



Informe de Seguridad Social y Bienestar en las Américas

2020



Conferencia Interamericana de Seguridad Social

Gibrán Ramírez Reyes
Secretario general

José Antonio Hernández Sánchez
Director ejecutivo de Proyectos e Investigación

Miguel Ángel Ramírez Villela
Jefe de la División de Proyectos

Janín Muñoz Mercado
Diseño y formación

Alejandra Torres Hernández
Antonio Álvarez Prieto
Edición

Ana Cecilia Zapien Trejo
Corrección de estilo

El Informe de Seguridad Social y Bienestar en las Américas (ISSBA) es una publicación bienal de la Conferencia Interamericana de Seguridad Social (CISS)

ISBN: 978-607-8088-52-2

San Ramón s/n, Col. San Jerónimo
Lídice, alcaldía Magdalena Contreras,
C. P. 10100, Ciudad de México.
Tel. (55) 5377 4700.

<https://ciss-bienestar.org/>

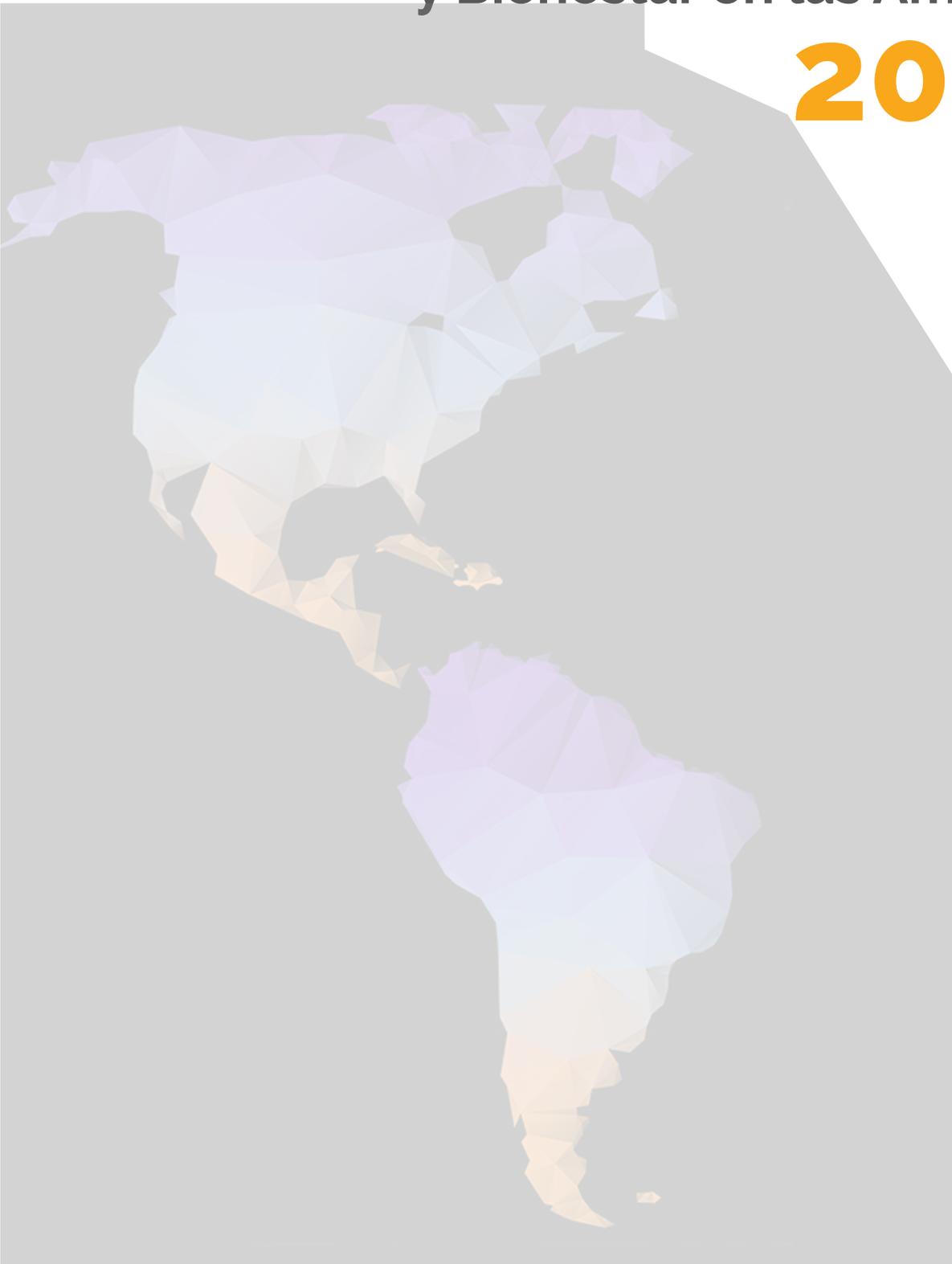
El Informe de Seguridad Social y Bienestar en las Américas 2020 (ISSBA) fue supervisado y coordinado por José Antonio Hernández Sánchez, director ejecutivo de Proyectos e Investigación de la Conferencia Interamericana de Seguridad Social (CISS), y por Miguel Ángel Ramírez Villela, jefe de la División de Proyectos.

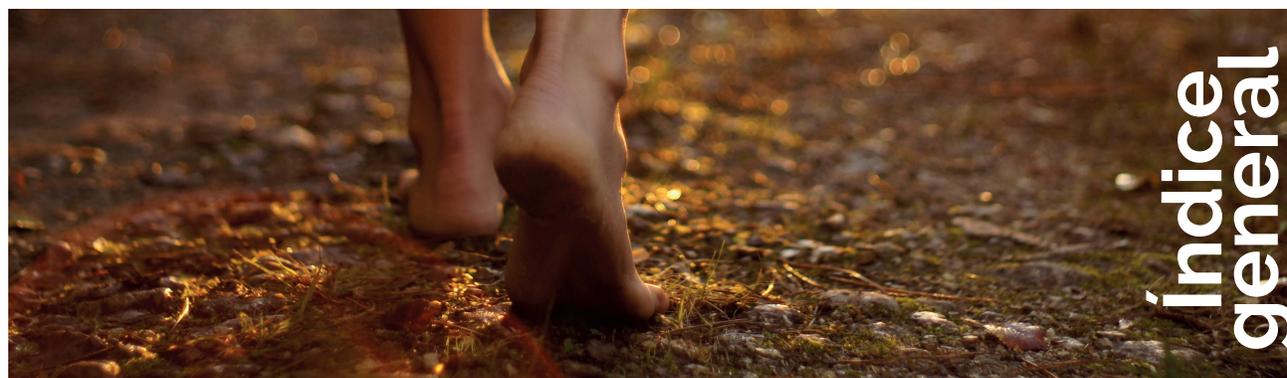
Este informe fue elaborado colectivamente por Mariela Sánchez-Belmont Montiel, Crisna Cuchcatla Méndez, Frida Romero Suárez y Yulen Nicté Rodríguez Piña; equipo adscrito a la Dirección Ejecutiva de Proyectos e Investigación de la CISS. En este proceso se contó también con la colaboración de René Jaimez Aguilar.

Se agradece a Humberto Soto, de la Unidad de Desarrollo Social de la sede subregional de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe en México (CEPAL), por su valiosa retroalimentación y acompañamiento.

Informe de Seguridad Social y Bienestar en las Américas

2020





Siglas, acrónimos y monedas	14
Introducción	16
Capítulo 1. El largo siglo de la seguridad social: orígenes, auge y contradicciones	24
1.1. Antecedentes y primeras legislaciones. De finales del siglo XIX a 1939	28
1.1.1. Contexto global y teorías explicativas	28
1.1.2. Los orígenes de la seguridad social en el continente americano	34
1.2. Auge de la seguridad social en América. De los años cuarenta a los setenta	45
1.2.1. Contexto global y teorías explicativas	45
1.2.2. La situación en América	52
Conclusiones	67
Capítulo 2. El fin del largo siglo XX de la seguridad social: una época de decadencia y contradicciones	70
2.1. El embate neoliberal y la decadencia	73
2.1.1. La seguridad social y el fin de la época dorada del capitalismo	73
2.1.2. Crisis económica, reducción del Estado y democratización en las Américas	78
2.1.3. Los esfuerzos por dismantelar los sistemas de seguridad social	81
2.2. El giro a la inclusión de los años 2000	96
2.2.1. Siglo XXI: agendas hacia la universalización de la seguridad social	96
2.2.2. La situación en América Latina	100
2.2.3. La seguridad social al final del largo siglo XX	101
Conclusiones	113
Capítulo 3. Análisis comparado de los sistemas de seguridad social en América	116
3.1. Estudio comparado de los sistemas de seguridad social	121
3.1.1. Consideraciones metodológicas	121
3.2. La presión a los sistemas de seguridad social	126
3.2.1. Dimensión y variables	126
3.2.2. Evolución de la presión por seguridad social	132
3.2.3. Índice de Presión en 2009 y 2016	142
3.3. La cobertura de los sistemas de seguridad social	147

3.3.1. Dimensión y variables	147
3.3.2. Evolución de la cobertura en seguridad social	151
3.3.3. Índice de Cobertura en 2009 y 2016	159
3.4. La eficacia de los sistemas de seguridad social	162
3.4.1. Dimensión y variables	162
3.4.2. Evolución de la eficacia en seguridad social	165
3.4.3. Índice de Eficacia en 2009 y 2016	173
3.5. El desempeño en la seguridad social	176
3.5.1. Índice de Desempeño de los Sistemas de Seguridad Social	176
3.5.2. Correspondencia de los índices	184
3.5.3. El crecimiento de la cobertura	189
Conclusiones	197
Presentación a los casos de estudio	200
Capítulo 4. La seguridad social en los países de la Comunidad del Caribe (Caricom)	214
4.1. Países de la Caricom y características de la región	216
4.2. Historia y características generales de la seguridad social en los países de la Caricom	218
4.3. Regímenes de seguridad social en los países de la Caricom	225
4.3.1. Salud	229
4.3.2. Pensiones	240
4.4. La Caricom y la seguridad social	248
4.4.1. Historia de la Caricom	248
4.4.2. Mercado común y acuerdo de portabilidad	249
4.5. Reto pendiente: un enfoque de derechos	253
Capítulo 5. Las transformaciones del sistema de seguridad social uruguayo: fortalecimiento estatal, ampliación de la cobertura y mejora de resultados	256
5.1. Condiciones económicas, sociales y demográficas	258
5.2. Resultados de Uruguay en los índices de presión, cobertura, eficacia y desempeño	263
5.2.1. Índice de Presión (IP)	265
5.2.2. Índice de Cobertura (IC)	271
5.2.3. Índice de Eficacia (IE)	274
5.2.4. Índice de Desempeño de los Sistemas de Seguridad Social (IDSSS)	278
5.3. Cobertura del sistema de seguridad social uruguayo	279
5.3.1. Servicios de salud	279
5.3.2. Pensiones por vejez	282
5.3.3. Prestaciones familiares	285
5.3.4. Seguro de desempleo	286
5.3.5. Prestaciones por maternidad y paternidad	287
5.4. Evolución del sistema de seguridad social: orígenes y auge	289

5.4.1. Surgimiento del sistema de seguridad social: de los 1900 a los 1930	290
5.4.2. La etapa de consolidación: de los años cuarenta a los ochenta	292
5.5. La etapa de transformaciones	299
5.5.1. Los intentos neoliberales: 1985 a los 2000	299
5.5.2. La recuperación y ampliación del sistema de seguridad social: 2005 en adelante	301
5.5.3. Reformas futuras a la seguridad social	320
Conclusiones	322
Capítulo 6. El sistema de seguridad social en Chile	324
6.1. Condiciones económicas, sociales y demográficas	326
6.2. Resultados de Chile en los índices de presión, cobertura, eficacia y desempeño	329
6.2.1. Índice de Presión (IP) e Índice de Presión Específica (IPE)	331
6.2.2. Índice de Cobertura (IC)	335
6.2.3. Índice de Eficacia (IE)	338
6.2.4. Índice de Desempeño de los Sistemas de Seguridad Social (IDSSS)	342
6.3. Cobertura del sistema de seguridad social	343
6.4. Evolución del sistema de seguridad social chileno en el siglo XX	353
6.5. La etapa de las transformaciones	358
6.5.1. El embate neoliberal	358
6.5.2. Tendencias hacia el universalismo	364
Conclusiones	374
Capítulo 7. Las transformaciones del sistema de seguridad social de República Dominicana	378
7.1. Condiciones económicas, sociales y demográficas	381
7.2. Resultados de República Dominicana en los índices de presión, cobertura, eficacia y desempeño	388
7.2.1. Índices de Presión (IP) y de Presión Específica (IPE)	390
7.2.2. Índice de Cobertura (IC)	394
7.2.3. Índice de Eficacia (IE)	397
7.2.4. Índice de Desempeño de los Sistemas de Seguridad Social (IDSSS)	400
7.3. Cobertura del sistema de seguridad social	401
7.3.1. Descripción del sistema actual	401
7.3.2. Asistencia a la salud	405
7.3.3. Prestaciones por vejez, discapacidad y sobrevivencia	411
7.3.4. Prestaciones por riesgos laborales	417
7.4. Evolución del sistema de seguridad social en el siglo XX	419
7.4.1. Origen y desarrollo del sistema de seguridad social: de 1940 a 1980	419
7.5. La etapa de las transformaciones: del periodo neoliberal a la definición universalista de la seguridad social dominicana	425
7.5.1. El periodo neoliberal	425
7.5.2. Hacia la expansión de derechos: de 2000 a 2020	433
Conclusiones	448

Capítulo 8. El sistema de seguridad social en Nicaragua	450
8.1. Contexto sociodemográfico general del país	454
8.2. Resultados de Nicaragua en los índices de presión, cobertura, eficacia y desempeño	462
8.2.1. Índice de Presión (IP) e Índice de Presión Específica (IPE)	465
8.2.2. Índice de Cobertura (IC)	472
8.2.3. Índice de Eficacia (IE)	479
8.2.4. Índice de Desempeño de los Sistemas de Seguridad Social (IDSSS)	483
8.3. Cobertura actual del sistema de seguridad social	484
8.3.1. Descripción de la forma de organización y distribución del sistema y su cobertura en la actualidad	484
8.3.2. Asistencia a la salud	486
8.3.3. Prestaciones por vejez, discapacidad y muerte	489
8.3.4. Prestaciones por enfermedad y maternidad	498
8.3.5. Prestaciones por riesgos profesionales	498
8.4. Evolución del sistema de seguridad social	500
8.4.1. Dictadura y bienestar (1900-1957)	500
8.4.2. Configuración del sistema de seguridad social nicaragüense (1957-1990)	508
8.5. La etapa de las transformaciones	514
8.5.1. Intentos de imponer políticas neoliberales (1990-2005)	514
8.5.2. La crisis política y la privatización fallida	519
8.5.3. El impulso sandinista: entre la ampliación y la sostenibilidad	521
Conclusiones	529
Aprendizajes y recomendaciones	532
Anexo 1. Metodología de los índices de seguridad social para las Américas	546
Bibliografía	561



Gráficas

1. Año de promulgación de las primeras leyes en prestaciones de la seguridad social en el mundo, 1829-2011	30
2. Año de promulgación de las primeras leyes en prestaciones de la seguridad social en Europa, 1829-2011	30
3. Año de promulgación de las primeras leyes en prestaciones de la seguridad social en América, 1829-2011	30
4. Población en situación de pobreza extrema y pobreza en América Latina, 1980-2008 (años disponibles)	82
5. Evolución del gasto público social como porcentaje del PIB en América Latina, 1980-1991	83
6. Población urbana como porcentaje de la población total en América, 2000-2018	133
7. Población de 65 años o más como porcentaje de la población total en América, 2000-2018	135
8. Empleo en servicios como porcentaje del total de empleos en América, 2000-2018	137
9. Empleo en agricultura como porcentaje del total de empleos en América, 2000-2019	138
10. Empleo en industria como porcentaje del total de empleos en América, 2000-2019	139
11. Tasa de desempleo en América, 2000-2019	141
12. Partos atendidos por personal capacitado en América, 2002-2017	152
13. Gasto del gobierno en salud como porcentaje del PIB en América, 2000-2017	154
14. Porcentaje de personas de 65 años o más que reciben una pensión en América, 2000-2017	156
15. Gasto público en protección social como porcentaje del PIB en América, 2000-2018	158
16. Tasa de mortalidad infantil en América, 2000-2018	166
17. Gasto de bolsillo como porcentaje del gasto total en salud en América, 2000-2017	168
18. Población de 65 años o más en situación de pobreza en América, 2000-2018	170
19. Tasa de participación laboral de las personas de 65 años o más en América, 2000-2019	172
20. Relación presión-cobertura, 2009	184
21. Relación presión-cobertura, 2016	185
22. Relación cobertura-eficacia, 2009	186
23. Relación cobertura-eficacia, 2016	187
24. Porcentaje de personas de 65 años o más que reciben una pensión, 2000-2017: Argentina	190
25. Porcentaje de personas de 65 años o más que reciben una pensión, 2000-2017: Uruguay	190
26. Porcentaje de personas de 65 años o más que reciben una pensión, 2000-2017: Brasil	191
27. Porcentaje de personas de 65 años o más que reciben una pensión, 2000-2017: Chile	191

28. Porcentaje de personas de 65 años o más que reciben una pensión, 2000-2017: Bolivia	192
29. Porcentaje de personas de 65 años o más que reciben una pensión, 2000-2017: Panamá	193
30. Porcentaje de personas de 65 años o más que reciben una pensión, 2000-2017: Ecuador	193
31. Porcentaje de personas de 65 años o más que reciben una pensión, 2000-2017: Paraguay	194
32. Porcentaje de personas de 65 años o más que reciben una pensión, 2000-2017: México	194
33. Tasa de mortalidad infantil (0-5 años) en países de la Caricom, 2018	236
34. Componentes de la pobreza multidimensional en países seleccionados de la Caricom	239
35. Tipos de hogares por sexo del jefe de hogar en Uruguay, 2018	259
36. Crecimiento del PIB, tasa de desempleo y población en pobreza en Uruguay, 2000-2018	261
37. Tasa de mortalidad por enfermedades transmisibles y por enfermedades no transmisibles por cada 100 000 habitantes en América, 2016	262
38. Población urbana como porcentaje de la población total en Uruguay, 2000-2018	266
39. Personas mayores de 65 años como porcentaje de la población total en Uruguay, 2000-2018	266
40. Hombres y mujeres por grupos de edad en Uruguay, 2000	267
41. Hombres y mujeres por grupos de edad en Uruguay, 2010	267
42. Hombres y mujeres por grupos de edad en Uruguay, 2020	268
43. Dependencia demográfica en Uruguay, 2000-2018	268
44. Tasa de desempleo en Uruguay, 2000-2018	269
45. Empleo en servicios como porcentaje del empleo total en Uruguay, 2000-2018	270
46. Partos atendidos por personal entrenado en Uruguay (años disponibles), 2002-2017	272
47. Gasto interno en salud del gobierno general como porcentaje del PIB en Uruguay, 2000-2017	272
48. Porcentaje de personas de 65 años o más que reciben una pensión (contributiva o no contributiva) en Uruguay, 2000-2017	273
49. Gasto público en protección social como porcentaje del PIB en Uruguay, 2000-2018	274
50. Tasa de mortalidad infantil en Uruguay, 2000-2018	275
51. Gasto de bolsillo como porcentaje del gasto total en salud en Uruguay, 2000-2017	276
52. Porcentaje de personas mayores de 65 años en situación de pobreza en Uruguay, 2000-2018	277
53. Tasa de participación laboral de las personas mayores de 65 años en América, 2000-2019	278
54. Personas cotizantes al sistema de pensiones por tipo de cobertura en Uruguay, 2018	284
55. Personas beneficiarias de prestaciones familiares según tipo de cobertura en Uruguay, 2018	286
56. Personas desempleadas por condición de acceso al seguro de desempleo en Uruguay, 2018	287
57. Personas beneficiarias de prestaciones por maternidad, por paternidad y para cuidados en Uruguay, 2018	288
58. Personas afiliadas al Fonasa en Uruguay, 2007-2018 (miles de personas)	305
59. Personas afiliadas al Fonasa por tipo de prestador de servicio en Uruguay, 2018	306
60. Gasto del gobierno en salud como porcentaje del PIB y gasto de bolsillo como porcentaje del gasto total en salud en Uruguay, 2007-2016	308
61. Gasto total en salud como porcentaje del PIB en Uruguay, 2007-2016	309
62. Personas beneficiarias del Plan Equidad en Uruguay, 2009-2016	313
63. Personas desempleadas y personas beneficiarias del seguro de desempleo en Uruguay, 2018 (miles de personas)	316
64. Personas beneficiarias de subsidios por maternidad, por paternidad y por cuidados parentales en Uruguay, 2009-2018	318
65. Personas mayores de 65 años como porcentaje de la población total en Chile, 2000-2018	332

