarios de baja jerarquía, especialmente luego de las elecciones, es la forma en que los sucesivos gobiernos ocultan el desempleo real y lo poco o nada que hacen para impulsar la producción y el espíritu empresarial (Schmeitz, 2006).

La Constitución de Suriname reconoce el trabajo como el medio más importante para el desarrollo humano (Artículo 25). El Estado ratificó todas las convenciones internacionales más importantes relativas a la igualdad de oportunidades y de acceso al empleo. Necesitamos todas las habilidades, talentos y mano de obra que poseamos para crear una sociedad socialmente justa para todos y todas.

(Continúa en página 234)

SURINAME

(viene de página 219)

Si continúa la tendencia creciente en la cantidad de usuarios de los servicios sociales, es muy probable que los beneficiarios superen a las personas que trabajan en menos de 50 años. Por entonces todos estaremos estancados en el desarrollo y con temor a envejecer. ■

Referencias

- Blank, L. y Terborg, J. (2007). *Suriname Social Safety Net Strategy*. Paramaribo: Ministerio de Asuntos Sociales y Vivienda/Banco Interamericano de Desarrollo.
- Constitución de la República de Suriname, enmendada por Ley del 8 de abril de 1992.
- GCAP Action Group (2005). *They say there is no money; Voices of the Street Social Summit Suriname, Vaillantsplein Paramaribo 14 September 2005*. Wanica: Stichting Ultimate Purpose.
- DGE (Dirección General de Estadística) (2001). *Poverty Lines and Poverty in Suriname. Suriname in Ciphers No. 191-2001/02*. Paramaribo: DGE. Mayo.
- DGE (2005). *Seventh General Populations and Housing Census of Suriname, Volume II: Employment and Education Characteristics*. Paramaribo: DGE. Noviembre.
- DGE (2006). *Basic Indicators 2006-I*. Paramaribo: DGE. Junio.
- Hindori, M. (2003). *Health Sector Reform in Suriname*. Paramaribo: Ministerio de Salud/BID. Disponible en: <www.volksgezondheid.gov.sr/download/>.
- Jubithana-Fernald, A. (2007a). "Insights in Old Age Pension in Suriname Part I". *De Ware Tijd*, 11 de mayo, p. D1.
- Jubithana-Fernald, A. (2007b). "Insights in Old Age Pension in Suriname Part II". *De Ware Tijd*, 11 de junio, p. D7.
- Jubithana-Fernald, A. (2007c). "Insights in Old Age Pension in Suriname Part III". *De Ware Tijd*, 17 de junio, p. B8.
- MSAV (Ministerio de Asuntos Sociales y Vivienda) (2007). *Note on Necessity for Reform of the Social Safety Net in Suriname*. Paramaribo: MSAV.
- Schmeitz, Maggie (2006). *Political Patronage and Bondage*. Wanica: Stichting Ultimate Purpose.

TANZANÍA

(viene de página 223)

Derechos sin garantizar de las personas con discapacidad

La seguridad social y los planes de mantenimiento del ingreso son de particular importancia para las personas con discapacidades. Como se señala en las Normas uniformes sobre la igualdad de oportunidades para las personas con capacidades diferentes (1993), "Los Estados deben velar por asegurar la prestación de apoyo adecuado en materia de ingreso a las personas con discapacidad que, debido a la discapacidad o factores relacionados con ésta, hayan perdido temporalmente sus ingresos, reciban un ingreso reducido o se hayan visto privadas de oportunidades de empleo."

El Artículo 28 de la Convención de la ONU sobre los derechos de las personas con discapacidad, adoptada el 6 de diciembre de 2006, señala que los "Estados Partes reconocen el derecho de las personas con discapacidad."¹² El gobierno aún no ha ratificado esta importante convención, lo que dificulta a las personas discapacitadas contar con el derecho a la seguridad social que ella garantiza.