66. Población urbana como porcentaje de la población total en Chile, 2000-2018	333
67. Empleo en servicios como porcentaje del empleo total en Chile, 2000-2018	333
68. Tasa de desempleo en Chile, 2000-2018	334
69. Partos atendidos por personal entrenado en Chile, 2002-2016	335
70. Gasto del gobierno en salud como porcentaje del PIB	336
71. Porcentaje de personas de 65 años o más que reciben una pensión contributiva y no contributiva en Chile, 2000-2017	337
72. Gasto público en protección social como porcentaje del PIB en Chile, 2000-2018	338
73. Tasa de participación laboral de las personas de 65 años o más en Chile, 2000-2019	339
74. Porcentaje de personas de 65 años o más en situación de pobreza en Chile, 2000-2018 (años disponibles)	340
75. Tasa de mortalidad infantil en Chile, 2000-2018	341
76. Gasto de bolsillo como porcentaje del gasto total en salud en Chile, 2000-2017	342
77. Tipos de hogares por sexo del jefe de hogar en República Dominicana, 2018	382
78. Crecimiento del PIB en República Dominicana, 2000-2018	383
79. Población en condición de pobreza en República Dominicana, 2000-2018	384
80. Pobreza multidimensional con factor ajustado por año, 2018	385
81. Pobreza multidimensional con factor ajustado por año, según zona y condición de pobreza, 2018	386
82. Estructura del ingreso por decil, 2018	387
83. Personas mayores de 65 años como porcentaje de la población total en República Dominicana, 2000-2018	391
84. Población urbana como porcentaje de la población total en República Dominicana, 2000-2018	392
85. Empleo en servicios como porcentaje del empleo total en República Dominicana, 2000-2018	393
86. Tasa de desempleo en República Dominicana, 2000-2018	393
87. Partos atendidos por personal capacitado en República Dominicana, 2002-2016 (años disponibles)	395
88. Gasto de gobierno en salud como porcentaje del PIB en República Dominicana, 2000-2017	395
89. Porcentaje de personas de 65 años o más que reciben una pensión contributiva y no contributiva en República Dominicana, 2000-2017	396
90. Gasto público en protección social como porcentaje del PIB en República Dominicana, 2000-2018	397
91. Tasa de participación laboral de las personas de 65 años o más en República Dominicana, 2000-2019	398
92. Porcentaje de personas de 65 años o más en situación de pobreza en República Dominicana, 2000-2018	398
93. Tasa de mortalidad infantil en República Dominicana, 2000-2018	399
94. Gasto de bolsillo como porcentaje del gasto total en salud en República Dominicana, 2000-2017	400
95. Afiliación al Sistema Dominicano de Seguridad Social, 2005-2019	404
96. Personas afiliadas al SFS por tipo de régimen 2007-2020	408
97. Personas afiliadas al SFS por tipo de régimen y sexo 2020	408
98. Personas beneficiarias por prestaciones monetarias en 2019	411
99. Variación porcentual de la cobertura efectiva (PEA) de los sistemas de pensiones, América Latina (17 países), 2000-2017	414
100. Cobertura efectiva (PEA) de los sistemas de pensiones por quintiles de ingreso, República Dominicana, 2016	414
101. Afiliados al régimen contributivo	415
102. Beneficiarios del régimen subsidiado de pensiones por vejez e incapacidad, 2019 y 2020	417
103. Proporción de población urbana y rural, 2000-2018	455

104. Población urbana y rural, 1990 a 2018 (miles de personas)	455
105. Porcentaje de la población en situación de pobreza extrema y pobreza, 2014	456
106. Porcentaje de la población en situación de pobreza extrema y pobreza según área geográfica, 2014	457
107. Prevalencia de desnutrición (promedio de 3 años), 1999-2018	458
108. Jefatura y tipo de hogar, 2014	459
109. Personas con 65 y más años como porcentaje de la población total en Nicaragua, 2000-2018	466
110. Personas con 65 y más años como porcentaje de la población total en países americanos estudiados, 2018	467
111. Incremento porcentual de la población de 65 años y más en cada país, 2000-2018	467
112. Tasa de crecimiento poblacional, 2000-2018	468
113. Razón de dependencia demográfica, 2000-2018	469
114. Empleo en servicios como porcentaje del empleo total en Nicaragua, 2000-2018	470
115. Tasa de desempleo (porcentaje de la población activa total), Nicaragua, 2006, 2009, 2012, 2014 y 2016	470
116. Tasa de desempleo por sexo y grupos de edad, Nicaragua, 2014	471
117. Informalidad laboral como porcentaje del empleo total, Nicaragua, 2009 y 2014	472
118. Partos atendidos por profesionales de la salud en Nicaragua, 2002-2017	473
119. Gasto interno en salud del gobierno general como porcentaje del PIB en Nicaragua, 2000-2017	473
120. Gasto interno en salud del gobierno general como porcentaje del PIB en países americanos, 2017	474
121. Gasto general en salud como porcentaje del gasto general del gobierno	475
122. Gasto público en protección social como porcentaje del PIB en Nicaragua, 2000-2018	476
123. Porcentaje de personas con 65 años o más que reciben una pensión en Nicaragua, 2000-2017	477
124. Cobertura de pensiones contributivas y no contributivas de personas con 65 años o más en países de América, 2016	477
125. Cobertura efectiva en pensiones para adultos mayores. Porcentaje de la población que recibe pensión de adulto mayor, respecto a la edad de pensión establecida, último año disponible (2015 para el caso de Nicaragua)	478
126. Tasa de mortalidad infantil en Nicaragua, 2000-2018	479
127. Tasa de mortalidad infantil en países de América, 2018	480
128. Gasto de bolsillo como porcentaje del gasto total en salud en Nicaragua, 2000-2017	481
129. Gasto de bolsillo como porcentaje del gasto total en países de América, 2017	482
130. Porcentaje de personas con 65 años y más en situación de pobreza en Nicaragua, 2009-2016	482
131. Tasa de participación laboral de las personas con 65 y más años en Nicaragua, 2006, 2009, 2012, 2014 y 2016	483
132. Relación entre asegurados facultativos y totales, Nicaragua, 2010-2018	492
133. Porcentaje de la canasta básica que se puede adquirir con la pensión promedio, Nicaragua, 2007-2017	493
134. Pensiones por discapacidad, Nicaragua, 2018	494
135. Número de pensiones por muerte y monto promedio, Nicaragua, 2018	496
136. Relación del monto promedio de las prestaciones por riesgos profesionales y la canasta básica, Nicaragua, 2018	499
A. Representación bidimensional de los índices de 2009	554
B. Representación bidimensional de los índices de 2016	556

Tablas

1. Variables seleccionadas para la elaboración del Índice de Presión	131
2. Índice de Presión, 2009 y 2016	142
3. Transiciones en el Índice de Presión, 2009 y 2016	144
4. Variables seleccionadas para la elaboración del Índice de Cobertura	150
5. Índice de Cobertura, 2009 y 2016	159
6. Transiciones en el Índice de Cobertura, 2009 y 2016	161
7. Variables seleccionadas para la elaboración del Índice de Eficacia	164
8. Índice de Eficacia, 2009 y 2016	173
9. Transiciones en el Índice de Eficacia, 2009 y 2016	174
10. Índice de Desempeño de los Sistemas de Seguridad Social, 2009 y 2016	177
11. Transiciones en el Índice de Desempeño de los Sistemas de Seguridad Social, 2009 y 2016	178
12. Resumen de resultados de los índices, 2016	182
13. Cobertura del sistema de pensiones en países de América Latina en 2016	195
14. Cambios porcentuales en las variables estudiadas, 2009 y 2016	202
15. Cobertura de la seguridad social contributiva en los países de la Caricom según las prestaciones establecidas en el C102 de la OIT	226
16. Cobertura de la seguridad social en países seleccionados de la Caricom	228
17. Beneficios médicos en las instituciones de seguridad social en países seleccionados de la Caricom	230
18. Países de la Caricom que se encuentran en proceso de implementación de un sistema universal de salud	232
19. Aseguramiento privado como fuente secundaria de cobertura	233
20. Gasto público en salud per cápita en los países de la Caricom	234
21. Desglose del gasto en salud en los países de la Caricom	235
22. Contribuciones a la seguridad social en los países de la Caricom, 2019-2020	241
23. Cobertura de pensiones por vejez en países seleccionados de la Caricom	242
24. Tasa de fertilidad en los países de la Caricom	244
25. Tasa de dependencia en los países de la Caricom	245
26. Relación de apoyo potencial en países de la Caricom	246
27. Indicadores de presión, cobertura y eficacia de la seguridad social para Uruguay	264
28. Afiliación a servicios de salud en 2019	280
29. Monto de pensión según el régimen de aseguramiento en 2017	285
30. Montos otorgados por la tarjeta Uruguay Social en 2020	311
31. Porcentaje de personas que configurarían causal jubilatoria antes y después de la reforma de 2008 en Uruguay	314
32. Indicadores de presión, cobertura y eficacia de la seguridad social para Chile	330
33. Montos de la Asignación Familiar, marzo de 2020	349
34. Montos de la Asignación Maternal, marzo de 2019	349
35. Porcentajes de remuneración del seguro de cesantía y cálculo del monto de giros por contrato indefinido (2016)	351
36. Porcentajes de remuneración del seguro de cesantía y cálculo del monto de giros por contrato a plazo fijo o por obra (2016)	351

37. Indicadores de presión, cobertura y eficacia de la seguridad social para República Dominicana	389
38. Regímenes del SDSS, formas de financiamiento, población objetivo y prestaciones	403
39. Cobertura, techos y cuotas del Plan de Servicios de Salud (PDSS)	406
40. Prestaciones del SFS en dinero	410
41. Solicitudes presentadas por accidente de trabajo ante la ARLSS en 2019	418
42. Indicadores de salud seleccionados, 2019	440
43. Estructura del Programa de Protección Social, 2004	444
44. PIB per cápita (en dólares estadounidenses) de Nicaragua y las Américas, 2018	459
45. Indicadores de presión, cobertura y eficacia de la seguridad social para Nicaragua	464
46. Monto de la pensión reducida	491
47. Pensiones por muerte del programa de Víctimas de Guerra, Nicaragua, 2018	497
48. Legislación relacionada con el desarrollo de la seguridad social en Nicaragua, cronología de procesos clave, 1930-1957	507
49. Legislación relacionada con el desarrollo de la seguridad social en Nicaragua, cronología de procesos clave, 1955-1984	513
50. Legislación relacionada con el desarrollo de la seguridad social en Nicaragua, cronología de procesos clave, 1990-2005	518
51. Cronología de las leyes de seguridad social y las relacionadas con sus derogaciones	520
52. Personal de salud contratado en MINSAL, Nicaragua, 2005 y 2015	524
53. Cotizaciones al INSS, antes y después de la reforma 2019	527
A. Presión	548
B. Presión específica	549
C. Cobertura de la seguridad social	550
D. Eficacia de la seguridad social	551
E. Desempeño de la seguridad social	551
F. Desempeño específico de la seguridad social	552
G. Importancia de los componentes	553
H. Pesos de las variables	559
I. Estratificación de los índices de seguridad social	560

Figuras

1. Estrategia metodológica	124
2. Estratificación de los índices	125
3. Cobertura de la seguridad social	148



Siglas y acrónimos

AFAP	Administradoras de Fondos para Ahorro Previsional
AFP	Administradoras de Fondos de Pensiones
AISS	Asociación Internacional de la Seguridad Social
BM	Banco Mundial
BPS	Banco de Previsión Social
Caricom	Comunidad del Caribe
CEDESC	Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales
CEPAL	Comisión Económica para América Latina y el Caribe
CISS	Conferencia Interamericana de Seguridad Social
DNSS	Diálogo Nacional sobre Seguridad Social
DUDH	Declaración Universal de los Derechos Humanos
ECOSOC	Consejo Económico y Social
FAO	Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura
FCS	Fondo de Cesantía Solidario
FIS	Fondos de Inversión Social
FMI	Fondo Monetario Internacional
Fonasa	Fondo Nacional de Salud
Foncodes	Fondo de Cooperación para el Desarrollo Social
IAMC	Instituciones de Asistencia Médica Colectiva
IESS	Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social
IC	Índice de Cobertura
IDSS	Índice de Desempeño de los Sistemas de Seguridad Social
IDESS	Índice de Desempeño Específico de los Sistemas de Seguridad Social
IE	Índice de Eficacia
IP	Índice de Presión
IPE	Índice de Presión Específica
IPPS	Índice de los Pisos de Protección Social

INDES	Instituto Interamericano para el Desarrollo Económico y Social
INSS	Instituto Nicaragüense de Seguridad Social
INSSBI	Instituto Nicaragüense de Seguridad Social y Bienestar
Isapres	Instituciones de Salud Previsional
ISI	Industrialización por sustitución de importaciones
ISR	Impuesto sobre la renta
ISSBA	Informe de Seguridad Social y Bienestar en las Américas
IVM	Invalidez, vejez y muerte
MSP	Ministerio de Salud Pública
OAS	Old Age Security
OECD	Organisation for Economic Co-operation and Development
OCDE	Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos
ODM	Objetivos de Desarrollo del Milenio
ODS	Objetivos de Desarrollo Sostenible
OEA	Organización de los Estados Americanos
OIT	Organización Internacional del Trabajo
OPS	Organización Panamericana de la Salud
PASIS	Pensiones Asistenciales
PEA	Población económicamente activa
PIAS	Plan Integral de Atención en Salud
PIB	Producto interno bruto
PIDESC	Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales
PNUD	Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo
Pronasol	Programa Nacional de Solidaridad
SNIS	Sistema Nacional Integrado de Salud
SUF	Subsidio Único Familiar
Unesco	Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura

Monedas

BZD	Dólar beliceño
CLP	Peso chileno
DOP	Peso dominicano
GYD	Dólar guyanés
JMD	Dólar jamaicano
NIO	Córdoba nicaragüense
SR	Rial saudí
TT	Dólar de Trinidad y Tobago
USD	Dólar estadounidense
UYU	Peso uruguayo
XCD	Dólar del Caribe Oriental

Introducción

Objetivos y contenido del Informe

El Informe de Seguridad Social y Bienestar en las Américas (ISSBA) es uno de los proyectos más ambiciosos de la nueva administración de la Conferencia Interamericana de Seguridad Social (CISS), el cual surge con el objetivo de conocer la situación de los países que la integran. La información que aquí se presenta permitirá formular recomendaciones de política pública que promuevan una seguridad social universal, de calidad y orientada al bienestar en las Américas, como parte de los esfuerzos basados en la cooperación internacional para garantizar el acceso a este derecho humano.

Para cumplir con dicho propósito, el Informe recurre a diferentes metodologías con una perspectiva social e histórica. Uno de sus aportes más valiosos al conocimiento sobre la seguridad social en el continente es la construcción de índices que permiten comparar entre sí a los países seleccionados. Para este fin, se eligieron dos años —2009 y 2016— y dos prestaciones —pensiones y salud—, en parte porque no existe información suficiente para series históricas más abarcadoras y en parte porque estos cortes temporales dan la pauta para identificar, en general, logros, retos y avances en la materia. Sin embargo, se reconocen las limitaciones de un estudio de esta naturaleza, no sólo por la falta de información disponible, sino también porque los métodos cuantitativos no permiten mayor detalle y contextualización de las variables estudiadas. Por esa razón, el Informe comienza con dos capítulos sobre la historia de la seguridad social en el continente, continúa con la formulación de índices para comparar los resultados de los países en las dimensiones de presión, cobertura y eficacia de los sistemas, y termina con cinco casos de estudio de países seleccionados, con el objetivo de analizar con mayor profundidad la relación entre los índices y la historia.

El Informe busca conocer la situación actual de la seguridad social en las Américas con tres objetivos específicos y complementarios:

1. Identificar las tendencias históricas y las circunstancias que marcaron el origen y el desarrollo de los sistemas en la región.
2. Conocer *en qué medida* los gobiernos del continente satisfacen las necesidades de seguridad social y bienestar de sus poblaciones.
3. Comprender *de qué manera* buscan hacerlo.

Así, los capítulos 1 y 2 del Informe se relacionan de manera directa con el primer objetivo e identifican un *largo siglo XX de la seguridad social*, que comienza con los antecedentes de finales del siglo XIX y llega hasta un periodo de reajuste neoliberal durante las primeras décadas del XXI. En específico, el Capítulo 1 atiende las primeras etapas de este gran proceso: los orígenes de la seguridad social y los sistemas pioneros en las Américas (entre 1880 y 1940), y el auge de la seguridad social en las Américas y el mundo, entre los años cuarenta y setenta. Asimismo, se enfatiza la relación entre los distintos factores nacionales, regionales e internacionales que influyeron en el desarrollo de la seguridad social en el continente americano: los cambios económicos —sobre todo los procesos de industrialización y las transformaciones sociales que trajeron consigo—, los procesos políticos, la influencia de los organismos internacionales y el desarrollo de los derechos humanos como los conocemos ahora.

En el Capítulo 2 se analiza la tercera etapa de este “largo siglo”: *el giro neoliberal*. En los años ochenta y noventa se redujo el gasto social, se privatizaron total o parcialmente los sistemas de pensiones y se descentralizó la provisión de servicios de salud. Además, se exploran las causas de estas reformas y sus consecuencias, entre ellas la desprotección de importantes grupos sociales y la profundización de las desigualdades en el acceso a las prestaciones. También, en las siguien-

tes dos décadas, se presentan las iniciativas que tomaron algunos gobiernos en el continente para paliar estos resultados negativos: desde revertir las reformas en ciertos casos, hasta el aumento de la cobertura de ciertas prestaciones mediante programas no contributivos y la creación de sistemas duales con resultados inequitativos en la provisión de seguridad social y bienestar, que prevalecen en la actualidad.

En el Capítulo 3 se revisan los sistemas actuales de seguridad social del continente para cumplir con el segundo objetivo: conocer en qué medida los gobiernos satisfacen las necesidades de seguridad social y bienestar de la población. Para ello, se elaboraron índices de las dimensiones de presión, cobertura y eficacia, que en conjunto integran el Índice de Desempeño de los Sistemas de Seguridad Social (IDSSS). Para su aplicación se eligieron 19 países americanos (Argentina, Bolivia, Brasil, Canadá, Chile, Colombia, Costa Rica, República Dominicana, Ecuador, El Salvador, Estados Unidos, Guatemala, Honduras, México, Nicaragua, Panamá, Paraguay, Perú y Uruguay)¹ y dos años específicos (2009 y 2016). Esta selección se relaciona, como se ha advertido, con la disponibilidad de información estadística comparable, pues no se cuenta con datos sobre todos los indicadores ni todos los años. Se optó, pues, por la información disponible más reciente, aunque esto significara una muestra menor de países. Aun así, la metodología utilizada permite identificar tendencias y estratos que agrupan a los países según la cobertura y la eficacia de los sistemas de seguridad social.

Ahora bien, la falta de estadísticas comparables para el análisis cuantitativo fue notoria en el Caribe, en especial el anglófono. Por esta razón, el Capítulo 4 es un estudio de caso especial para analizar los países que conforman la Comunidad del Caribe (Caricom), el cual busca responder en

qué medida y de qué manera sus gobiernos han satisfecho las necesidades de seguridad social y bienestar de sus poblaciones, ya sea mediante políticas nacionales o cooperación regional.

Los siguientes capítulos son estudios de caso seleccionados a partir de los resultados arrojados por los índices elaborados para este Informe, que tienen especial relevancia para entender cómo los gobiernos americanos han buscado proveer seguridad social y bienestar a la ciudadanía, y qué tan efectivos han sido sus esfuerzos. Así, el Capítulo 5 estudia el caso de Uruguay, uno de los países pioneros en la fundación de los sistemas de seguridad social en el continente. Desde etapas tempranas desarrolló un amplio entramado de instituciones previsionales y fue el primer país de América en establecer una pensión no contributiva. Al finalizar un breve periodo de neoliberalización, se reforzó la participación estatal en la provisión de bienestar a inicios del XXI, particularmente con la creación del Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS), la ampliación de la extensión y el nivel de la cobertura, así como la creación de nuevos beneficios —prestaciones por paternidad o por cuidados parentales—. A lo largo del capítulo se analiza de qué manera se ha buscado avanzar hacia la universalización de la seguridad social en Uruguay, sus resultados y los retos que persisten.

De manera similar, Chile fue uno de los primeros países en desarrollar un sistema de seguridad social en la región, el cual, desde sus orígenes, ha estado sumamente segmentado y fragmentado, y pese a que sus regímenes de pensiones y de salud se fundamentan en un enfoque de derechos, también están fuertemente privatizados, por lo que una parte importante de la población no puede gozar de su acceso. Por esto, el Capítulo 6 explica el sistema actual, su historia y sus resultados, para comprender mejor el momento que Chile atraviesa hoy en día y entender algunas

¹ No todos los países incluidos pertenecen a la CISS (Estados Unidos, Colombia y Bolivia); sin embargo, se incluyeron con el objetivo de tener una aproximación general a la situación de la presión, la cobertura y la eficacia de los sistemas de seguridad social en el continente.

de las demandas, vinculadas a la seguridad social, que están detrás de los recientes procesos sociales en ese país.

El Capítulo 7 atiende el caso de República Dominicana. El análisis histórico detalla la evolución del sistema, desde su creación durante la dictadura del general Trujillo y posterior reforma en el periodo neoliberal, hasta su refundación en la primera década del siglo XXI. De esta manera, se explica el origen del sistema actual y se estudian sus resultados. Sus últimas reformas, basadas en un enfoque de derechos, pretendieron ampliar la cobertura y las prestaciones mediante la creación de un sistema con pilares contributivo, subsidiado y contributivo-subsidiado. Sin embargo, la implementación desde entonces ha sido limitada, por lo que aún queda un camino largo por recorrer.

El Capítulo 8 presenta el caso de Nicaragua y la manera en la que los intereses de fuerzas políticas nacionales e internacionales determinaron la creación y las futuras características de su sistema de seguridad social a mediados del siglo XX. La organización de este sistema, en particular en el ámbito de los servicios de salud, ha sufrido transformaciones importantes en Nicaragua con los cambios de gobierno desde los ochenta hasta la fecha. La política interna ha sido determinante en la expansión o la retracción del papel del Estado en la provisión de bienestar y la ampliación de la cobertura. En el capítulo se hace un recuento de cómo esta historia explica en buena medida los retos y las complicaciones que enfrenta la seguridad social en ese país.

Finalmente, se presentan los principales descubrimientos de los capítulos y las conclusiones generales.

Cabe mencionar que, para la realización de este Informe, fue fundamental el reconocimiento de que la seguridad social es un derecho humano y, además, un mecanismo que abona al bien-

estar de la población. A continuación, se plantea la concepción de seguridad social que se tiene en la CISS y se aborda la relación entre ésta y el bienestar que, como se observa a lo largo del documento, depende en buena medida de la capacidad de protección que la primera brinde a la población ante los riesgos sociales; por lo tanto, también se explica brevemente qué son éstos y cuál ha sido su evolución durante el largo siglo XX de la seguridad social.

La seguridad social desde la CISS

En la CISS se entiende a la seguridad social como:

un derecho humano que tiene como objetivo contribuir al bienestar personal y social, y que comprende un conjunto de transferencias y servicios de carácter solidario y público, cuya responsabilidad fundamental recae en el Estado, y que buscan proteger a los individuos y las colectividades ante riesgos sociales, que reducen la vulnerabilidad social y promueven la recuperación ante las consecuencias de un riesgo social materializado, dignificando así las distintas etapas de la vida, y promoviendo la inclusión y el reconocimiento de la diversidad social.²

Se observa que la principal característica de la seguridad social es su reconocimiento como derecho humano. Esto tiene implicaciones importantes. En primer lugar, que se deben buscar los mecanismos que permitan extender su disfrute a todas las personas. Es decir, es un derecho inalienable y universal, y no únicamente una prestación para las personas que han tenido la oportunidad de acceder a un empleo formal. En segundo lugar, que la responsabilidad de garantizar estas condiciones es fundamentalmente del Estado. Esto, en algunos contextos, entra en

² Mariela Sánchez-Belmont, Miguel Ángel Ramírez y Frida Romero, *Propuesta conceptual para el análisis de la seguridad social desde la CISS*, CISS, Ciudad de México, 2019.

contradicción con la decisión de algunos gobiernos de delegar la provisión de servicios sociales a entidades privadas, con lo cual, en muchos casos, se desvanece el objetivo de protección ante riesgos sociales y se adopta la lógica privada de generar ganancias. En tercer lugar, el diseño de políticas de seguridad social debe realizarse con un enfoque de derechos. Esto supone que la aspiración universalista de su acceso es la base ética a partir de la cual han de crearse tales iniciativas, en el entendido de que debe atender a todas las personas sin discriminación por ningún motivo, con respeto a los principios de progresividad y no regresividad. Además, una de las ideas fundamentales de este enfoque es que los derechos sociales, políticos y civiles son interdependientes e indivisibles. De manera similar, en la CISS se considera que las distintas prestaciones que se incluyen en la seguridad social son complementarias e interdependientes, pues juntas generan condiciones que contribuyen en algunas de las distintas esferas que componen el bienestar de la población.

Por lo tanto, se reconoce que la finalidad última de la seguridad social debe ser el bienestar individual y colectivo. Esto significa que las transferencias y los servicios que la conforman deben proteger ante riesgos sociales y promover la recuperación ante los que se hayan concretado, para generar condiciones materiales que permitan el libre desarrollo de las personas y las sociedades, y contribuyan a lograr una vida con felicidad y dignidad en todas sus etapas, desde la infancia hasta la vejez. Para ello, es fundamental que la seguridad social determine y atienda de manera adecuada dichos riesgos.

Los riesgos sociales

A lo largo del informe, la seguridad social se entiende como una de las políticas sociales más importantes que, de acuerdo con los trabajos de Gøsta Esping-Andersen, se encarga principalmente de la administración pública del riesgo social.³ Un ejemplo común de este tipo de riesgos es la falta de ingresos si se pierde la capacidad de trabajar, ya sea por vejez, discapacidad, enfermedad o maternidad. También se pueden relacionar con la necesidad de acceso a servicios y a condiciones básicas para el pleno desarrollo de las personas, como la salud y la vivienda. Los riesgos sociales son contingentes y, en algunas ocasiones, impredecibles. Es decir, no necesariamente todas las personas verán algunos de estos riesgos materializarse y, en esos casos, no siempre es posible determinar cuándo sucederán. Además, los riesgos sociales no se distribuyen de manera aleatoria en las sociedades, y es más probable que afecten a ciertos grupos; esto depende de condiciones construidas socialmente como el género, la pertenencia a un grupo étnico, la condición laboral, el grupo etario o la clase social.⁴

Los riesgos sociales cambian según la etapa del ciclo de vida de las personas: los que enfrentan en sus primeras etapas de vida son muy diferentes de los que tienen en su edad productiva o cuando son adultas mayores. Desde el planteamiento teórico del ciclo de vida, los riesgos sociales se originan en la desafiliación de las personas a instituciones que les daban regularmente cierta seguridad⁵ y bienestar. Uno de los ejemplos más claros es la desvinculación del mercado laboral, y, en algunas ocasiones, de la familia y otros grupos sociales, que enfrentan los adultos mayores. Esto los expone al riesgo social de empobrecimiento

³ Gøsta Esping-Andersen, *Social Foundations of Postindustrial Economies*, Oxford University Press, Oxford, 1999, p. 36.

⁴ Esping-Andersen, *op. cit.*; Simone Cecchini *et al.*, "Derecho y ciclo de vida: reordenando los instrumentos de protección social", en S. Cecchini *et al.* (eds.), *Instrumentos de protección social: caminos latinoamericanos hacia la universalización*, CEPAL, Santiago de Chile, 2015.

⁵ Fiorella Mancini, "Sociology and Risk: A Link in Permanent (Re) Construction", en Martyn Chamberlain (ed.), *Medicine, Risk, Discourse and Power*, Routledge, Nueva York, 2016.

—debido a que dejan de recibir un ingreso— o a la insuficiencia de servicios de cuidado.

Además, los riesgos sociales son históricos y dinámicos, puesto que cambian conforme lo hacen las sociedades, su política y su economía. El origen de los riesgos sociales de los países de ingreso alto y medio a lo largo del siglo XX, por ejemplo, se puede rastrear hasta la instauración del proceso de industrialización y del modo de producción capitalista. Como se detalla en el Capítulo 1 de este informe, estos cambios en los modelos de producción significaron, para poblaciones crecientes de las poblaciones, una mayor dependencia del salario para poder satisfacer sus necesidades básicas. Mudarse de las zonas rurales a las ciudades también implicó abandonar redes de cuidado y protección familiares y comunitarias. Por lo tanto, eventos o condiciones que imposibilitaran realizar actividades laborales —como enfermedades o accidentes de trabajo, vejez o discapacidades de largo plazo o permanentes— ponían a las personas asalariadas en riesgo de pobreza. Como se ahonda en el Informe, fue hasta finales del siglo XIX y principios del siglo XX que los Estados comenzaron a instrumentar políticas para proteger a las personas ante los riesgos sociales de una economía industrial.

Asimismo, estos riesgos se relacionan con las características de la sociedad a través del tiempo: sus tasas de natalidad, expectativa de vida, composición de la fuerza laboral o estructura familiar. A lo largo de la primera mitad del siglo XX, conforme crecían las sociedades industriales, la fuerza laboral se componía principalmente por hombres ocupados por periodos prolongados y bajas tasas de desempleo. Esto significó que los primeros sistemas de seguridad social americanos, creados en esa época, se fundaron bajo el entendido de que atenderían a trabajadores en empleos forma-

les, de tiempo completo y relativamente estables. Además, en estos tiempos, se consideraron en pocas ocasiones las necesidades particulares de las mujeres —como servicios de cuidado infantil o prestaciones por maternidad—. Esto es porque la mayoría de las mujeres se dedicaban por completo al trabajo no remunerado en el hogar. En esta época, debido a las tasas altas de natalidad, los sistemas de seguridad social podían construirse suponiendo que las personas activas jóvenes eran capaces de sostener con sus contribuciones a las personas jubiladas. En estas condiciones, los principales riesgos sociales eran el empobrecimiento de las familias numerosas y la pérdida de ingresos por accidentes de trabajo, enfermedades, desempleo o vejez, a los que la literatura especializada contemporánea denomina *viejos riesgos sociales*.⁶

Los riesgos sociales se transformaron en las últimas décadas del siglo XX, dando paso a los llamados *nuevos riesgos sociales*.⁷ Éstos se relacionan con los nuevos modelos económicos y sociales. Por un lado, se modificó el mercado de trabajo en muchos países del continente, caracterizado por la desindustrialización y la creación de empleos en sectores como los servicios y la tecnología, la flexibilización de muchos empleos, un incremento en el nivel educativo de las personas trabajadoras y la incorporación masiva de las mujeres. La estructura familiar también se modificó, pues eran menos los hogares en los que las mujeres se dedicaban exclusivamente a las labores domésticas, ya que esas actividades se delegaron o, con frecuencia, las mujeres enfrentaron una doble carga de trabajo. Además, aumentó de manera considerable el número de hogares monoparentales —normalmente a cargo de mujeres— y disminuyeron las tasas de fecundidad. A los grupos más vulnerables de caer en pobreza ahora se suma la población juvenil e infantil. El crecimiento

⁶ Véanse Gøsta Esping-Andersen, *Social Foundations...*, *op. cit.*; Ann Zimmermann, "Social Vulnerability as an Analytical Perspective", *Population Europe Discussion Papers*, núm. 4, 2017.

⁷ *Idem*.

económico ya no está aparejado a los niveles de empleo, por lo que es difícil integrar al mercado laboral a las personas jóvenes y pueden pasar periodos prolongados sin trabajo o en empleos mal remunerados. Esto, a su vez, dificulta la formación de nuevas familias e impone restricciones a los niveles de fecundidad, o bien, aumenta las probabilidades de que niñas y niños sufran carencias.

Así, los nuevos riesgos sociales implican la necesidad de considerar nuevas prestaciones, como cobertura por maternidad y paternidad, servicios de cuidado, beneficios familiares o seguridad ante el desempleo, una materia en la que la mayoría de los países del continente están rezagados. Esto con miras a atender no sólo los cambios económicos y sociales, sino de cumplir el objetivo de dignificar todas las etapas del ciclo de vida. Además, los sistemas de seguridad social deben contemplar estas nuevas estructuras para asegurar la sostenibilidad de los sistemas, pues no sólo se estancó el crecimiento del empleo formal y de tiempo completo —y con ello, el número de contribuyentes—, sino que los nuevos mercados laborales han generado empleos precarios e inestables que dificultan la incorporación a los sistemas contributivos. Lo anterior, sumado al aumento de la expectativa de vida y la disminución de la fecundidad, amenaza las finanzas de muchas instituciones de seguridad social hoy en día.

En este Informe se detalla cómo los países han intentado lidiar con estas complejidades. Por ejemplo, algunos han creado mecanismos de incorporación de grupos tradicionalmente excluidos de la seguridad social, y en muchos casos se han establecido sistemas paralelos que otorgan beneficios no contributivos de manera universal o focalizada. Estos cambios son el resultado de procesos que se dieron a la par de las transformaciones en el mercado laboral: la neoliberalización de la economía y de las políticas sociales.

A finales del siglo pasado, muchos países americanos emprendieron reformas a su seguridad social que buscaban, en teoría, reducir cargas

fiscales insostenibles a la vez que se mejoraba la eficiencia de los servicios al delegarlos, en parte o por completo, al sector privado. Esto significó, por ejemplo, la privatización de ciertos sistemas de pensiones y la eliminación o la reducción de otras prestaciones, como los beneficios familiares. No obstante, las reformas no dieron los resultados esperados y, a inicios del siglo XXI, muchos comenzaron a revertirlas o crearon programas que mitigaran las consecuencias negativas, con el objetivo de mejorar las condiciones de vida de las poblaciones y retomar la conducción estatal de la política social, influidos por la promoción y consolidación internacional de un enfoque de derechos. Así, aunque subsisten muchos problemas que requieren atención urgente, es de reconocerse que en las Américas se ha avanzado en el camino para concebir a la seguridad social y sus prestaciones no sólo como un derecho de las personas trabajadoras, sino como un derecho humano.

El año 2020: un punto de quiebre

Los sistemas de seguridad social que se estudian en el ISSBA se han construido y modificado según los viejos y, en ocasiones, nuevos riesgos sociales, buscando adaptarse a las necesidades de la población. Sin embargo, este 2020 es un momento propicio para impulsar la necesaria y urgente reflexión sobre la cobertura de protección y recuperación ante riesgos sociales que debe tener la seguridad social del siglo XXI. Actualmente, es innegable que entre las consecuencias del modelo de producción capitalista se cuenta la destrucción del equilibrio ecológico, lo que ha significado la contaminación de tierras y cuerpos de agua, además de incrementar las temperaturas globales. Las sociedades están expuestas a eventos meteorológicos y climáticos extremos, enfermedades infecciosas emergentes y fenómenos peligrosos derivados de la actividad humana que también impactan el bienestar, sobre todo en el

ámbito colectivo. Es decir, el riesgo de desastres, directamente asociado a la amenaza y la vulnerabilidad, es una tipología de los riesgos sociales que se expresa en contingencias socioambientales y que pueden resultar en insuficiencia alimentaria, afectaciones a la vivienda y la salud de la población, o la pérdida de fuentes de ingreso de sectores importantes por periodos prolongados. Estos riesgos sociales, como los anteriores, afectarán de manera desproporcionada a las personas en situaciones sociales y económicas vulnerables, pertenecientes a grupos comúnmente excluidos del goce de la seguridad social.

La actual emergencia sanitaria por el virus SARS-CoV-2 es un ejemplo de un evento impredecible, de gran escala —en parte resultado de la actividad humana—, que ha puesto de relieve no sólo la necesidad de sistemas sanitarios de cobertura amplia y acceso universal, sino también la importancia de proteger a las personas ante la posibilidad de perder su ingreso mediante, por ejemplo, seguros de desempleo y prestaciones por enfermedad, o incluso introduciendo una renta básica universal, posibilidad que ha sido puesta a debate en los últimos años. Además, la pandemia no es *únicamente* una catástrofe sanitaria, sino que ha provocado una crisis económica y social que ha sido comparada

con las más graves que se vivieron en el siglo XX, como la gran depresión y el periodo de posguerra. Como se detalla en los primeros capítulos del ISSBA, las crisis globales han determinado también el rumbo de la seguridad social.

Por lo tanto, los reajustes necesarios para superar los problemas actuales podrían trastocar los sistemas, como ocurrió en aquellas ocasiones. Sin embargo, aún no está claro cuáles serían estos cambios. Mientras que la crisis de los treinta y la Segunda Guerra Mundial resultaron en la expansión de la cobertura y las prestaciones, las crisis de los ochenta significaron reducciones y privatizaciones en muchos países. El 2020 podría significar un punto de quiebre para la seguridad social y el final de su largo siglo XX. El rumbo que tome en los siguientes años será determinado en estos momentos, y es esencial la participación de amplios sectores de la población en el proceso, especialmente de los jóvenes, para quienes las reformas tendrán consecuencias tanto en lo inmediato como en el largo plazo. Para una planeación efectiva y estratégica, es fundamental un mejor conocimiento de las condiciones actuales, los logros obtenidos y los retos por superar. El ISSBA busca ser una herramienta que aporte a tal causa.

Capítulo 1

El largo siglo de la seguridad social:
orígenes, auge y contradicciones





El siglo XX fue, sin duda, el más importante para los sistemas de seguridad social en el mundo. Sin embargo, emulando los siglos de heterodoxa duración del historiador Eric Hobsbawm,¹ para la seguridad social en el continente americano se puede identificar un largo siglo XX, que comienza con la promulgación de las primeras leyes para la protección de categorías especiales de trabajadores frente a accidentes laborales y la provisión de pensiones por vejez en países como Chile, Cuba y Uruguay,² y termina con las reformas de la primera década del siglo XXI. Este informe tiene como objetivo comprender la situación de la seguridad social en el continente americano, con miras a promover un futuro de mayor bienestar para su población. Para comprender esta actualidad, es fundamental entender cómo surgieron estos sistemas y el porqué de sus características actuales. Con esto en mente, en el Informe de Seguridad Social y Bienestar en las Américas (ISSBA) se distinguen tres etapas en este largo siglo XX. La primera es la de los antecedentes y los sistemas pioneros entre finales del siglo XIX y principios del XX. La segunda es en la que se observa un auge de la seguridad social en América, se extiende en-

tre la década de 1940 y la de 1970. La tercera sería la contemporánea, que comienza con las reformas neoliberales entre finales de la década de 1970 y la de 1990. Esta última época, que se extiende hasta nuestros días, ha sufrido transformaciones y los procesos han sido diferentes en cada país. Esta división se inspira en las periodizaciones que han establecido estudiosos del tema, en especial para la región de América Latina y el Caribe, y ocasionalmente también para todo el continente,³ aunque no coincide exactamente con ellas. Esto se debe, por una parte, a que esos análisis se realizaron hace algunas décadas, y ahora se pueden identificar tendencias más amplias y nuevas etapas. Por otra parte, es difícil coincidir en las fechas exactas de principio y fin de cada etapa, pues en este informe se busca vincular el surgimiento de la seguridad social americana con las tendencias económicas y políticas continentales y globales. Los primeros dos periodos, que sientan las bases históricas de los sistemas de seguridad del presente, se analizan en este capítulo. El tercero se explica mejor en los capítulos siguientes, tanto en su generalidad como en algunos países específicos (los seleccionados como casos de análisis cualitativo).

¹ Eric Hobsbawm (1917-2012), historiador británico, identificaba como el "largo siglo XIX" al periodo entre 1789 y 1914, es decir, entre la Revolución francesa y la Primera Guerra Mundial. Este periodo, a su vez, lo subdivide en tres "eras": 1) La "era de la revolución" (1789-1848), durante la cual se dan dos importantes cambios sociales, políticos y económicos: la Revolución francesa y la Revolución industrial británica; 2) La "era del capital" (1848-1875), un periodo contrarrevolucionario de reacomodo político y económico liderado por las élites, y 3) la "era del imperio" (1875-1914), que referiría a la expansión imperialista principalmente europea, durante la cual se acentúan las contradicciones y tensiones que llevarían a la Primera Guerra Mundial.

² A nivel mundial, el largo siglo XX inició en la Alemania de Bismarck (1871-1890).

³ Para ese informe, se tomaron como base Carmelo Mesa-Lago, *El desarrollo de la seguridad social en América Latina*, CEPAL, Santiago de Chile, 1985; Organización Internacional del Trabajo (OIT), *La seguridad social en las Américas. Progresos alcanzados y objetivos para el futuro, con especial referencia a América Latina*, Ginebra, 1967; Organización Panamericana de la Salud (OPS) y Organización Mundial de la Salud (OMS), *La seguridad social en los países del área andina*, Washington D. C., 1992.

La esencia de este largo siglo de la seguridad social es una contradicción —todavía no resuelta— entre su reconocimiento como derecho humano y su origen como prestación laboral, lo que en el largo plazo ha implicado la exclusión de porciones importantes de la población, fragmentación institucional y diferencias en la extensión y nivel de cobertura de las prestaciones. En este capítulo se analizan, con una perspectiva histórica, la fundación de los sistemas de seguridad social en las Américas, su sesgo en favor de los trabajadores industriales y la población urbana, y los procesos históricos que condujeron a que se reconociera como un derecho al que cualquier persona debe tener acceso independientemente de su condición laboral, edad, sexo, nivel de ingreso o lugar de residencia.

Como se explica en los siguientes dos apartados (uno para la etapa de antecedentes y primeras legislaciones, y otro para la época de auge), la relación entre el acceso a la seguridad social y la condición laboral se debe tanto a la influencia de procesos económicos, políticos y sociales, como a la de procesos internacionales y organismos multilaterales. En particular, se argumenta que los sistemas de seguridad social surgieron para proteger a ciertos grupos poblacionales, en especial a trabajadores urbanos y del sector formal, ante los riesgos sociales propios de las economías industriales y de las que están en proceso de industrialización, pero esto dista de ser racional e intencional, ya que respondió a necesidades particulares para dar viabilidad y estabilidad a proyectos, regímenes políticos y modelos de desarrollo históricamente situados. Así pues, en el origen y desarrollo de los sistemas influyeron la estructura productiva, laboral y de las organizaciones de trabajadores, las características de los regímenes políticos, las instituciones estatales y los funcionarios públicos, así como factores de orden internacional, como los organismos internacionales de cooperación o los procesos de difusión y aprendizaje de políticas.

En tanto, el reconocimiento de la seguridad social como derecho humano fue un proceso que se desarrolló principalmente en el ámbito de las relaciones internacionales y que supuso la intervención tanto de gobiernos nacionales como de organismos multilaterales. Así, en el periodo de auge de la seguridad social, que va aproximadamente de la década de 1940 a la de 1970, se consagró este derecho en los principales instrumentos jurídicos internacionales en materia de derechos humanos, como la Declaración Universal de los Derechos Humanos (DUDH) de 1948 o el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de 1966. Además, la Organización Internacional del Trabajo (OIT) fue pionera al incorporarla en la Declaración de Filadelfia, de 1944, y al darle contenido normativo mediante diversos convenios, en particular el 102, publicado en 1952, el cual se considera la norma mínima sobre seguridad social.

“ La esencia de este largo siglo de la seguridad social es una contradicción —todavía no resuelta— entre su reconocimiento como derecho humano y su origen como prestación laboral, lo que en el largo plazo ha implicado la exclusión de porciones importantes de la población, fragmentación institucional y diferencias en la extensión y nivel de cobertura de las prestaciones. ”

Así pues, aunque internacionalmente se reconocía que las personas deberían acceder en igualdad de condiciones a las prestaciones de la seguridad social, las inequidades en la garantía de este derecho son notables. Por un lado, en la mayoría de los países del continente sólo las personas que tenían un empleo formal podían acceder a los sistemas, lo que implicó la exclusión de sectores mayoritarios de la población en países con alta presencia de población rural y de actividades económicas en el sector informal de la economía y, por otro lado, había un acceso desigual para las personas que sí tenían cobertura, pues ésta solía estar altamente fragmentada, dado que se desarrollaron esquemas especiales para diferentes tipos de trabajadores, con mayores niveles de prestaciones para sectores estratégicos de la economía, funcionarios públicos y fuerzas armadas.