Señales de aliento

El presidente del Banco Central de Tanzania, Daudi T. Balali, reconoció en marzo de 2007 que la mayor parte de la población del país sigue dependiendo del sistema tradicional de seguridad social, que se debilita día a día como consecuencia de los efectos corrosivos generados por la urbanización y enfermedades de riesgo como el VIH/sida. "Debido al difícil entorno económico y a enfermedades como el VIH/sida que han deteriorado el tejido social tradicional y el poder económico... el acceso a los servicios de bienestar social de parte de los grupos necesitados es limitado". El presidente Balali subrayó que "esta tendencia exige una reinterpretación de la forma en que la gente está organizada con respecto a la prestación de la seguridad social para, entre otras cosas, explorar formas nuevas de mejorar la cobertura y las prestaciones para poder cumplir las obligaciones estipuladas en el Artículo 22 de la Declaración Universal de Derechos Humanos de 1948."¹³ Esta observación nos deja conformes y exhortamos al gobierno a trabajar en este sentido. ■

12 <www.un.org/esa/socdev/enable/rights/convtexte.htm>

13 Daudi T. Balali, Presidente del Banco de Tanzania (BoT) en su discurso ante una reunión de la International Social Security Associations (ISSA) en Dar es Salaam, con la asistencia de autoridades nacionales y extranjeras, marzo de 2007. Citado por Michael Haonga en el diario local The Guardian "BoT Governor calls for enhanced public access to social security" del 26 de marzo de 2007.

Referencias

- Naciones Unidas (1993). *Normas uniformes sobre la igualdad de oportunidades para las personas con discapacidad*. Anexadas a la resolución 48/96 de la Asamblea General, 20 de diciembre. Introducción, párr. 17; Norma 8, párr. 1.
- Nyerere, J.K. (1977). *Essays on Socialism*. Oxford University Press.
- TACAIDS (Tanzania Commission for AIDS) (2005). *Follow-up Report to the Declaration of HIV/AIDS (UNGASS) Commitment*. Enero-diciembre.
- Van Ginneken, W. (1999). *Social Security for the excluded majority: Case studies of developing countries*. Ginebra: OIT.
- UGANDA
(viene de página 225)
- CPRC (Centro de Investigación de Pobreza Crónica) (2005). *Chronic Poverty in Uganda 2005 Report*. Disponible en: <www.chronicpoverty.org/resources/cpr-Uganda_2005_contents.html>.
- FMI (Fondo Monetario Internacional) (2007). *Perspectivas de la economía mundial. Desbordamientos y ciclos de la economía mundial*. Disponible en: <www.imf.org/external/pubs/ft/weo/2007/01/index.htm>.
- ISSA (Asociación Internacional de Seguridad Social) (s/f). "Statistical Data Base on Social Security in Developing Countries, Long Term Benefits". Disponible en: <www.issa.int/pdf/actstat/2longterme-mn.pdf>.
- Mugerwa, Y. (2007). "Uganda: Govt to pay Pensioners in September". *The Monitor*. Kampala, 19 de junio.
- OIT (Organización Internacional del Trabajo) (1952). *C102 Convenio sobre la seguridad social (norma mínima)*. Disponible en: <www.ilo.org/lolex/cgi-bin/convds.pl?C102>.
- Osike, F. (2007). "Uganda: Ex-Minister Flees to U.S.". *New Vision*. Kampala, 12 de mayo.
- PU (Parlamento de Uganda) (2007). *A Directory of the Eighth Parliament of Uganda 2006-2011*. Edición de 2007. Kampala.
- RU (República de Uganda) (1995). *The Constitution of the Republic of Uganda*.
- RU (1999). *The 1999 National Health Policy (NHP)*. Kampala: Ministerio de Salud.
- RU (2000). *The 2000 Health Sector Strategic Plan (HSSP)*. Kampala: Ministerio de Salud.
- RU (2004). *The National Strategic Programme Plan for Orphans and Other Vulnerable Children: 2005-2010*. Kampala: Ministerio de Género, Trabajo y Desarrollo Social.
- RU (2007a). *Background to the Budget 2007/08 Fiscal Year: Re-orienting Government Expenditure towards Prosperity for All*. Kampala: Ministerio de Finanzas, Planeamiento y Desarrollo Económico.
- RU (2007b). *Budget Speech – Financial Year 2007-2008*. Dado en la Reunión de la 2ª Sesión del 8º Parlamento de Uganda el 14 de junio.
- UBOS (Oficina de Estadísticas de Uganda) (2006). *Uganda National Household Survey 2005-2006*. Disponible en: <www.ubos.org/UNHSReport20052006.pdf>.