Para comprender este desarrollo histórico, se consideran distintas perspectivas teóricas que buscan explicar el surgimiento de la seguridad social. Gøsta Esping-Andersen y Walter Korpi, por ejemplo, resaltan los cambios políticos e institucionales desde mediados del siglo XX como consecuencia del poder que alcanzaron algunos sindicatos y la organización obrera.⁴ Exponentes de la teoría de la modernización, o

funcionalistas, centran su atención en procesos económicos como la industrialización y sus consecuentes cambios sociales.⁵ Otros consideran que la difusión de ideas entre países en una región, las instituciones y los sistemas de gobierno, o la competencia electoral, son elementos que explican mejor los cambios en la materia. En este informe se considera que dichas perspectivas son complementarias, más que excluyentes. Se reconoce que los cambios económicos —como la industrialización y el auge del modelo capitalista—, sociales —como la configuración de los problemas y riesgos que debe atender el Estado—, demográficos —como el envejecimiento poblacional— y políticos —como la organización obrera, las revoluciones y los intereses gubernamentales, por nombrar sólo algunos— están estrechamente vinculados. Se observa también que estos factores son más o menos relevantes en distintas etapas. Además, se busca incluir como elemento explicativo el auge de la colaboración internacional y de las perspectivas de derechos humanos, que trascendieron fronteras durante el siglo XX. En las siguientes secciones se analizan estos factores, primero desde una perspectiva mundial, para después referirse al continente americano.

⁴ Véase Gøsta Esping-Andersen, *The Three Worlds of Welfare Capitalism*, Polity Press, Cambridge, 1991; Gøsta Esping-Andersen, *Social Foundations of Postindustrial Economies*, Oxford University Press, Oxford, 1999; y Walter Korpi, "Social policy and distributional conflict in the capitalist democracies. A preliminary comparative framework", *West European Politics*, núm. 3, vol. 3, 1980.

⁵ Harlod Wilensky, *The Welfare State and Equality: Structural and Ideological Roots of Public Expenditure*, University of California Press, Berkley, 1975.



1.1. Antecedentes y primeras legislaciones. De finales del siglo XIX a 1939

1.1.1. Contexto global y teorías explicativas

El desarrollo del sistema capitalista y la posibilidad de su crecimiento exponencial gracias a la industrialización que comenzó en Inglaterra y se aceleró durante el siglo XIX, en Europa, son quizá dos de los factores históricos más relevantes para entender el desarrollo de la seguridad social, en particular por los cambios sociales y derivados del surgimiento de nuevos arreglos laborales. Como señalaba Karl Marx, este sistema de producción requiere una fuerza de trabajo mercantilizada y dependiente del salario, la clase obrera, lo que supone la existencia de dos clases antagónicas: una que cuenta con la propiedad de los medios de producción y otra que no tiene



más que su fuerza de trabajo para vender.⁶ Esta dependencia del salario generó el riesgo latente de no poder cubrir las necesidades básicas si no era posible trabajar en la vejez, por alguna enfermedad, accidente o por el nacimiento de un hijo o una hija. La industrialización también supuso una migración importante del campo a las ciudades, muchas veces para vivir en condiciones de hacinamiento y falta de higiene, lo cual exponía a las familias a enfermedades e incapacidades. Estas características requerían medidas que mitigaran los riesgos a la salud y al ingreso de las personas, así como a la productividad de las fábricas y la estabilidad política. Hacia finales del siglo XIX comenzaron a crearse algunas políticas en este sentido.

El antecedente más importante de la seguridad social como la conocemos ahora se gestó durante el gobierno de Otto von Bismarck en Alemania. Ante una economía europea en caída y tras la experiencia de la Comuna de París,⁷ Bismarck buscaba políticas que restaran votos a un partido socialista que seguía ganando simpatía entre la población,⁸ con la idea de que era necesaria una dosis de socialismo para no tener socialistas.⁹ Así, a partir de la década de 1880 se promulgaron en Alemania una serie de leyes de protección ante

enfermedad, accidentes de trabajo, invalidez y vejez, que crearían el primer sistema de bienestar (*welfare*). Uno de los esfuerzos de mayor trascendencia fue la promulgación de la Ley sobre el Seguro de Enfermedad de 1883. Esta ley fue un hito, pues por primera vez se codificaron los principios básicos de un seguro de este tipo en una sola ley,¹⁰ y asignaba responsabilidades concretas para la protección de los trabajadores, cuotas obrero-patronales y montos claros de prestaciones. El Estado revisaba que los empleados estuvieran inscritos en los sistemas y amenazaba con multas a empleadores que fallaran en esta responsabilidad. A dicha ley le siguieron otras de igual importancia, por ejemplo, las referentes a los accidentes de trabajo (1884), la invalidez (1889) y el seguro de desempleo (1927). En 1889 se promulgó una ley que creó un sistema obligatorio de pensiones por vejez. La garantía jurídica de los esquemas de protección, sumada a la supervisión del Estado, dio como resultado importantes mejoras en la salud de la población¹¹ y sentó las bases de muchos de los sistemas de seguridad social que se crearían en las décadas siguientes alrededor del mundo.

Como se observa en la Gráfica 1,¹² desde los años 1880 surgen las primeras leyes de seguridad

⁶ Karl Marx, *El capital: crítica de la economía política*, Siglo XXI Editores, México, 2009.

⁷ La llamada "Comuna de París" fue un movimiento —con una importante participación de mujeres— y gobierno popular en París, Francia, entre el 18 de marzo y el 28 de mayo de 1871, en el marco de la derrota francesa en la Guerra franco-prusiana (1870-1871). En términos ideológicos no había una sola tesis, con algunos grupos jacobinos, otros socialistas y algunos anarquistas o republicanos. En la práctica, las medidas tomadas prontamente por el gobierno de la Comuna buscaron mejorar las condiciones de vida y de trabajo de la clase trabajadora y las mujeres de París. A pesar de haber durado menos de 100 días —fue abolida por las tropas de Versalles en pocos, pero sangrientos días—, la Comuna tuvo importantes consecuencias en la mejora de la vida de la clase trabajadora. Como ejemplos, la abolición del trabajo de panaderos por las noches para servir pan caliente a la clase adinerada, el establecimiento de guarderías para mujeres trabajadoras y que París tuviera un alcalde electo. La brutal reacción de las tropas francesas señala el miedo a insurrecciones populares semejantes, un miedo compartido por otros gobiernos en el continente.

⁸ Lorraine Boissoneault, "Bismarck Tried to end Socialism's Grip-By Offering Government Healthcare", *Smithsonian Magazine*, 14 de julio de 2017.

⁹ Alfredo Sánchez-Castañeda, *La seguridad y la protección social en México. Su necesaria reorganización*, UNAM, Ciudad de México, 2012, p. 6.

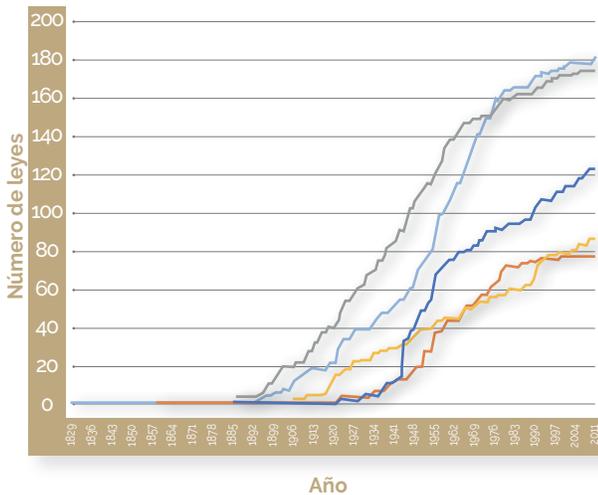
¹⁰ *Idem*.

¹¹ Como una disminución en la mortalidad entre la clase trabajadora en casi un 9 % entre 1884 y el final del siglo XIX, en particular por enfermedades infecciosas. Véase Boissoneault, *op. cit.*

¹² Para la elaboración de las gráficas 1, 2 y 3, se consultó una base de datos que retoma información de International Social Security Association (ISSA), "Country Profiles-Country Comparison". Disponible en https://docs.google.com/spreadsheets/d/e/2PACX-1vRZdC_sf9qBk1TpdDwxj6a2YuiHogoVUTeONuK37F9NvJZygnpSbc5vFYkpkFeRMaeaWdlH2Zxng75h/pub?oupt=csv

social, y hay un crecimiento exponencial a partir de 1900. Sin embargo, el crecimiento no fue simultáneo en todas las regiones. En las gráficas 2 y 3 podemos ver que la mayoría de las legislaciones de la primera mitad del siglo XX se dieron en el continente europeo. En el caso de América, aunque el auge es después de 1940, hay importantes antecedentes desde el siglo XIX y durante las primeras décadas del XX, cuando un grupo de países "pioneros" comenzaron a poner en marcha legislaciones relacionadas con la seguridad social, sobre todo en pensiones y accidentes de trabajo. Además de estar limitadas a una prestación, estas leyes estaban pensadas sólo para ciertos grupos, dentro de ellos los militares o algunos servidores públicos. Sin embargo, como se detallará más adelante, algunos países comenzaron a formar sistemas de seguridad social más comprensivos, incluso desde principios del siglo XX.

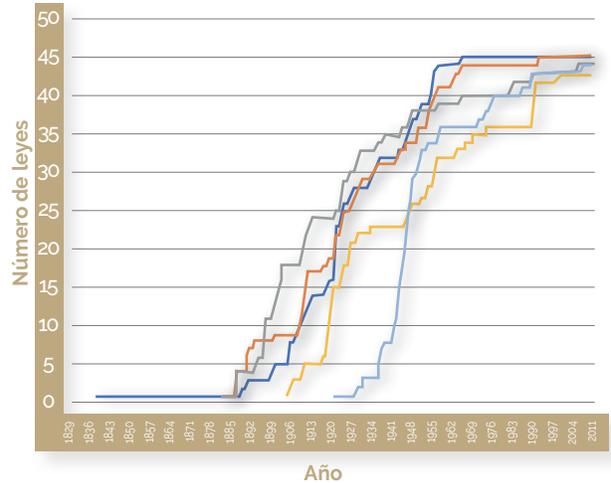
Gráfica 1. Año de promulgación de las primeras leyes de prestaciones de seguridad social en el mundo, 1829-2011



Fuente: Elaboración propia con información de International Social Security Association (ISSA), "Country Profiles-Country Comparison". Disponible en <https://ww1.issa.int/country-profiles/comparison>

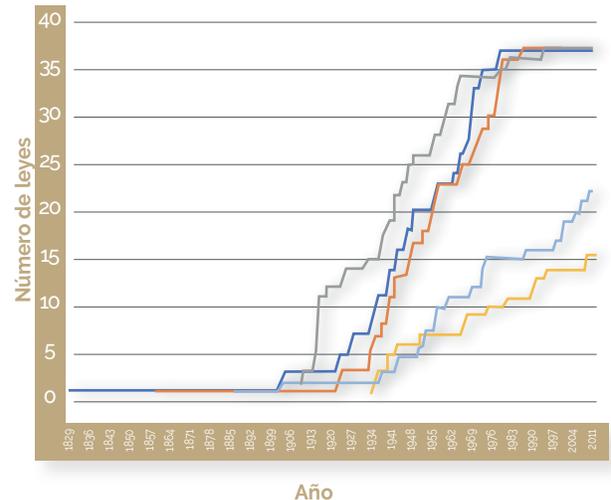
- Vejez, discapacidad y muerte
- Accidentes de trabajo
- Familiares

Gráfica 2. Año de promulgación de las primeras leyes de prestaciones de seguridad social en Europa, 1829-2011



Fuente: Elaboración propia con información de International Social Security Association (ISSA), "Country Profiles-Country Comparison". Disponible en <https://ww1.issa.int/country-profiles/comparison>

Gráfica 3. Año de promulgación de las primeras leyes de prestaciones de seguridad social en América, 1829-2011



Fuente: Elaboración propia con información de International Social Security Association (ISSA), "Country Profiles-Country Comparison". Disponible en <https://ww1.issa.int/country-profiles/comparison>

- Enfermedad y maternidad
- Desempleo

“ Los Estados instrumentan un conjunto de políticas para atender a sus poblaciones ante las demandas vinculadas a los riesgos sociales generados por la dependencia al salario. ”

Existen varias teorías que explican la creación de las leyes de seguridad social. Considerando los riesgos y las transformaciones sociales que surgieron de la industrialización, los primeros planteamientos teóricos identificaron este proceso como la principal causa del origen y desarrollo de la provisión estatal de bienestar. De acuerdo con esta corriente, las características económicas y demográficas son las principales variables explicativas. Los Estados instrumentan un conjunto de políticas para atender a sus poblaciones ante las demandas vinculadas a los riesgos sociales generados por la dependencia al salario. Entre los principales se encuentra el llegar a una edad en la cual no sea posible seguir trabajando para ganar un salario. Las demandas, a su vez, requieren condiciones económicas que permitan a los Estados tener recursos monetarios suficientes para proveer de transferencias y servicios a amplios y

crecientes conjuntos poblacionales. En este sentido, Harold Wilensky afirmó que el desarrollo económico y el envejecimiento poblacional eran las principales causas del crecimiento del Estado de bienestar.¹³ Otra postura, que también otorga centralidad a los modelos económicos, es la que se basa en planteamientos neomarxistas, y considera al Estado de bienestar como un mecanismo para conciliar las contradicciones inherentes al capitalismo industrial, ya que da legitimidad a un orden político, social y económico injusto mediante la provisión de servicios y transferencias sociales a la clase obrera, pero sin modificar sustancialmente el modo de producción ni la distribución de los recursos económicos.¹⁴ Esta interpretación se asemeja a la lógica de la industrialización en tanto que atribuye al desarrollo del modelo de producción capitalista el origen y crecimiento del Estado de bienestar y sus políticas sociales.

¹³ Wilensky, Harold, *op. cit.* Otro de los autores vinculados a esta corriente es Frederic Pryor, véase Frederic Pryor, *Public Expenditures in Communist and Capitalist Nations*, George Allen and Unwin Ltd, Londres, 1968.

¹⁴ Véanse Claus Offe, "Some Contradictions of the Modern Welfare State", *Critical Social Policy*, núm. 2, 1982, pp. 7-16; James O'Connor, "The Fiscal Crisis of the Welfare State", en Christopher Pierson y Francis G. Castles, *The Welfare State Reader*, Polity Press, Cambridge, 2006.



Algunas investigaciones posteriores consideraron que este tipo de aproximaciones eran muy generales y no permitían explicar las diferencias en el desarrollo de políticas como la seguridad social en distintos países,¹⁵ por lo que incorporaron al análisis factores políticos. Además, trataron de matizar la importancia de las grandes estructuras y fuerzas impersonales que dominaron a la corriente de la lógica de la industrialización. Así, surgieron planteamientos que buscaban identificar a *agentes* particulares que impulsaron el crecimiento de las políticas sociales.

Un ejemplo es la propuesta conceptual denominada *recursos de poder*, la cual identifica a la clase obrera como el principal *agente* en la construcción de

los Estados de bienestar en los países de desarrollo temprano, debido a su participación en una *lucha de clases democrática*, es decir, la promoción de sus intereses mediante las vías institucionales de la democracia electoral. En esta lucha, según Walter Korpi,¹⁶ el principal recurso de poder de la clase obrera son las organizaciones que le permiten coordinarse y movilizarse para promover los intereses de los trabajadores. El tamaño de la clase obrera y las características de sus organizaciones, sin embargo, no son suficientes para explicar las variaciones en el desarrollo del Estado de bienestar. Korpi argumenta que para el caso europeo debe tomarse en cuenta la creciente movilización de las clases obreras que

consiguieron, en algunos casos, la representación en el gobierno o el control de éste. Así pues, es necesario que estas organizaciones se articulen con partidos políticos que participen en las elecciones y ganen influencia en el gobierno, particularmente en los sistemas parlamentarios, así como forjar coaliciones entre distintas clases socioeconómicas para conseguir que las demandas de protección ante riesgos sociales obtengan una respuesta gubernamental. Gøsta Esping-Andersen, un destacado representante de esta corriente teórica, ha argumentado que el Estado de bienestar es en sí mismo un recurso de poder a disposición de la clase obrera en su lucha democrática contra la burguesía, dado que reduce

¹⁵ David Collier y Richard Messick, "Prerequisites Versus Diffusion: Testing Alternative Explanations of Social Security Adoption", *The American Political Science Review*, núm. 69, 1975, pp. 1299-1315.

¹⁶ Esta corriente teórica se asocia con los trabajos de Walter Korpi, entre los que destacan Walter Korpi, *op. cit.*, y Walter Korpi, *The Democratic Class Struggle*, Routledge, Londres, 1983.

la dependencia de las personas respecto de su salario.¹⁷ De esta manera, se incrementa su capacidad para movilizarse y desarrollar relaciones de solidaridad que contribuyan en su lucha por mejores condiciones de vida.

Uno de los principales problemas de estas explicaciones es que, como lo ha señalado Theda Skocpol,¹⁸ se basan en la experiencia de países de ingreso alto y, en particular, de la socialdemocracia en los países nórdicos. Skocpol señala que la teoría de los recursos de poder asume una fuerza obrera y de los partidos socialdemócratas que no resultó común fuera de la región escandinava, por lo que es poco útil para entender la historia de la seguridad social en países como Estados Unidos, donde las organizaciones obreras estuvieron lejos de tener una influencia en el gobierno similar a la de las organizaciones europeas. Preocupaciones de este tipo dieron origen a un planteamiento teórico basado en el neoinstitucionalismo, que también analiza a los agentes, pero en interacción con las características de las instituciones que generan oportunidades y los dotan de recursos para avanzar sus intereses. Estas propuestas, basadas en buena medida en la experiencia estadounidense, se explican con mayor detalle más adelante.

Además de la industrialización y los cambios sociales y políticos que significó, otro factor explicativo importante del desarrollo de los sistemas de seguridad social es el avance en las nociones de derechos y su universalidad hacia finales del siglo XIX y principios del XX. Si bien los derechos sociales aún no se entendían como en la actualidad, en el siglo XIX, "desde diferentes sectores surgieron iniciativas que irían cristalizando el respeto por los derechos individuales, indistintamente de la pertenencia nacional, de clase o de situación civil".¹⁹ Es decir, se iba fortaleciendo la noción de que ciertos derechos se deben garantizar a todas las personas. Un parteaguas fue la abolición

de la esclavitud en distintos países. También hubo esfuerzos que buscaban combatir la pobreza, inspirados en la caridad universal, entre los que destacan el movimiento evangélico del Ejército de Salvación en el Reino Unido y el activismo de algunas personas que llevó, incluso, a la creación de instituciones de corte internacional, como es el caso de Florence Nightingale y Henry Dunant, cuyo esfuerzo por mejorar las condiciones de los heridos de guerra dieron como resultado la creación de la Cruz Roja Internacional. Esto fue sentando las bases para el reconocimiento de un conjunto de derechos humanos a mediados del siglo XX, entre los que se encuentra la seguridad social.

Durante las primeras décadas del siglo XX comenzaron a crearse diversos organismos internacionales y regionales que robustecieron las ideas de igualdad e inclusión, así como de colaboración entre naciones para beneficio común de sus poblaciones. En materia de seguridad social, a nivel global, destacan la creación de la OIT en 1919, bajo el auspicio de la Liga de Naciones, y la Conferencia Internacional de Uniones Nacionales de Mutualidades y Cajas de Seguro de Enfermedad —hoy Asociación Internacional de la Seguridad Social (AISS)— en 1927, con apoyo de la OIT. La Conferencia Internacional agrupó mutualidades sociales y cajas de seguros de enfermedad de varios países europeos, a la que después se unirían organizaciones de distintas regiones para coordinar sistemas y compartir información y experiencias.

Aunque los principales avances en seguridad social durante este periodo se dieron en Europa, en América comenzó a gestarse, desde esta época temprana, el origen de sus sistemas de seguridad social actuales. Como se verá en la siguiente sección, los procesos americanos también estuvieron influidos por cambios sociales, económicos y políticos; en algunos casos, ya vinculados a la industrialización, en particular en América del Norte.

¹⁷ Véanse Gøsta Esping-Andersen, *The Three Worlds...*, *op. cit.*, y *Social Foundations...*, *op. cit.*

¹⁸ Theda Skocpol, *Protecting Soldiers and Mothers: The Political Origins of Social Policy in the United States*, The Belknap Press of Harvard University Press, Cambridge, 1995.

¹⁹ Luis Roniger, *Historia mínima de los derechos humanos en América Latina*, El Colegio de México, México, 2018, p. 72.

1.1.2. Los orígenes de la seguridad social en el continente americano

1.1.2.1. Cambios socioeconómicos y procesos políticos

Como en otras partes del mundo, las políticas sociales creadas a lo largo del siglo XX, en particular las relativas a la seguridad social, guardan una estrecha relación con el desarrollo económico en las regiones de las Américas. Hacia finales del siglo XIX y principios del XX, la Revolución Industrial se dio sólo en algunos países —como Estados Unidos, Argentina, Brasil y México—, mientras que los otros consolidaron economías primarias y exportadoras. Estos procesos transformaron las relaciones sociales y laborales de maneras distintas, con clases obreras de creciente poder político en los países del Norte, mientras que en la región latinoamericana éstas tomaron más tiempo en organizarse y robustecerse.

Hacia finales del siglo XIX, el continente americano se conformaba por una mayoría de repúblicas independientes, aunque algunas de ellas aún inestables políticamente tras años de guerras de independencia y conflictos internos. Las últimas décadas de ese siglo estuvieron marcadas por procesos más o menos generalizados de reformas liberales —como la abolición de la esclavitud— y de consolidación del poder de los Estados, muchos de ellos oligárquicos y autoritarios, que velaban por el interés de sus élites, sobre todo en América Latina. El sector terrateniente mantuvo su poder tras las guerras de independencia, pero fue perdiéndolo hacia finales de siglo ante una creciente élite comercial y financiera ligada a capitales extranjeros.²⁰ Las relaciones sociales y económicas de la época independiente en estos

países fueron cimentándose de forma paulatina en el camino hacia la economía capitalista.²¹

Hacia finales del siglo XIX y durante las primeras décadas del XX, la economía de la región latinoamericana se basó principalmente en un modelo de desarrollo primario-exportador. Conforme se consolidaba el proceso de industrialización en Europa y Estados Unidos, aumentó la demanda de materias primas y alimentos provenientes de América Latina. A lo largo del siglo XIX hubo una importante revolución en los transportes tanto terrestres como marítimos, que redujo los costos de producción y distribución y facilitó el comercio internacional. Así, se asienta una división del trabajo ya existente entre los países industrializados, como Inglaterra, Francia, Alemania, Estados Unidos y los países con economías agroextractivas exportadoras, que satisfacen la demanda de materia prima que requiere la industria, como muchos de los países latinoamericanos. Esto significó un crecimiento económico importante en muchos países de nuestro continente. Como señalan Luis Bértola y José Antonio Ocampo,²² este crecimiento tuvo varias causas, entre ellas la estabilidad política de finales de siglo, la mejora en los transportes, un importante flujo de capital extranjero, la inmigración europea y, en menor medida, asiática y la ocupación de partes del territorio no exploradas, la cual permitió una ampliación de la frontera agraria. La economía en algunos países logró diversificarse, sobre todo hacia la manufactura. El crecimiento económico dio pie a una creciente urbanización que permitió desarrollar una mejor infraestructura en transportes, comunicaciones y servicios financieros. Sin embargo, en esta época, América Latina aún era una sociedad principalmente agroexportadora, con una clase obrera muy reducida en comparación con Europa. Cuando hubo políticas sociales, como se detalla más adelante, éstas se dirigieron

²⁰ Halperin, cit. en Luis Bértola y José Antonio Ocampo, *Una historia económica de América Latina desde la independencia. Desarrollo, vaivenes y desigualdad*, Secretaría General Iberoamericana, Madrid, 2010, p. 114.

²¹ Glade, cit. en Bértola y Ocampo, *op. cit.*, p. 114.

²² Bértola y Ocampo, *op. cit.*, pp. 93-94.

“Como en otras partes del mundo, las políticas sociales creadas a lo largo del siglo XX, en particular las relativas a la seguridad social, guardan una estrecha relación con el desarrollo económico en las regiones de las Américas.”

a los grupos de poder más importantes como la milicia, el sector de comunicaciones y transportes y, en pocos casos, de manufacturas además de algunos grupos obreros de otros sectores que lograron organizarse.

En cambio, en Estados Unidos, durante el siglo XIX se aceleró lo que se conoce como la “Revolución Industrial americana”. Con la compra de Luisiana a Francia en 1803, Estados Unidos comenzó un proceso de expansión de su territorio, con el cual obtuvo tierras propicias para la agricultura, la silvicultura y la ganadería para proveerse de materias primas y alimentos, al tiempo que se desarrollaban las industrias, principalmente en la región de Nueva Inglaterra. En esta época llegaron miles de inmigrantes a Estados Unidos, en su mayoría jóvenes en busca de trabajo, lo que aumentó la productividad de la industria. Hasta la década de 1860, además, la economía estadounidense, como la de otros países en éste y otros continentes, se benefició del trabajo esclavo. Con un territorio ampliado y mayor población, se generaron nuevos mercados que requerían me-

joras en los transportes, por lo que se amplió la infraestructura de caminos, ferrocarriles y canales. Inventos como el foco —que facilitó que las fábricas continuaran abiertas durante la noche— y el motor eléctrico, así como el modelo fordista de producción masiva de principios del siglo XX, multiplicaron la producción en pocas décadas. Este importante crecimiento económico también tuvo consecuencias sociales. Como sucedió en Europa, la Revolución Industrial significó un crecimiento de la población urbana y la mercantilización del trabajo, lo que a su vez generó nuevas relaciones sociales entre los trabajadores y los dueños del capital. Las precarias condiciones de vivienda y de trabajo dieron pie al surgimiento de sindicatos obreros cada vez más poderosos, como fueron en su origen el Congress of Industrial Organizations o la United Mine Workers.

También en Canadá creció la industria de manera importante, sobre todo después de la Confederación de las provincias británicas en 1867. Como un ejemplo, el empleo en manufacturas creció casi un 80 % sólo entre 1870 y 1890,²³ y la industria se desarrolló aún más durante las primeras décadas del siglo XX, en buena medida por la expansión de la infraestructura de transportes, en particular la ferroviaria. Sólo en Ontario, entre 1871 y 1911, el número de empleos en la manufactura aumentó a más del doble y los salarios a más del triple. El incremento de los salarios, sin embargo, no fue proporcional a las fuertes inversiones y el retorno de capital que se dieron en la época, lo cual apunta a una explotación de las clases trabajadoras similar a la que ocurría en otros países industrializados y que llevó a la organización obrera.²⁴ Ya desde mediados del siglo XIX, en Canadá se configuraba una conciencia de clase trabajadora en oposición a la clase capitalista.²⁵

²³ Gregory Kealey y Bryan Palmer, *Dreaming of What Might Be. The Knights of Labor in Ontario, 1880-1900*, Cambridge University Press, Cambridge, 1982, p. 29.

²⁴ Kealey y Palmer, *op. cit.*, pp. 30 y ss. Es importante notar que la clase trabajadora, por lo menos en la región de Ontario, contaba ya con una tradición de organización desde inicios del siglo XIX, y se habían formado ya varios sindicatos en distintas partes de Canadá, aunque en esta época no tenían un carácter nacional, como el que fueron desarrollando hacia finales de siglo.

²⁵ La creación de los “Caballeros del Trabajo” (*Knights of Labor*) en 1869, en Filadelfia, dio un gran impulso a la organización obrera en Estados Unidos y en Canadá. La organización buscaba agrupar a todos los trabajadores, independientemente de

El crecimiento económico continental no se acompañó de una reducción proporcional de la desigualdad, incluso en los países industrializados. En Estados Unidos, por ejemplo, hubo diferencias regionales en el crecimiento. La urbanización y el crecimiento industrial se sucedieron principalmente en el noreste y la región centro-oeste, mientras que el sur se relegó incluso desde antes de la guerra civil. A pesar de esfuerzos relativamente exitosos por impulsar las zonas rezagadas, las desigualdades regionales en el crecimiento persistieron y algunas aún existen. A nivel internacional, se profundizaron las brechas de crecimiento y desarrollo, lo que marcó con claridad las diferencias entre los países industrializados y los de economías primarias. Entre estos últimos también hubo desigualdades; como ejemplo, hacia inicios del siglo XX, Argentina y Uruguay tuvieron los ingresos per cápita más altos del mundo.²⁶ Este periodo de bonanza en América se interrumpió con la Gran Depresión²⁷ que siguió a la crisis de 1929. Como lo resume elocuentemente Herrera González:

La crisis de 1929 afectó considerablemente los intereses de las naciones latinoamericanas, pues la excesiva dependencia en el mercado internacional, europeo y estadounidense para comercializar sus materias primas, sumado a su escasa infraestructura productiva, desnudó las viejas ataduras de raigambre colonial que aún se manifestaban a lo largo y ancho del continente. Sus condiciones tradicionales de pobreza y desarraigo se acentuaron entre los años 1930-1940.²⁸

Las economías latinoamericanas llegaron a un punto crítico entre 1932 y 1933, pero lentamente comenzaron a recuperarse en los siguientes años. Si bien el crecimiento fue más notorio en las economías grandes de la región (Argentina, Brasil, México), la mayoría de los Estados latinoamericanos lograron mejorar sus economías hacia finales de la década. Esto se debió en buena medida al fomento de la expansión industrial, en algunos casos mediante la sustitución de importaciones (que se explica más adelante). El contexto global también ayudó. Además de las políticas implementadas en Estados Unidos que reactivaron el consumo, y con ello la demanda de bienes latinoamericanos, los problemas de Europa también tuvieron consecuencias de este lado del Atlántico. Por ejemplo, Alemania aumentó considerablemente su consumo de materias primas. Además, tanto Estados Unidos como Argentina, México y Brasil, se beneficiaron de los flujos de capital e inversión que salían de Europa ante las persecuciones y la inestabilidad política que antecedieron a la Segunda Guerra Mundial.²⁹ Las políticas de fortalecimiento de la industria, adoptadas en América Latina hacia finales de 1930, se examinaban ya no sólo a responder a la crisis, sino a protegerse ante futuras recesiones mundiales y ante la guerra que se fraguaba en Europa. Tuvieron la consecuencia, además, de expandir la clase obrera regional, pero sobre todo de darle fuerza organizativa ante la pauperización provocada por la crisis. De esta manera, América llegó a 1940 con el inicio de un importante proceso de industrialización, urbanización y organización obrera.

su oficio. En Canadá, desempeñaron un papel importante en la política de la época, sobre todo en materia laboral, e incidieron así en el desarrollo de la política económica al reducir los márgenes de plusvalía en algunos sectores (véase Kealey y Palmer, *op. cit.*, para más detalles sobre el papel de los Caballeros en el caso de Ontario).

²⁶ Bértola y Ocampo, *op. cit.*, p. 94.

²⁷ La Gran Depresión es el término que refiere a un periodo de crisis económica con consecuencias globales que comenzó en 1929 en Estados Unidos y duró casi una década. La baja en productividad, la drástica alza en el desempleo y la desestabilización monetaria en muchos países significó una disminución de la calidad de vida de muchas personas.

²⁸ Patricio Herrera González, "Las Conferencias Americanas del Trabajo y el debate sobre las condiciones laborales del proletariado de América Latina, 1936-1946", *Mundos do Trabalho*, núm. 13, vol. 7, 2015, p. 108.

²⁹ Víctor L. Urquidí, *Otro siglo perdido: las políticas de desarrollo en América Latina (1930-2005)*, FCE, Ciudad de México, 2005, pp. 64-90.

1.1.2.2. La influencia de procesos regionales en la promoción de derechos sociales en América

Desde finales del siglo XIX, los gobiernos del continente americano buscaron mecanismos para estrechar lazos y realizar alianzas políticas y económicas frente a la amenaza que percibían de Europa. Las conferencias panamericanas fueron de las iniciativas más exitosas de la época y, entre la primera Conferencia Internacional Americana celebrada en Washington (1889 y 1890) y previo a la Segunda Guerra Mundial, los Estados del continente sostuvieron diversas reuniones en las que se trataron temas tan diversos como comercio, derecho internacional, paquetería postal, monumentos y defensa sanitaria.³⁰ Este panamericanismo era impulsado en gran medida por Estados Unidos, que tenía intereses de expansión y control comercial a lo largo del continente.³¹ Sin embargo, muchas veces estas conferencias sirvieron como espacios de solidaridad entre países de América Latina, pues las políticas intervencionistas estadounidenses también se percibían como una amenaza latente en los países del sur,³² en particular desde la ocupación a Cuba y Puerto Rico (1898) y hasta la implementación de la "política del buen vecino".³³ Cerca de la década de los años treinta, las discusiones en las conferencias no sólo incluían preocupaciones administrativas, comerciales, o de seguridad, sino también ya se discutían temáticas de derechos, la defensa de la igualdad, el principio de no discriminación por raza o religión y el fomento de la paz. Estas postu-

ras promovieron la DUDH y las subsecuentes declaraciones sobre los derechos políticos, sociales, económicos y culturales, como se detallará en apartados posteriores.

Respecto a la colaboración panamericana en materia de seguridad social, Hugo Garciamarín³⁴ destaca la importancia de la VII Conferencia Internacional Panamericana de 1933, en la cual se planteó la creación de un Instituto Interamericano del Trabajo (IIT). El Instituto tendría funciones similares a las de la OIT (la cual aún no tenía un acercamiento real con la región), pero sería controlado por los países americanos, con sede en Buenos Aires, Argentina. Una de sus finalidades era establecer principios relativos a las condiciones de trabajo, incluidos temas de seguridad social como las pensiones por vejez y subsidios por accidentes, enfermedad, invalidez o despidos. Estos temas, como señala Garciamarín, habían sido materia de discusión en conferencias anteriores, pero no habían logrado el impulso que alcanzaron en 1933, en plena recesión mundial. Los mismos documentos de la VII Conferencia hacen hincapié en las condiciones de "desigualdad social, miseria e injusticia económica en los trabajadores de la ciudad y el campo", y la situación de "estancamiento" entre las poblaciones indígenas.³⁵ Aunque la iniciativa del IIT no prosperó, los ánimos de colaboración en la materia se reflejaron en las conferencias regionales americanas impulsadas por la OIT unos años después, en parte como esfuerzos de la Organización por frenar la creación de un instituto que le restaría relevancia en el continente.

La creación de la OIT fue un parteaguas en la relación entre gobiernos, empleadores y trabaja-

³⁰ S. a., *Conferencias Internacionales Americanas 1889-1936*, Archivo Digital Daniel Cosío Villegas. Disponible en http://biblioz.colmex.mx/coinam/coinam_1889_1936/base2.htm

³¹ Hugo Garciamarín Hernández, *La fundación de la Conferencia Interamericana de Seguridad Social (1942)*, CISS, Ciudad de México, 2019, p. 22.

³² Roniger, *op. cit.*, pp. 72 y ss.

³³ Esta política, adoptada por el gobierno de F. D. Roosevelt en 1933, buscaba mejorar las relaciones de Estados Unidos con América Latina, las cuales habían estado marcadas por la desconfianza hacia el país del norte por su historia expansionista y de interferencia en los asuntos internos de otros países. La política del buen vecino se basaba en la reciprocidad y la no-intervención.

³⁴ Hugo Garciamarín, *op. cit.*, p. 25.

³⁵ S. a., *op. cit.*, pp. 494-496.

dores en Europa, pero tardó más de una década en establecer su influencia en América. Sin embargo, es importante tomar en cuenta la participación de los países de la región en la Organización (Argentina, México y Brasil, por ejemplo, fueron miembros del comité ejecutivo), sin dejar de lado el “protagonismo que tuvo la OIT en la transferencia de experiencias y conocimientos en materia de legislación laboral, sindicalización y conciliación en América Latina”,³⁶ sobre todo a partir de la segunda mitad de los años treinta.

Un momento de gran relevancia es la Primera Conferencia Regional Americana del Trabajo (Santiago, 1936), organizada por la OIT, la cual fue tripartita, es decir, con representantes estatales, patronales y obreros de todo el continente. En estos años, la política en los países americanos había cambiado de manera importante en comparación con principios de siglo. Además de Estados Unidos y Canadá, varios países habían comenzado ya un proceso propio de industrialización tras la crisis, lo cual aumentó y fortaleció la organización obrera, incluso en algunos casos auspiciada por los gobiernos nacionales (por ejemplo, en Brasil o México). Las ideas comunistas eran ya una preocupación también para las élites americanas, y no sólo las europeas, e influían de manera importante en la dinámica entre obreros, empleadores y gobiernos.

Los Estados americanos discutieron y legislaron sobre derechos sociales en esta época temprana y algunos los incluyeron en sus constituciones —el caso de la Constitución de 1917 en México tras la Revolución es emblemático—. Sin embargo, pocas veces se cumplían en la práctica. Incluso los principios de no discriminación que tanto se exaltaban en los foros mundiales, solían

ser ignorados en las prácticas gubernamentales en muchos de los países de la región.³⁷ El ámbito internacional fue, por lo tanto, un espacio de discusión de suma relevancia para la progresividad y exigibilidad de legislaciones relativas a la seguridad social en varios países del continente y, en particular, en América Latina.

1.1.2.3. Desarrollo de la seguridad social

Al igual que en el resto del mundo, en América se pueden encontrar antecedentes de los sistemas de seguridad social previos al siglo XX, sobre todo en materia de pensiones. En muchos países de lo que sería América Latina se crearon esquemas de pensiones por vejez para algunos servidores públicos desde la época colonial.³⁸ Tras las guerras de independencia, muchos países mantuvieron algunos de esos sistemas también para ciertos grupos privilegiados, principalmente la milicia y los servidores públicos. En Estados Unidos, existían las pensiones para viudas y veteranos de la Guerra de Secesión, ya en el siglo XIX.³⁹ Como ya se mencionó fue hasta después de la Gran Depresión que la industria empezó a crecer de manera importante en América Latina; fuera de contados casos, y en la mayoría de los países, la conciencia obrera no cobró fuerza política nacional y articulada hasta la década de 1930: “En las economías aún incipientes de esos países —desde el punto de vista del desarrollo industrial—, la gran masa de los trabajadores estaba formada por obreros no calificados, no conscientes todavía de su fuerza de clase”,⁴⁰ por lo que no se articularon en América Latina regímenes generales de seguridad social sino hasta finales del periodo de entreguerras.

³⁶ Patricio Herrera González, *op. cit.*, p. 107.

³⁷ Véase Herrera González, *op. cit.*, y Roniger, *op. cit.*

³⁸ Carmelo Mesa-Lago, *Social Security in Latin America: Pressure Groups, Stratification and Inequality*, University of Pittsburgh Press, Pittsburgh, 1978; Tapen Sinha, *Pension Reform in Latin America and its Lessons for International Policymakers*, Springer Science-Business Media, Nueva York, 2000.

³⁹ Theda Skocpol, *op. cit.*

⁴⁰ OIT, *La seguridad social en las Américas...*, *op. cit.*, p. 2. La excepción en esta época fue Chile, donde se creó un régimen general en 1924.



N O R T H

Sin embargo, desde finales del siglo XIX y durante las primeras décadas del siglo XX, algunos países comenzaron a legislar la seguridad social, es decir, a crear esquemas gubernamentales y obligatorios —como había sucedido en Alemania— más allá de organizaciones o arreglos privados. Las prestaciones eran aún limitadas y estaban disponibles sólo para ciertos grupos. Los primeros esfuerzos por construir un sistema de seguridad social en el continente se dieron principalmente en América del Sur (Argentina, Brasil, Chile y Uruguay, y en menor medida Ecuador y Colombia), aunque también se mencionarán en esta sección los casos de Cuba y de Estados Unidos, donde hubo avances importantes en esta etapa. Estos sistemas “pioneros” de seguridad social en el sur del continente se orientaron en un principio hacia ciertos grupos de trabajadores que tenían una mejor organización y poder relativo.⁴⁴ La consecuencia de esta lógica de grupos fue que los sistemas se construyeron a partir de la fragmentación y la estratificación, con importantes diferencias en cobertura y beneficios (condiciones que, como se verá más adelante, persisten en muchos casos). Su administración, por los mismos motivos, también sería compleja, con múltiples instituciones gestoras y subsistemas con legislaciones propias.

Ejemplos claros de estos primeros sistemas son Cuba, Chile y Uruguay. A principios de siglo comienzan a legislarse en Cuba algunas prestaciones de seguridad social para ciertos sectores, empezando por los servidores públicos. La primera ley de pensiones (1913) beneficiaba a los militares. Luego se fueron creando nuevos sistemas para los empleados de comunicaciones (1915) y del Poder Judicial (1917); para maestros y empleados de la administración pública (1919) y para la policía nacional

⁴⁴ Mesa-Lago, *El desarrollo de la seguridad social...*, op. cit.

“ Los primeros esfuerzos por construir un sistema de seguridad social en el continente se dieron principalmente en América del Sur (Argentina, Brasil, Chile y Uruguay, y en menor medida Ecuador y Colombia), aunque también se mencionarán en esta sección los casos de Cuba y de Estados Unidos, donde hubo avances importantes en esta etapa. Estos sistemas “pioneros” de seguridad social en el sur del continente se orientaron en un principio hacia ciertos grupos de trabajadores que tenían una mejor organización y poder relativo. La consecuencia de esta lógica de grupos fue que los sistemas se construyeron a partir de la fragmentación y la estratificación, con importantes diferencias en cobertura y beneficios (condiciones que persisten en muchos casos). ”



(1920). La fragmentación en Cuba fue tal que en los años anteriores a la Revolución de 1953 existían ya cerca de 60 sistemas de pensiones distintos. En Chile, de forma similar, se desarrollaron sistemas de pensiones de manera fragmentada. Algunos de los programas de pensiones se remontaban incluso al siglo XIX, cuando se crearon pensiones para las fuerzas armadas y sus sobrevivientes, y los empleados públicos. En 1924 se crearon instituciones para proteger a las personas trabajadoras ante riesgos como accidentes de trabajo, invalidez, enfermedad y vejez. Como en otros países, las instituciones de seguridad social, denominadas "cajas", se organizaron por sector. En esta época, las más importantes fueron la Caja del Seguro Obrero, la Caja de Empleados Particulares y la Caja de Empleados Públicos y Periodistas. Esta tendencia continuó por cerca de cinco décadas, con la creación de programas de pensiones para grupos particulares, como la marina mercante, policías, bancos y municipalidades, por mencionar algunos. En Uruguay, la fundación del sistema de seguridad social inició con el gobierno de José Batlle y Ordóñez (1903-1907, 1911-1915), quien impulsó un proceso de modernización económica y política que requería el desarrollo de la clase obrera en sectores fundamentales. Así pues, como en Cuba y Chile, se crearon múltiples programas especiales para las distintas ramas económicas y hasta para actividades y ocupaciones tan específicas como estibadores y trabajadores de la lana y el cuero. En varios de estos países, la competencia electoral sumó a esta fragmentación, pues se iban otorgando prestaciones y concesiones para ganar los votos de ciertos grupos.⁴² Sin embargo, en algunos países se crearon programas fuera de la lógica electoral y gremial. Por ejemplo, en 1919, en Uruguay, se creó la primera pensión no contributiva de América Latina,

destinada a personas de edad avanzada o con discapacidad y que estuvieran en condición de pobreza.

En línea con las teorías sobre la industrialización y los recursos de poder que explican, en parte, el surgimiento de la seguridad social en Europa, en América el aumento en la competencia electoral, las presiones de ciertos grupos de trabajadores y un creciente discurso de universalidad de los derechos laborales y sociales llevaron tanto al desarrollo de estos primeros sistemas, como a la constante expansión de su cobertura y prestaciones. Para la segunda mitad del siglo XX, sin embargo, su sostenibilidad comenzó a ponerse en duda. Además de la ineficacia y lo oneroso de un sistema tan fragmentado, estudiosos de la seguridad social han apuntado que estos sistemas comenzaron a crearse y expandirse de manera casi improvisada y sin criterios técnicos actuariales, a diferencia de los que se crearon hacia finales de la década de 1930.⁴³ En algunos casos, la falta de planeación no fue el único problema. En Uruguay, por ejemplo, Fernando Filgueira explica que un arraigado clientelismo político, la ausencia de un aparato burocrático moderno, y una dinámica en la que el Partido Nacional y el Partido Colorado compartían el poder y el control de la administración pública, permitieron que se otorgaran pensiones contributivas a personas que no cumplían con los requisitos mínimos.⁴⁴

Aunque en América Latina se consideran como pioneros los países mencionados, es importante resaltar que también hubo antecedentes en otros países durante este periodo. En Bolivia, por ejemplo, en 1924 se promulgó una ley de accidentes de trabajo, y, en 1928, una sobre enfermedades profesionales. En 1935, estos desarrollos dieron origen a la Caja de Seguro y Ahorro Obrero, que en 1956 se convertiría en la Caja Nacional

⁴² Para más información del caso cubano, véase María del Carmen Álvarez García (ed.), *La seguridad social en Cuba*, CISS, Ciudad de México, 1998. Para los casos de Chile y Uruguay, véase Carmelo Mesa-Lago, *op. cit.*, pp. 99-134 y 187-216.

⁴³ OIT, *op. cit.*, p. 3.

⁴⁴ Fernando Filgueira, "A Century of Social Welfare in Uruguay: Growth to the Limit of the Batllista Social State", *Working Paper Democracy and Social Policy Series*, núm. 5, 1995.

de Seguridad Social. En Ecuador, si bien los estatutos de su Caja de Pensiones y los de la Caja del Seguro no entraron en vigor sino hasta 1944, ya en 1928 se había aprobado la ley que creaba dicha Caja de Pensiones y, en 1936, la Ley del Seguro Social Obligatorio, que declaraba la autonomía del Instituto Nacional de Previsión y de la Caja del Seguro Social.⁴⁵ En México se promulgó la Ley General de Pensiones Civiles de Retiro en 1925 para regular las pensiones de todos los servidores públicos que no pertenecieran a las fuerzas armadas. En Canadá, en 1927 se aprobaron leyes en materia de pensiones de alcance nacional. En 1935 se aprobó un Acta de Aseguramiento Social, pero se refería de forma exclusiva a contingencias por desempleo.

Durante esta época, en Estados Unidos se promulgó el Acta de Seguridad Social (1935). El Acta hace referencia principalmente, en el nivel federal, a un sistema de pensiones por vejez, pero abre la puerta a que los estados de la unión legislen en materia de salud pública, desempleo, invalidez e incapacidad, entre otros temas, con el objetivo de promover el "bienestar general".⁴⁶ Esta legislación fue la primera de relevancia en materia de seguridad social a nivel federal, y fue parte de las respuestas a las crisis de 1929, conocidas como *New Deal*.⁴⁷ En este sentido, Estados Unidos es un caso particular. Primero, porque estas

políticas sociales respondieron a una necesidad de estabilizar la economía más que por presiones obreras o la búsqueda del bienestar social en sí mismo.⁴⁸ Segundo, porque a pesar de tener una economía industrial fuerte y un alto PIB per cápita a inicios del siglo XX, el desarrollo de sus políticas sociales fue relativamente tardío y distinto al de las democracias del otro lado del Atlántico. Una de las razones que encuentra Theda Skocpol para explicar esta diferencia es la dispersión del poder que caracteriza al sistema político estadounidense, aunada a la debilidad de los partidos políticos para agregar a nivel nacional los intereses locales. Estas circunstancias redujeron las probabilidades de que, a finales del siglo XIX, obreros, intelectuales y otros actores políticos consiguieran el establecimiento de políticas sociales que protegieran a los trabajadores. Algo similar —se podría argumentar— a lo sucedido en Canadá en esa época.

Lo interesante es que, en Estados Unidos, esas mismas condiciones que impidieron el surgimiento de prestaciones de seguridad social entre finales del siglo XIX e inicios del XX, son las que habían permitido la creación de programas sociales a mediados del siglo XIX. Skocpol estudió estas condiciones desde el enfoque neoinstitucionalista⁴⁹ para entender el surgimiento de la seguridad social estadounidense y sus diferencias con otros casos de desarrollo temprano. Esta investigadora

⁴⁵ Para más información de los casos de Bolivia y Ecuador, véase OPS y OMS, *op. cit.*

⁴⁶ Congreso de los Estados Unidos de América, *United States Code: Social Security Act, 42 U.S.C. §§ 301- Suppl. 4 1934. 1934.* Disponible en <https://www.loc.gov/item/uscode1934-005042007>, consultado el 25 de junio de 2019.

⁴⁷ El *New Deal* (Nuevo Trato) fue un conjunto de programas creados en los primeros años de la década de 1930, durante la administración de Franklin D. Roosevelt para reactivar la economía durante la Gran Depresión. En su mayoría fueron programas que aumentaron el gasto público y generaron empleos en proyectos como la construcción de infraestructura y la promoción de la agricultura y la industria, pero también hubo importantes incentivos para la inversión privada. Como parte del *New Deal* también se legisló en materia laboral para asegurar derechos de las personas trabajadoras, en particular mediante el Acta de Seguridad Social y el Acta Nacional de Relaciones Laborales.

⁴⁸ Jill S. Quadagno, "Welfare Capitalism and the Social Security Act of 1935", *American Sociological Review*, núm. 49, 1984, pp. 632-647.

⁴⁹ Peter Hall y Rosemary Taylor identificaron tres tradiciones de análisis neoinstitucional: 1) la histórica, 2) la de elección racional y 3) la sociológica. Theda Skocpol se inscribe en la corriente del neoinstitucionalismo histórico, la cual tiene las siguientes características: "Primero, los institucionalistas históricos tienden a conceptualizar la relación entre las instituciones y el comportamiento individual en términos relativamente amplios. Segundo, enfatizan las asimetrías de poder asociadas con la operación y desarrollo de las instituciones. Tercero, tienden a tener una visión del desarrollo institucional que enfatiza la dependencia de ruta [*path dependency*] y las consecuencias inintencionadas. Cuarto, están especialmente interesados en integrar el análisis institucional con la contribución que otro tipo de factores, como las ideas, pueden tener en los resultados políticos". Véase Peter Hall y Rosemary Taylor, "Political Science and the Three New Institutionalisms", *Political Studies*, núm. 44, 1996, pp. 936-957.



analizó los programas creados durante el siglo XIX para atender a las viudas y a los veteranos de la Guerra de Secesión, con la finalidad de comprender la manera en la que las instituciones políticas dotaron de recursos y oportunidades a los agentes para que promovieran diversos tipos de políticas sociales, lo cual afectó sus probabilidades de éxito.⁵⁰ Encontró que tales programas fueron el resultado de amplias coaliciones entre grupos de activistas, en especial de mujeres, legisladores y funcionarios públicos, quienes aprovecharon la estructura institucional para hacer avanzar sus intereses. En este sentido, los funcionarios y los administradores públicos son fundamentales, pues no son meros agentes de los intereses empresariales o de las organizaciones obreras, sino actores políticos con motivaciones e intereses propios, y se comportan de manera estratégica para promover agendas particulares y avanzar su carrera política. Así, la capacidad misma de las agencias estatales resulta un recurso con el que las instituciones políticas dotan a los individuos, puesto que es poco probable que se adopten nuevos programas si las agencias no cuentan con la experiencia y capacidades organizativas para implementarlos.⁵¹

A diferencia de las teorías de la lógica de la industrialización y de los recursos de poder, centradas en los factores socioeconómicos y político-partidistas, respectivamente, el enfoque neoinstitucional de Skocpol se centra en el Estado. Las políticas sociales no sólo dependen de la influencia de factores externos, sino que ellas mismas influyen en el entorno y en su propio desarrollo, es decir, se retroalimentan (*policy feedback*).⁵² Al instrumentar nuevas políticas, éstas crean o transforman las capacidades estatales, lo que abre o bloquea oportunidades para cambios posteriores. También dan origen a grupos interesados en su permanencia, como las organizaciones de beneficiarios. Estos grupos tienen la capacidad de obstaculizar la desaparición de beneficios sociales, pero también de bloquear la ampliación de los beneficios a nuevos grupos por temor a que se deteriore la protección que reciben. Además, las políticas en curso tienen el potencial de convertirse en modelos para el diseño y la implementación de otras. Es decir, un programa considerado exitoso puede servir como modelo para diseñar e instrumentar otros que busquen atender problemas similares.

⁵⁰ Theda Skocpol, *op. cit.*

⁵¹ *Ibid.*, p. 42.

⁵² *Ibid.*, pp. 58-59.



Otros autores han llegado a conclusiones similares en sus estudios sobre políticas sociales en Europa. Para Hugh Hecló, desde el enfoque del análisis de políticas públicas, también son importantes los funcionarios y la manera en la que las políticas en curso influyen en la creación de otras políticas.⁵³ Su análisis indica que, a lo largo del siglo XX, las características de las pensiones por vejez y los seguros por desempleo en Suecia y Gran Bretaña dependieron principalmente de los funcionarios y del aprendizaje que obtuvieron de políticas antes implementadas. Según este autor, los funcionarios suelen tener una amplia influencia en las políticas porque son quienes diseñan las respuestas gubernamentales a los problemas

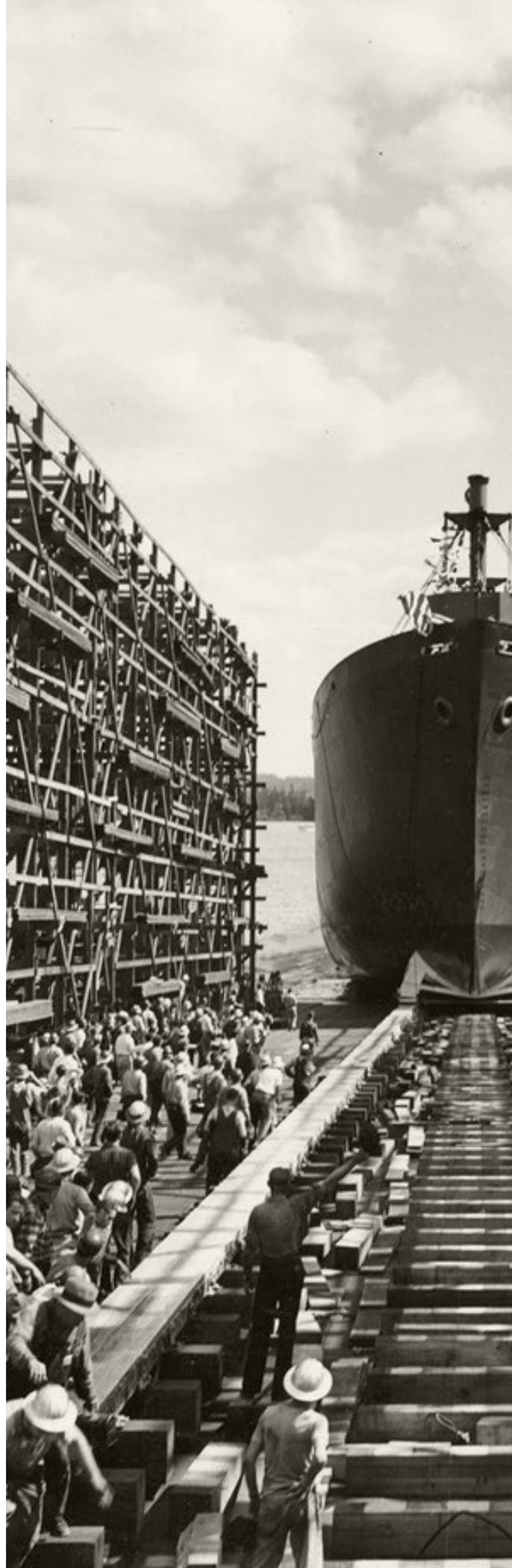
públicos. Estas respuestas dependen de lo que aprenden de políticas nacionales y de otros países sobre la adopción de modelos y la detección de problemas de las políticas en curso. El elemento fundamental de su propuesta explicativa sobre las características de la política social es, entonces, el aprendizaje en las políticas públicas (*policy learning*). Estos elementos cobraron aún mayor relevancia en las décadas siguientes, cuando más países legislaron políticas sociales y avanzaron en la creación de sus sistemas de seguridad social con base en la experiencia de otros países tanto de su misma región como de otras, durante una época que se puede denominar como el auge de la seguridad social en nuestro continente.

⁵³ Hugh Hecló, *Modern Social Politics in Britain and Sweden: From Relief to Income Maintenance*, Yale University Press, New Heaven, 1974.

1.2. Auge de la seguridad social en América. De los años cuarenta a los setenta

1.2.1. Contexto global y teorías explicativas

Si bien entre finales del siglo XIX y las primeras tres décadas del siglo XX ya se encuentran grandes avances de la seguridad social, tanto en Europa como en América, el periodo entre los cuarenta y los setenta fue indudablemente una época de auge en todo el mundo. Por un lado, se extiende e intensifica el proceso de industrialización fuera de Europa —en particular en Asia y América Latina, y hasta cierto punto en África— lo que lleva a nuevas relaciones sociales en esos países que influyen en las políticas que se adoptan. Por otro lado, se consolidan los llamados Estados de bienestar en Europa tras la Segunda Guerra Mundial y se avanza en el reconocimiento y la garantía de los derechos humanos —entre los que se encuentra la seguridad social— y de su condición de universalidad. Estos procesos, que se analizan brevemente en esta sección, influyeron en el auge de la seguridad social en América y el mundo.



Como se mencionó en la sección anterior, una de las teorías sobre el origen de las políticas sociales es que éstas surgen a partir de la industrialización y los cambios demográficos, sociales y económicos. Ciertamente, el auge de la seguridad social hacia mediados del siglo XX en los países de América Latina, Asia-Pacífico y África coincide con la industrialización en estas regiones. En el periodo de posguerra, países como China y la India llevaron a cabo transformaciones hacia modelos de industrialización por sustitución de importaciones similares a los adoptados en América Latina. Japón y otros países del sudeste asiático adoptaron modelos de industrialización orientada a la exportación, aprovechando las ventajas competitivas que les daba su gran cantidad de mano de obra barata. Asimismo, hubo casos de crecimiento de la industria intensiva en capital, como sucedió en Corea del Sur, Taiwán y, de manera complementaria, en Japón.⁵⁴ Sin asumir una conexión causal, sí se encuentra una relación entre las décadas en las que se dieron estos procesos y un pico importante en la legislación sobre seguridad social.⁵⁵ En el caso de África,⁵⁶ también se detectó una coincidencia importante entre el periodo de industrialización y el surgimiento de sistemas de seguridad social.⁵⁷

Por lo tanto, la industrialización es un elemento que hizo posible la creación de políticas

de seguridad social en esta época, aunque resulta insuficiente para explicar sus características y difusión. Por ejemplo, este periodo no puede entenderse sin considerar las repercusiones económicas, políticas y sociales de la Segunda Guerra Mundial (1939-1945), que influyeron en la planeación de las futuras políticas sociales en Europa, el principal campo de batalla. Los gobiernos europeos debatieron opciones de políticas sociales que, además de promover la recuperación social y económica, evitaran condiciones que permitieran otro conflicto semejante.⁵⁸ Un documento referente de la época fue el Informe Beveridge (1942), comisionado por el gobierno británico a Sir William Beveridge, académico en la Universidad de Oxford, con miras a la reconstrucción después de la guerra. El reporte proponía un sistema de seguridad social amplio que cubriera a la población "de la cuna a la tumba" (*from cradle to grave*). Las personas trabajadoras pagarían una contribución semanal al Estado que serviría para dar beneficios a las personas desempleadas, enfermas, jubiladas o viudas, con el objetivo de que nadie viviera por debajo de un estándar de vida mínimo. Aunque la publicación no fue recibida con entusiasmo en el gobierno, fue un éxito entre el público general y en poco tiempo se vendieron miles de copias, e incluso se repartió en los frentes para mejorar la moral entre las tropas.⁵⁹ A pesar de que

⁵⁴ Kaoru Sugihara, "Multiple Paths to Industrialization: A Global Context of the Rise of Emerging States", en K. Otsuka y K. Sugihara (eds.), *Paths to the Emerging State in Asia and Africa. Emerging-Economy State and International Policy Studies*, Springer, Singapore, 2019.

⁵⁵ Véase Carina Schmitt, Hanna Lierse y Herbert Obinger, "The Global Emergence of Social Protection: Explaining Social Security Legislation 1820-2013", *Politics & Society*, núm. 43, 2015, pp. 503-524.

⁵⁶ Véase, por ejemplo, Olli E. Kangas, "Testing Old Theories in New Surroundings: The Timing of First Social Security Laws in Africa", *International Social Security Review*, vol. 65, 2012, pp. 73-97.

⁵⁷ Sin embargo, hay factores políticos internos y procesos regionales e internacionales que deben ser considerados para explicar algunas variaciones. Sin ahondar en todos ellos, se pueden mencionar dos ejemplos de factores regionales específicos. Uno, la influencia del pasado colonial en África, pues estudios sugieren que las ex colonias francesas en África tuvieron sistemas de seguridad social más comprensivos que las ex colonias británicas (Véase Kangas, *op. cit.*, y Clive Bailey y John Turner, "Social Security in Africa: a Brief Review", *Journal of Aging and Social Policy*, núm. 1, vol. 14, 2002, pp. 105-114). El otro, es la influencia de la tradición confuciana de cuidados familiares intergeneracionales que, argumenta Turner, significó menor legislación de programas de seguridad social en algunos países de Asia (John Turner, "Social Security in Asia and the Pacific: a Brief Overview", *Journal of Aging and Social Policy*, núm. 1, vol. 14, 2002, pp. 95-104.).

⁵⁸ Tony Judt, *Postguerra: Una historia de Europa desde 1945*, Santillana, México, 2011.

⁵⁹ Noe Whiteside, "The Beveridge Report and Its Implementation: A Revolutionary Project?", *Historie@Politique*, núm. 24, vol. 3, 2014, pp. 24-37.

Beveridge, a diferencia de Bismarck, se inspiró en ideas liberales⁶⁰ y no socialistas, la popularidad del documento muy probablemente ayudó a la victoria electoral de los laboristas en 1945, quienes habían integrado las recomendaciones en su plataforma. Así, el gobierno del primer ministro Clement Attlee (1945-1951) creó un sistema de seguridad social "de la cuna a la tumba" y un sistema público universal de salud que fueron base y referentes de la discusión sobre el Estado de Bienestar europeo en los años siguientes, y del enfoque de seguridad social que promovería la OIT más tarde en distintas regiones del mundo.⁶¹

El efecto de la publicación del Informe Beveridge es un buen ejemplo de la influencia que pueden tener las políticas sociales de un país en otro, particularmente dentro de la misma región. Este principio es la base de la explicación difusionista del surgimiento de los sistemas de seguridad social,⁶² la cual sostiene que, como ningún Estado existe en un aislamiento absoluto, se tiene que entender el desarrollo de la seguridad social dentro de un sistema de comunicación e influencia internacional y no únicamente como consecuencia de procesos económicos y sociales internos. Varios estudios han demostrado que hay patrones geográficos en la adopción de políticas sociales nuevas.⁶³ Por ejemplo, David Collier y Richard Messick analizaron el surgimiento de legislaciones relacionadas con la seguridad social en distintas regiones desde 1820, y encontraron que en 59 países hubo un proceso de difusión en el establecimiento del primer programa de seguridad social entre 1891 y 1960, y que éste se rela-

cionó en distintos momentos con el nivel de desarrollo de los países y su ubicación geográfica.⁶⁴ El estudio concluye que el desarrollo económico solamente es significativo para explicar el surgimiento de estas políticas entre los primeros países que las desarrollaron, y que después de 1919 esta variable no es estadísticamente significativa. En cambio, los autores encontraron que la ubicación geográfica era una mejor variable explicativa, por lo que concluyeron que el Estado de bienestar es un "evento transnacional", tal vez no a nivel global, pero sí regional.⁶⁵ De esta manera, la industrialización y el desarrollo económico no son necesariamente lo único que explica la adopción de políticas sociales en todos los países y todas las épocas.

Si bien la difusión ha demostrado ser significativa para explicar el surgimiento de legislaciones de seguridad social a nivel regional, Obinger, Schmitt y Starker⁶⁶ argumentan que este proceso suele considerarse involuntario. En cambio, la *transferencia* consiste en acciones políticas conscientes que recurren al conocimiento y aprendizaje de políticas, ideas e instituciones de otros países para orientar la adopción de nuevas soluciones a problemas públicos.⁶⁷ Tanto la difusión como la transferencia de políticas dependen del aprendizaje, la emulación, la competencia entre naciones y la coerción que puede ejercer un país sobre otro para obligarlo a adoptar una política nueva.⁶⁸ En este sentido, existen estudios que han puesto atención particular en la influencia de organismos internacionales como la OIT en el desarrollo de la seguridad social. Por ejemplo, hay evi-

⁶⁰ Whiteside, *op. cit.*

⁶¹ Aunque el Reporte sin duda detonó debates sobre el Estado y el bienestar en muchos países, su efecto real en el diseño es discutido. Véase John Hills, John Ditch and Howard Glennerster (eds.), *Beveridge and Social Security: An International Retrospective*, Clarendon Press, Oxford, 1994, cit. en Whiteside, *op. cit.*

⁶² David Collier y Richard Messick, *op. cit.*, p. 1305.

⁶³ Collier y Messick, *op. cit.*; Herbert Obinger, Carina Schmitt y Peter Starker, "Policy Diffusion and Policy Transfer in Comparative Welfare State Research", *Social Policy and Administration*, núm. 47, 2013, pp. 111-129; Carina Schmitt, Hanna Lierse y Herbert Obinger, *op. cit.*

⁶⁴ David Collier y Richard Messick, *op. cit.*

⁶⁵ Schmitt, *et al.*, *op. cit.*, 2015.

⁶⁶ Herbert Obinger, Carina Schmitt y Peter Starker, *op. cit.*, p. 113.

⁶⁷ *Idem.*

⁶⁸ *Ibid.*, p. 114.

dencia de que los países con membresía en esta organización tenían mayores probabilidades de adoptar su primera ley para proveer prestaciones y transferencias monetarias por enfermedad, vejez o desempleo, que los países que no contaban con membresía.⁶⁹ Dado que la OIT no tiene ningún mecanismo de coerción sobre sus miembros, es posible pensar en el ejercicio de un tipo de “poder suave”,⁷⁰ mediante la creación de convenios y normas sobre las prestaciones de seguridad social, así como mediante asistencias técnicas y otro tipo de apoyos a los gobiernos para crear sus programas de seguridad social.⁷¹

Efectivamente, en este periodo fue de suma relevancia el papel desempeñado por la OIT en la adopción de políticas de seguridad social.⁷² Ya desde la década de 1920, la Organización comenzaba a integrar los temas de aseguramiento social a sus trabajos de investigación, de difusión y asistencia a los países. La creciente importancia de este tema para la OIT se reflejó en la Declaración de Filadelfia de 1944, su carta actual, la cual reconoce la obligación de la Organización de fomentar, entre todas las naciones del mundo, programas que permitan, entre otros objetivos, “extender las medidas de seguridad social para garantizar ingresos básicos a quienes los necesiten y prestar asistencia médica completa”.⁷³ La asistencia técnica de la OIT determinó en gran medida la creación y la modificación de muchos sistemas de seguridad social en el continente americano, sobre todo entre los países que los

desarrollaron en una etapa relativamente tardía, como los del Caribe anglófono (ver Capítulo 4).

Entre los avances más importantes de la OIT en la promoción de la seguridad social estuvo la adopción, en 1952, del *Convenio 102: Convenio sobre la seguridad social (norma mínima)*. Esta norma estableció estándares flexibles, que pudieran aplicarse en distintos contextos a nivel global, en nueve contingencias: atención médica, enfermedad, accidentes de trabajo, desempleo, vejez, invalidez, sobrevivientes, maternidad y prestaciones familiares. Como señala Gary Rodgers, el convenio es un parteaguas en por lo menos dos sentidos. Por un lado, recoge por primera vez en un mismo documento políticas sobre varios componentes de la seguridad social que anteriormente se habían tratado de manera fragmentada. Esto da un sentido de integralidad de la seguridad social que no se tenía antes. Por otro lado, se definieron los estándares a partir de un proceso de consultas y encuestas con varios países miembros, con la intención de lograr mínimos aceptables en distintos contextos nacionales.⁷⁴ A este convenio le siguieron otros relativos a prestaciones específicas de la seguridad social:

- El 121 (1964), sobre prestaciones en caso de accidentes de trabajo o enfermedades profesionales.
- El 128 (1967), sobre prestaciones de invalidez, vejez y sobrevivientes.
- El 130 (1969), sobre asistencia médica.

⁶⁹ Carina Schmitt, Hanna Lierse y Herbert Obinger, *op. cit.*

⁷⁰ De manera general, se entiende por “poder suave” o “blando” la capacidad que tiene un país o un organismo de persuadir a otros de tomar determinada acción sin necesidad de recurrir al uso de la fuerza o la coerción.

⁷¹ Schmitt, Lierse y Obinger, *op. cit.*, p. 516.

⁷² La influencia de la Organización es, incluso, una de las variables con mayor significancia estadística en el estudio de Schmitt *et al.*, citado previamente.

⁷³ OIT, *Declaración relativa a los fines y objetivos de la Organización Internacional del Trabajo (Declaración de Filadelfia)*, 1944. Disponible en <https://www.ilo.org/legacy/spanish/inwork/cb-policy-guide/declaraciondefiladelfia1944.pdf>

⁷⁴ Gerry Rodgers *et al.*, *The International Labour Organization and the Quest for Social Justice, 1919-2009*, OIT, Ginebra, 2009, p. 156. Los autores matizan que, en el “Sur Global”, los alcances de estos estándares fueron limitados, en buena medida porque las ideas que promovía la OIT aún favorecían esquemas contributivos de seguridad social, pues se pensaba que el trabajo formal se extendería naturalmente conforme los países pobres se desarrollaran, y que eventualmente la mayoría de sus poblaciones terminaría, por tanto, cotizando en dichos sistemas y recibiendo sus beneficios. Aunque se consideraban tiempos de gracia para los países con menores niveles de desarrollo industrial, bajo el supuesto de una inminente “modernización” por industrialización y urbanización, ésta en realidad no se extendió en dichos países como la OIT había anticipado (pp. 158-159).



“ Entre los avances más importantes de la OIT en la promoción de la seguridad social estuvo la adopción, en 1952, del Convenio 102: Convenio sobre la seguridad social (norma mínima). Esta norma estableció estándares flexibles, que pudieran aplicarse en distintos contextos a nivel global, en nueve contingencias: atención médica, enfermedad, accidentes de trabajo, desempleo, vejez, invalidez, sobrevivientes, maternidad y prestaciones familiares. ”



- El 168 (1988), sobre el fomento del empleo y protección ante el desempleo.
- El 183 (2000), sobre protección de la maternidad.

Además de la difusión de las políticas por influencia de países vecinos o gracias a organismos internacionales, otro factor relevante en el auge de la seguridad social durante esta época es el avance en la concepción de derechos fundamentales universales. De hecho, el Convenio 102,

influido por el Informe Beveridge, reflejó el giro que se estaba dando tanto en la OIT⁷⁵ como en otros organismos hacia la definición de derechos universales. Aún más, Daniel Maul argumenta que la Declaración de Filadelfia de 1944 podría considerarse el primer reconocimiento oficial internacional de la idea de derechos sociales y económicos universales;⁷⁶ un primer paso en el camino que lleva la discusión de los derechos humanos al plano de la diplomacia internacional, y

que tomaría fuerza con la creación del sistema de las Naciones Unidas en 1945.

A pesar de la intrínseca universalidad atribuida a los derechos humanos, bien señala Maul que “ya sea como campo de batalla de la Guerra Fría o como objeto de altercados entre ‘el Occidente’ y los países en desarrollo sobre las persistentes estructuras coloniales, el debate alrededor de los derechos humanos reflejó las divisiones [ideológicas] centrales del pe-

⁷⁵ Hasta la década de 1930, Alemania fue un referente del desarrollo de políticas sociales y uno de los países con mayor influencia en la OIT, pero tras el ascenso del fascismo se retiró de la Organización. Al iniciar la Segunda Guerra Mundial, la OIT salió de Suiza para irse a Montreal, Canadá, con lo que dejó oficialmente en claro su preferencia por los Aliados. Esto dejó a la OIT en gran medida a merced de las simpatías de los principales poderes de ese bando, Estados Unidos y Reino Unido, que fueron sus principales financiadores durante la guerra. Esto explica, en parte, la adopción y promoción de las políticas propuestas desde Reino Unido con el Informe Beveridge, como explica Rodgers, *et al.*, *op. cit.*

⁷⁶ Daniel R. Maul, “The International Labour Organization and the Globalization of Human Rights, 1944–1970”, en S. Hoffmann (ed.), *Human Rights in the Twentieth Century*, Cambridge University Press, Cambridge, 2010.



“A pesar de la intrínseca universalidad atribuida a los derechos humanos, bien señala Maul que “ya sea como campo de batalla de la Guerra Fría o como objeto de altercados entre ‘el Occidente’ y los países en desarrollo sobre las persistentes estructuras coloniales, el debate alrededor de los derechos humanos reflejó las divisiones ideológicas] centrales del periodo post-1945.” La incorporación y redacción de la seguridad social en los principales instrumentos de derechos humanos de la posguerra es un claro ejemplo de cómo estas diferentes posturas se hicieron evidentes y se resolvieron en el debate por los derechos humanos.”

riodo post-1945”.⁷⁷ La incorporación y redacción de la seguridad social en los principales instrumentos de derechos humanos de la posguerra es un claro ejemplo de cómo estas diferentes posturas se hicieron evidentes y se resolvieron en el debate por los derechos humanos.

La DUDH, proclamada por la Asamblea General de las Naciones Unidas en 1948, contempla en su artículo 22 el derecho a la seguridad social:

Toda persona, como miembro de la sociedad, tiene derecho a la seguridad social, y a obtener, mediante el esfuerzo nacional y la cooperación internacional, habida cuenta de la organización y los recursos de cada Estado, la satisfacción de los derechos económicos, sociales y culturales, indispensables a su dignidad y al libre desarrollo de su personalidad.

A pesar de la innegable importancia de que se señale explícitamente la seguridad social entre los derechos económicos, sociales y culturales, tanto en la DUDH como en documentos posteriores, se le menciona de manera vaga, es decir, sin referir qué es y qué incluye. Otro ejemplo es su inclusión en el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC, 1966), cuyo artículo 9 establece únicamente que los “Estados Partes en el presente Pacto reconocen el derecho de toda persona a la seguridad social, incluso al seguro social”.⁷⁸

Esta falta de precisión en realidad es deliberada y consecuencia de la dinámica histórica en la que se inscriben estos documentos. Como relata Ulrike Davy,⁷⁹ la manera en la que se redactó la inclusión de la seguridad social en la DUDH es resultado de posturas confrontadas

⁷⁷ *Ibid.*, p. 302.

⁷⁸ ONU, Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, 1966. Disponible en <https://www.ohchr.org/sp/professionalinterest/pages/cescr.aspx>

⁷⁹ Ulrike Davy, “How Human Rights Shape Social Citizenship: On Citizenship and the Understanding of Economic and Social Rights”, *Washington University Global Studies Law Review*, núm. 2, vol. 13, 2014, pp. 201-263.

en la época. Algunos países, principalmente Estados Unidos y los de Europa occidental, preferían que no se establecieran responsabilidades claras a los Estados. Otros países, en particular los latinoamericanos, buscaban establecer derechos progresivos y programáticos, de acuerdo con el carácter de sus propias constituciones. Los países socialistas, por su parte, pretendían explicitar mecanismos de aseguramiento social contributivo en el artículo 22, aunque en general fueron reticentes a establecer derechos sociales en instrumentos internacionales (quizá con el temor de que pudieran ser excusas para intervenir en su política interna). El fraseo final fue, argumenta Davy, un compromiso entre la aspiración progresiva latinoamericana y la reticencia de otros países a incluir responsabilidades estatales claras. En el artículo 9 del PIDESC también se llegó a una redacción poco específica, aunque por otras razones. En la redacción de dicho artículo, ya en la década de 1960, se determinó que no se detallarían los mecanismos mediante los que se haría valer el derecho a la seguridad social para evitar que esto limitara el disfrute del derecho en el futuro. Se acordó, además, que se dejaría que la OIT diera contenido normativo al concepto, dada su experiencia en el desarrollo y la promoción de la seguridad social en distintas partes del mundo.

Como se concluye de esta sección, la seguridad social cobró relevancia en muchas regiones del mundo a partir de la década de 1940 por diversas razones: desde la industrialización hasta la reorganización del orden internacional de la posguerra y la influencia de organismos internacionales. Los países de América desempeñaron un papel importante en esta reconfiguración, a la vez que se vieron afectados por factores externos que influyeron en sus propios sistemas. A continuación, se revisa brevemente el desarrollo de la seguridad social en el continente, considerando su contexto social, económico y político

particular, así como la cooperación internacional americana que dio pie a la creación de organismos como la Conferencia Interamericana de Seguridad Social (CISS).

1.2.2. La situación en América

1.2.2.1. La influencia del contexto socioeconómico y los procesos políticos en la seguridad social

Entre las décadas de 1940 y 1970, la región latinoamericana vio crecer su economía de manera importante, por encima de la media mundial, principalmente bajo un modelo de producción conocido como industrialización por sustitución de importaciones (ISI). Este modelo, *grosso modo*, consistía en generar industrias nacionales que produjeran bienes que antes se compraban a otros países, y así se reducía la dependencia del extranjero. Tras la Gran Depresión y con el inicio de la Segunda Guerra Mundial, los países de la región se vieron en la necesidad de ajustar la producción para satisfacer su demanda interna. Existen argumentos que llevan a matizar la idea de un "modelo", pues, como señala Víctor Urquidi, la ISI fue una combinación de "desarrollos industriales tanto racionales como fortuitos a la luz de necesidades vagamente percibidas en el mercado interno",⁸⁰ y no realmente una estrategia preconcebida. Sin embargo, sí hubo una constante participación de los gobiernos, por lo menos en la dirección de ciertos sectores, y de hecho el crecimiento industrial no redujo el papel del Estado en la economía, sino que lo profundizó. Por eso, para algunos autores, más que un modelo de sustitución de importaciones debería hablarse de una "industrialización dirigida por el Estado", para señalar las distintas responsabilidades económicas y sociales que este último asumió. Además de la creación de infraestructura

⁸⁰ Urquidi, *op. cit.*, p. 146.

y bancas de desarrollo, se establecieron diversos incentivos a la producción privada en sectores estratégicos, con medidas proteccionistas y contratos gubernamentales.⁸¹

A pesar del crecimiento logrado en esta época, el modelo presentó algunos problemas. Entre ellos, destaca la poca importancia que se le dio al crecimiento agrícola.⁸² Por un lado, se desincentivaron sus exportaciones (mediante impuestos o tasas de cambio diferenciales) y, por otro, se impusieron aranceles elevados a los productos que este sector necesitaba importar (maquinarias, herramientas, fertilizantes o pesticidas) con el fin de proteger a las nuevas industrias nacionales que ahora los producirían. Por último, esta desatención a la productividad y la expansión de las actividades del campo, así como a los ingresos y capacidad de compra de las poblaciones rurales, limitó el mercado interno para muchos de esos nuevos productos industriales. De igual manera, esta misma actitud resultó en una exclusión del trabajo agrícola como una actividad "formal", lo cual implicaba negarle el disfrute de algunos derechos laborales y sociales a la población rural.

Por otra parte, la inversión extranjera en tecnología no se tradujo, como sucedió en Asia, en generación de capacidades propias y educación en la materia. Por lo tanto, los países de la región no encontraron en la industrialización, la independencia que buscaban, ni lograron una mejora en la capacitación de la fuerza laboral. Otro problema que comenzaron a tener las economías latinoamericanas fue el déficit fiscal, pues además de ampliar la participación social del Estado —por ejemplo, en escuelas, provisión de salud pública y vivienda—, generaban obligaciones de pago por deudas y créditos para el financiamiento de estos gastos. Además, la recaudación se veía afectada

por exenciones fiscales a algunos sectores, en especial al industrial. En general, hacia finales de la década de 1970, las economías de la región comenzaron a mostrar importantes quiebres en sus balanzas de pagos, que en la década siguiente los llevaría a reformar sus modelos económicos y sociales.

El desarrollo económico llevó también a cambios sociales. En primer lugar, durante estas décadas, la población en Latinoamérica creció exponencialmente, como en otras partes del mundo. En segundo lugar, en muchos países de la región la mayoría de la población se volvió urbana. Estos procesos habían comenzado en décadas anteriores en algunos países, como el México posrevolucionario de las décadas de 1920 y 1930, y los países del sur del continente, pero se extendieron de manera importante en los países andinos y centroamericanos hacia los años cincuenta.⁸³ En tercer lugar, conforme la economía y las ciudades crecían, también lo hizo la desigualdad.⁸⁴ Si bien el modelo de desarrollo económico enfrentó problemas y se fue debilitando durante este periodo, Bértola y Ocampo señalan que, en general, fue exitoso en absorber los primeros cambios mencionados, aunque la desigualdad persistió tanto a nivel nacional como regional.⁸⁵ También hubo cambios sociales que influyeron en el desarrollo de la seguridad social. Por ejemplo, aumentó la participación de las mujeres en el mercado laboral y con ello la necesidad de protección ante la falta de ingreso por maternidad.

Así como la economía, también las fuerzas políticas en la región experimentaron vaivenes durante esta época. La política continental de la segunda mitad del siglo pasado se enmarcó en buena medida en la Guerra Fría. Esto es, intereses nacionales y de clase entremezclados

⁸¹ Bértola y Ocampo, *op. cit.*, p. 172.

⁸² Véase, por ejemplo, Anderson y Valdés, 2008, cit. en Bértola y Ocampo, *op. cit.*

⁸³ Véase Arturo Almandoz, "Despegues sin madurez: Urbanización, industrialización y desarrollo en la Latinoamérica del siglo XX", *EURE*, núm. 102, vol. 34, agosto de 2008, pp. 61-76; y Héctor Pérez Brignoli, "América Latina en la transición demográfica, 1800-1980", *Población y Salud en Mesoamérica*, núm. 7, vol. 2, archivo 1, enero-junio 2010.

⁸⁴ Véase Bértola y Ocampo, *op. cit.*, pp. 210-211.

⁸⁵ *Ibid.*, p. 194.

con enfrentamientos ideológicos y armados, influidos por Estados Unidos y la amenaza que le representaba la Unión Soviética, en una creciente lucha entre las potencias por influencias regionales. Aunque el continente americano parecía naturalmente una zona de influencia estadounidense, tanto las ideas del marxismo-leninismo como el gobierno soviético fueron de gran relevancia en la segunda mitad del siglo XX en algunos países. Desde la década de 1930 y hasta poco después de la Segunda Guerra Mundial, varios partidos comunistas en América se fortalecieron, salieron de la clandestinidad y en algunos casos obtuvieron registros legales. La influencia de la izquierda mundial, junto con la industrialización, fortaleció sindicatos y confederaciones obreras nacionales e internacionales. En varios países hubo cambios democráticos importantes durante los años cuarenta, como en Guatemala, Costa Rica, Ecuador y Venezuela. En muchos casos, estas transiciones se caracterizaron por movimientos que aglutinaron amplios y diversos sectores de la población, tanto trabajadores como estudiantes y algunos miembros de la burguesía local. De la misma manera, las oleadas democráticas llevaron a reformas y elecciones en otros países, como Argentina, Bolivia, Brasil y Perú.

Sin embargo, a estos avances populares de izquierda siguió una concertada reacción entre Estados Unidos y algunas élites locales hacia finales de los años cuarenta y durante la década siguiente. El principal objetivo era evitar la expansión de la influencia soviética y los grupos comunistas. En distintos países hubo tácticas diferentes, desde la cooptación de sindicatos y

partidos hasta la abierta represión e, incluso, la intervención militar estadounidense. En muchos casos, esto llevó al poder a regímenes autoritarios y represivos, en su mayoría dictaduras militares, apoyados por —y alineadas a— Estados Unidos. Entre las décadas de 1950 y 1970, la historia de América fue un constante vaivén entre distintos grados de dictaduras y democracias, influidos por el interés de Estados Unidos por mantener el control de la región, en especial tras el triunfo de la Revolución cubana en 1959. Si bien hubo un breve periodo en el que los estadounidenses buscaron un enfoque “desarrollista” de injerencia (como la Alianza para el Progreso),⁸⁶ en general se valieron de las fuerzas armadas latinoamericanas y la represión.

Los cambios económicos y políticos tuvieron consecuencias importantes en la seguridad social del continente. Stephan Haggard y Robert Kaufman, en un análisis fundamental de la historia de la seguridad social en América Latina, encontraron que la construcción de coaliciones políticas y sociales que sostenían la implementación del modelo ISI dio forma al desarrollo de las políticas sociales hasta entrada la década de 1970.⁸⁷ Por un lado, el crecimiento económico resultante permitió obtener recursos económicos para financiar las prestaciones sociales de sectores laborales estratégicos; por otro lado, los gobiernos utilizaron las políticas sociales para mantener relaciones estables con las organizaciones del movimiento obrero y, de esta manera, garantizar condiciones para la permanencia y reproducción del modelo de desarrollo. En su análisis, los autores encuentran que, particularmente entre 1945 y 1980, “la provisión de protecciones sociales para la clase

⁸⁶ La Alianza por el Progreso fue un plan del entonces presidente Robert Kennedy para, en un plazo de 10 años, promover el desarrollo económico y social de América Latina. De manera particular, se buscaba conseguir un crecimiento anual del 2.5 % de la renta per cápita en esta región, para lo que contemplaba cambios como reformas agrarias, fiscales y tributarias, estabilización de los precios de productos básicos, integración económica, legislación laboral, acciones para construir vivienda y la provisión de servicios educativos y de salud. Véase Walter Krause, “La Alianza para el Progreso”, *Journal of Inter-American Studies*, núm. 1, vol. 5, 1963, pp. 67-81.

⁸⁷ Stephan Haggard y Robert Kaufman, *Development, Democracy and Welfare States: Latin America, East Asia, and Eastern Europe*, Princeton University Press, Princeton, 2008.

“... la construcción de coaliciones políticas y sociales que sostenían la implementación del modelo ISI dio forma al desarrollo de las políticas sociales hasta entrada la década de 1970. Por un lado, el crecimiento económico resultante permitió obtener recursos económicos para financiar las prestaciones sociales de sectores laborales estratégicos; por otro lado, los gobiernos utilizaron las políticas sociales para mantener relaciones estables con las organizaciones del movimiento obrero y, de esta manera, garantizar condiciones para la permanencia y reproducción del modelo de desarrollo.”



urbana trabajadora sirvió para solidificar las bases cruciales de apoyo político en las ciudades”.⁸⁸ Los reacomodos de poder de la posguerra ante los nuevos modelos de desarrollo económico permitieron el uso de recursos fiscales para consolidar autoridad y apoyo político. Como ejemplos se pueden tomar los esquemas de seguridad social que se basaron en diferencias ocupacionales y por sector, pues “no sólo crearon una clase de beneficiarios, sino que patrocinaron tanto a políticos como a líderes obreros”,⁸⁹ así, generaron fuerzas políticas que continuarían reforzando un *statu quo* tendencioso. Bajo distintos regímenes, en las décadas siguientes la mayoría de los países de la región crearían o expandirían sus esquemas de seguridad social con base en un sistema que favoreció a la clase media y trabajadora de las ciudades.

Aunque esta explicación parece centrarse en la importancia de los procesos de industrialización, como hacen otras corrientes, lo cierto es que para Haggard y Kaufman estos factores no son suficientes, puesto que no pueden dar cuenta de las diferencias entre las políticas instrumentadas en países con niveles de desarrollo similares. Ante estas limitantes, los autores consideran los cambios en los patrones de dominación política y la manera en la que se articularon con las transformaciones económicas como los principales factores explicativos. No es tanto que la implementación del modelo ISI determine por sí misma la adopción de programas de protección del ingreso y la inversión en servicios públicos —que son las variables dependientes—, sino que *ésta se explicaría* por el tránsito de un modelo de dominación oligárquica —cuyos recursos venían de una economía vertida al exterior—, a un tipo de dominación comandada por una élite nacionalista, que requería el apoyo de los sectores trabajadores para impulsar un desarrollo basado en el mercado interno.

En su análisis, Haggard y Kauffman encontraron que dicha expansión de los servicios tiene una relación muy estrecha con los incentivos electorales y las presiones de ciertos grupos por aumentar el número de beneficiarios, mejorar las prestaciones o comenzar nuevos programas. Estos autores consideran que la democracia creó condiciones para que los políticos ofrecieran e implementaran programas de acción —donde se ubicaban las políticas sociales— para incrementar su apoyo electoral. Sin embargo, este tipo de régimen también genera oportunidades para que organizaciones como los sindicatos obreros promuevan sus intereses y busquen la creación de beneficios sociales. Estos incentivos son más relevantes en los países que experimentaron periodos democráticos de competencia electoral más largos, como Chile, Uruguay y Costa Rica; en otros, en los que los gobiernos democráticos duraron menos, la oportunidad de expansión fue más limitada. Un claro ejemplo de la importancia del factor electoral en la expansión de la política social es Chile. Cuando se reformaron los procesos de votación en la década de 1950, con el resultado de una mayor participación e influencia de la población rural, comenzaron a surgir propuestas desde distintos partidos por expandir servicios educativos y de salud a las áreas rurales. Antes de esto, señalan los autores, incluso los partidos socialistas y comunistas chilenos se enfocaban en las condiciones de las poblaciones urbanas. Algo similar sucedió con las poblaciones que trabajaban fuera del sector formal, sobre todo en los países que dominaban los partidos clientelares, pues había pocos incentivos electorales por incluir en los esquemas de seguridad social.

Estos autores no son los únicos que han demostrado tendencias en este sentido. Candelaria Garay, por ejemplo, identificó, mediante un estudio histórico y comparativo de Argentina, Brasil, Chile y México, que la democracia electoral y la movili-

⁸⁸ *Ibid.*, p. 71.

⁸⁹ *Ibid.*, p. 60.

zación obrera, principalmente en Argentina y Chile, produjeron una expansión progresiva de las políticas sociales.⁹⁰ Sin embargo, como señalan Isabela Mares y Matthew Carnes, la democracia pareció ser más la excepción que la regla en América Latina durante el siglo XX, por lo que la creación y la expansión de la mayoría de las prestaciones por vejez, discapacidad y enfermedad se dieron en regímenes políticos autoritarios.⁹¹ Según los autores, para entender por qué sucedió esto se debe estudiar la dinámica política que se da entre el líder del régimen autoritario, los grupos políticos que lo apoyaron para hacerse del poder y otros grupos que buscan desplazar a la coalición gobernante. Si el líder autoritario desea deshacerse de los grupos que lo apoyaron y que pueden tratar de influir en sus políticas, es más probable que implemente una política de coerción y persecución que prácticamente excluye la posibilidad de instrumentar políticas sociales. Cuando los líderes compiten con otros actores por el apoyo de las fuerzas que lo llevaron a la posición que ocupan, es más probable que instrumenten políticas para garantizar el apoyo de los dirigentes de las organizaciones y sus bases. En este caso, lo más probable es la creación de políticas que privilegien sólo a un pequeño sector de trabajadores, mientras se deja desprotegido al resto. Por último, existe la opción de que los líderes autoritarios impulsen la creación de nuevas organizaciones que le brinden apoyo para no depender de alguna de ellas en particular, por lo que la tendencia es crear beneficios particulares para cada organización o grupo de trabajadores. De esta manera, se fundan sistemas *más amplios*, pero altamente fragmentados y desiguales,⁹² como sucedió en Argentina, Brasil y México.

Estas relaciones de fuerzas políticas, en especial entre las organizaciones obreras y el Estado, fueron determinantes en el desarrollo de la seguridad social en todo el continente, aunque de diferentes maneras. En Estados Unidos, por ejemplo, los sindicatos fueron robusteciéndose cada vez más a principios del siglo XX, lo que, en efecto, acrecentó su influencia. Sin embargo, más que negociaciones con el Estado, como en el caso latinoamericano, el sindicalismo estadounidense se caracterizó por intentar construir un *vínculo* de "colaboración" con las empresas, entre otras cosas, por la intensa preocupación por la fuerza de las ideologías anticomunistas en Estados Unidos.⁹³ En cambio, en América Latina el sindicalismo tuvo mayor capacidad para construir un "pacto corporativo" con el Estado. El corporativismo latinoamericano fue un elemento central en la formación de los Estados sociales del subcontinente, y la base de la construcción de los sistemas de bienestar. En este sentido, el corporativismo es un concepto clave para explicar el desarrollo fragmentado de los sistemas de seguridad social de la región.

A grandes rasgos, *corporativismo* se puede entender como el régimen en el que la legitimidad y el funcionamiento social del Estado dependen, primariamente, de las corporaciones, y se caracteriza por el monopolio de la representación en un número limitado de asociaciones,⁹⁴ la erradicación de asociaciones competidoras o paralelas, la incorporación forzosa de sus miembros, la continua mediación con el Estado, el control estatal de los liderazgos y la articulación de intereses.⁹⁵ Si bien este fenómeno estuvo presente en muchos países de distintas regiones del mun-

⁹⁰ Candelaria Garay, *Social Policy Expansion in Latin America*, Cambridge University Press, Nueva York, 2016.

⁹¹ Isabela Mares y Matthew Carnes, "Social Policy in Developing Countries", *Annual Review of Political Science*, núm. 12, 2009, pp. 93-113.

⁹² *Ibid.*, pp. 98-101.

⁹³ Michel Burawoy, *El consentimiento en la producción. Los cambios del proceso productivo en el capitalismo monopolista*, MTSS, Madrid, 1989; Seymour Martin Lipset, "Trade Union Exceptionalism: The United States and Canada", *The Annals of the American Academy of Political and Social Science*, núm. 538, 1995, pp. 115-130.

⁹⁴ Sin embargo, esto se asocia con restricciones legales para la creación y reconocimiento de las organizaciones.

⁹⁵ Philippe Schmitter y Gerhard Lehmbruch (eds.), *Trends Toward Corporatist Intermediation*, Sage, Beverly Hills, 1979.

do a lo largo del siglo XX, no se dio de la misma manera en todas partes.⁹⁶ En el caso de América Latina, es importante considerar en particular el papel de los sindicatos en la intermediación de intereses ante el Estado y en el funcionamiento de éste y la economía. En este sentido, Enrique de la Garza⁹⁷ ha identificado dos tipos de sindicalismos en la región. Por un lado, el clasista, que predominó en Uruguay, Chile, Bolivia y, en determinados momentos, en Colombia, Perú y Ecuador. Éste se caracterizó por la lucha de clases —influido en su mayoría por la ideología marxista-leninista— y actuó como una fuerza política para definir políticas estatales más que por influir en decisiones a nivel empresa. Su enemigo, o en periodos muy cortos su amigo principal, más que el empresariado, fue el Estado. Por otro lado, el sindicalismo corporativo estaba más subordinado al Estado que a las empresas. Se le asocia con regímenes populistas o desarrollistas, cuando éstos lograron institucionalizar una parte del conflicto entre clases. Fue más común en México, Venezuela, Brasil, Argentina, Paraguay y, por un tiempo, en Perú y Bolivia.

Así pues, en algunos casos, la fundación de los sistemas de seguridad social respondió al interés de los gobernantes por controlar y cooptar a los sectores obreros y sus organizaciones y así garantizar la continuidad de una estrategia de modernización económica y social. Fue lo que sucedió en Brasil con la creación de las primeras leyes para proveer prestaciones por vejez, accidentes de trabajo y atención médica a algunas categorías de trabajadores a inicios de la década de 1930.⁹⁸

En otros casos, la fundación del sistema de seguridad social formó parte de un proyecto de modernización económica y social, no para controlar a los sectores obreros y a sus organizaciones, sino para contribuir al surgimiento de los grupos y actores que impulsaran dicha transformación, entre ellos los obreros y grupos de ingresos medios. Un ejemplo de esto es la creación de los esquemas de pensiones en Uruguay, impulsados por José Batlle y Ordóñez durante las primeras dos décadas del siglo XX, como parte de una estrategia de movilización política para imponer su proyecto de modernización a las élites del régimen agrario-exportador.⁹⁹ También hubo instancias en las que el gobierno fundó las primeras instituciones de seguridad social como respuesta a la movilización obrera en demanda de mejores condiciones

“ En algunos casos, la fundación de los sistemas de seguridad social respondió al interés de los gobernantes por controlar y cooptar a los sectores obreros y sus organizaciones y así garantizar la continuidad de una estrategia de modernización económica y social. ”

⁹⁶ El corporativismo no es simplemente intermediación de intereses, sino parte integral —de manera informal o institucional— de la gobernabilidad y, a lo largo del siglo XX, del funcionamiento del Estado interventor que sustituyó al Estado liberal del siglo anterior. El Estado interventor se desarrolló de distintas maneras. Por ejemplo, el Estado keynesiano en los países capitalistas desarrollados; el Estado fascista en Japón y algunos países de Europa; el Estado socialista y el Estado populista-desarrollista en otras regiones. En cada caso hubo relaciones corporativas específicas. Véase Enrique de la Garza, “Las transiciones políticas en América Latina, entre el corporativismo sindical y la pérdida de imaginarios colectivos”, en De la Garza (ed.), *Los sindicatos frente a los procesos de transición política*, CLACSO, Buenos Aires, 2001.

⁹⁷ De la Garza, *op. cit.*

⁹⁸ Véase Candelaria Garay, *op. cit.*, p. 86, y Ruth Berins Collier y David Collier, *Shaping the Political Arena: Critical Junctures, the Labor Movement, and Regime Dynamics in Latin America*, University of Notre Dame Press, Notre Dame, 1991, p. 172.

⁹⁹ Fernando Filgueira, “A Century of Social Welfare in Uruguay...”, *op. cit.*, pp. 9-10; Haggard y Kaufman, *op. cit.*, pp. 88-89; Ruth Berins Collier y David Collier, *op. cit.*

“ En otros casos, formó parte de un proyecto de modernización económica y social para contribuir al surgimiento de los grupos y actores que impulsaran dicha transformación, entre ellos los obreros y grupos de ingresos medios. ”



laborales y de vida, así sucedió en México con la fundación de las dos instituciones más importantes de seguridad social: una para los trabajadores del sector privado (1943) y otra para los del sector público (1963).¹⁰⁰ Por lo tanto, el auge de la política social en la región estuvo estrechamente relacionado con los procesos políticos y económicos, el tipo de régimen gubernamental y las relaciones que estas circunstancias generaron.

1.2.2.2. Contexto regional. El avance de los derechos humanos, económicos y sociales

El avance de los derechos humanos en el interior del continente fue accidentado durante esta época. La Guerra Fría, el intervencionismo norteamericano y los regímenes autoritarios y dictatoriales que dominaron en buena parte de los países latinoamericanos durante estas décadas impidieron la implementación de muchas normativas en la materia a nivel internacional y local. Sin embargo, como apunta el historiador Luis Roniger,¹⁰¹ Amé-

rica Latina ha sido históricamente punta de lanza en los procesos de justicia social y derechos humanos, y este periodo no fue la excepción. En la región hubo avances importantes en cuanto a derechos económicos y sociales, incluso cuando no se habían establecido en su totalidad los derechos políticos. Aún más, las experiencias represivas de la época promovieron a finales del siglo

“ También hubo instancias en las que el gobierno fundó las primeras instituciones de seguridad social como respuesta a la movilización obrera en demanda de mejores condiciones laborales y de vida. ”

¹⁰⁰ Véase Vivane Brachet, *El pacto de dominación: Estado, clase y reforma social en México (1910-1995)*, El Colegio de México, Ciudad de México, 1996; Ilán Bizberg, "Tipos de capitalismo y sistemas de protección social", en Ilán Bizberg (coord.), *Variaciones del capitalismo en América Latina: los casos de México, Brasil, Argentina y Chile*, El Colegio de México, Ciudad de México, 2015.

¹⁰¹ Véase Luis Roniger, *op. cit.*



procesos de justicia novedosos y progresistas, como las comisiones de la verdad.

Los países de América contribuyeron en el fortalecimiento del discurso de derechos humanos a nivel internacional. Ya se mencionó la influencia latinoamericana en la discusión de los derechos sociales y económicos en la elaboración de la DUDH y el PIDESC, pero a nivel continental destacan algunas aportaciones. Una de ellas es la elaboración de la carta de la Organización de los Estados Americanos (OEA), suscrita en 1948 —unos meses antes que la promulgación de la DUDH— y que reconoce “que el hombre sólo puede alcanzar la plena realización de sus aspiraciones dentro de un orden social justo, acompañado de desarrollo económico y verdadera paz”, por lo que los Estados miembros reconocen, entre otros, principios como que “todos los seres humanos, sin distinción de raza, sexo, nacionalidad, credo o condición social, tienen derecho al

bienestar material y a su desarrollo espiritual”; “el reconocimiento de la importancia de la contribución de las organizaciones, tales como los sindicatos, las cooperativas y asociaciones culturales”, y el “desarrollo de una política eficiente de seguridad social”.¹⁰² Estos principios reflejan la importancia que se daba a la justicia social, el trabajo y la seguridad social al proceso de paz internacional de la posguerra, enmarcados en un orden liberal promovido en ese momento por Estados Unidos.

Quizás el esfuerzo más emblemático de la colaboración regional y la importancia de la seguridad social en la época se encuentre en la fundación de la Conferencia Interamericana de Seguridad Social (CISS). Su historia, además, demuestra la importancia que tuvo América para la OIT en estos años, más allá de la conocida influencia de esta última en la elaboración de leyes y sistemas a nivel nacional en el continente. De acuerdo con Hugo Garciamarín, los antecedentes inmediatos

¹⁰² OEA, Artículo 45 de la *Carta de la Organización de los Estados Americanos (1948)*. Disponible en http://www.oas.org/dil/esp/afrodescendientes_manual_formacion_lideres_anexos.pdf



de la CISS se encuentran en la Conferencia Internacional del Trabajo de 1939, en La Habana, Cuba, y la reunión internacional celebrada con motivo de la inauguración del Hospital de la Caja Obrera de Lima, Perú, en 1940.¹⁰³

Durante la reunión de La Habana, se refrendó la importancia de la cooperación internacional para alcanzar la paz, así como la importancia de garantizar el bienestar de los pueblos para evitar los conflictos tanto internos como internacionales. Como relata Garciamarín, la seguridad social tuvo un papel protagónico en las discusiones, y poco tiempo después se propiciaría el contexto bajo el cual fue posible crear un espacio de reflexión y colaboración regional sobre el tema. Durante la reunión de Lima en 1940, con representantes de Bolivia, Chile, Ecuador, Estados Unidos, Argentina, Brasil, Colombia, México, Venezuela y Perú, se acordó la creación del Comité Interamericano de Iniciativas de Seguridad Social. En 1942 se celebró en Santiago, convocada por el Comité y el gobier-

“Quizás el esfuerzo más emblemático de la colaboración regional y la importancia de la seguridad social en la época se encuentre en la fundación de la Conferencia Interamericana de Seguridad Social (CISS). Su historia, además, demuestra la importancia que tuvo América para la OIT en estos años, más allá de la conocida influencia de esta última en la elaboración de leyes y sistemas a nivel nacional en el continente.”

no chileno, la Primera Conferencia Interamericana de Seguridad Social, en la cual se aprobaron los estatutos del nuevo organismo, la CISS, cuya sede se encuentra en la Ciudad de México.

La OIT desempeñó un papel fundamental en la creación de la CISS y en las reuniones que le antecedieron. Tras su cambio de sede a Canadá, ocasionado por la Segunda Guerra Mundial, la Organización fue mucho más cercana a los desarrollos en América que cuando estaba en Europa. Los expertos de la OIT viajaron a los países del continente para compilar estadísticas sobre trabajo, y los gobiernos los invitaban a colaborar en la formulación de sus sistemas de seguridad social, como lo hizo Chile para la reorganización de sus programas en 1942. De esta manera, la OIT no sólo sirvió como asesor, sino como organismo difusor de políticas y principios, tanto en espacios de colaboración regional (como la CISS y las Conferencias del Trabajo), como en sus investigaciones y asesorías a nivel nacional.

¹⁰³ Hugo Garciamarín, *op. cit.*

1.2.2.3. Desarrollo de la seguridad social

La Segunda Guerra Mundial, sin duda, trastocó las sociedades americanas, sus economías y políticas sociales. La seguridad social en el continente, por supuesto, no fue excepción. Desde finales de la década de 1930 y durante los años cuarenta, comenzó el surgimiento de sistemas de seguridad social distintos a los establecidos en los países “pioneros” del continente. Los nuevos sistemas fueron más complejos que los anteriores por lo menos en tres sentidos. Primero, protegían —o buscaban cubrir, en principio— a todas las personas asalariadas (no a jornaleras ni trabajadoras del hogar). Segundo, incluían mayores prestaciones, como servicios médicos y maternidad. Tercero, se basaban en mayor medida en estudios técnicos y actuariales.¹⁰⁴ Entre los países que desarrollaron sus sistemas en esta etapa se encuentran Ecuador, Bolivia, Perú, Panamá, México, Costa Rica, Paraguay, Venezuela y, en las siguientes dos décadas, el resto de los países centroamericanos y naciones del Caribe recién independizadas. Algunos de estos países, como México, gozaban ya de una riqueza relativa importante, pero muchos otros tenían una economía poco industrializada y poblaciones mayoritariamente rurales. Esto significa que la industrialización no fue una condición necesaria para el surgimiento de los sistemas de seguridad social en esta época, y que, en muchos casos, éstos cubrían inicialmente a pocas personas, pues excluían a la población rural.

Los sistemas que se crearon en esta etapa estuvieron influidos, en buena medida, por la asistencia técnica brindada por la OIT y su visión de un sistema de seguridad social basado en la propuesta de Beveridge. Pero también fueron definidos en parte por su esfuerzo de evitar algunos de los errores de los países “pioneros” en cuanto a estratificación y segmentación. Por lo tanto, estos

“ Los nuevos sistemas fueron más complejos que los anteriores por lo menos en tres sentidos. Primero, protegían —o buscaban cubrir, en principio— a todas las personas asalariadas (no a jornaleras ni trabajadoras del hogar). Segundo, incluían mayores prestaciones, como servicios médicos y maternidad. Tercero, se basaban en mayor medida en estudios técnicos y actuariales. ”

países buscaron crear sistemas que Mesa-Lago califica con cautela como “relativamente unificados” desde sus inicios, en muchos casos con instituciones rectoras.¹⁰⁵ Mesa-Lago es cuidadoso en el término, pues es de notar que algunos de estos países crearon subsistemas para grupos de presión poderosos, como sindicatos de trabajadores del Estado o de empresas públicas, a quienes se buscaba brindar ciertos beneficios sociales a cambio de lealtad política.

Este sistema de *corporativismo estratificado*¹⁰⁶ generó relaciones clientelares entre gobierno y trabajadores en varios países del continente, como México, Argentina, Brasil y Chile. El resto de la población —una amplia mayoría— sería incorporada en sistemas generales que, inspirados en las tendencias de la posguerra, buscarían incluir un amplio espectro de protección que sería igual para todas las personas inscritas. Sin embargo, estos arreglos institucionales han tenido efectos duraderos que han permitido la continuidad de regímenes especiales para sectores privilegiados, a pesar de que esto produce grandes desigualdades en el

¹⁰⁴ OIT, *La Seguridad Social en las Américas...*, op. cit., y Mesa-Lago, *El desarrollo de la seguridad social...*, op. cit.

¹⁰⁵ Mesa-Lago, *El desarrollo de la seguridad social...*, op. cit., p. 7.

¹⁰⁶ Ilán Bizberg, “El régimen de bienestar mexicano, del corporativismo al asistencialismo”, en I. Bizberg y M. Scott, *El Estado de Bienestar ante la globalización, el caso de Norteamérica*, El Colegio de México, Ciudad de México, 2012.

acceso a las prestaciones de la seguridad social. Regularmente, los sectores beneficiados por estos regímenes son servidores públicos de alto nivel o integrantes de las fuerzas armadas, que tienen fuertes organizaciones de representación laboral para oponerse de manera exitosa a cualquier reforma que implique una reducción de sus privilegios, a pesar de que esto pueda traer beneficios o mejoras integrales para el sistema en conjunto, por ejemplo, una distribución más equitativa de los recursos públicos.

Algunos de los países que fundaron su sistema en esta época buscaron la unificación mediante la creación de instituciones rectoras, aunque con distintos grados de éxito. Es el caso, por ejemplo, de Bolivia tras la revolución obrera de 1952. En 1956 se creó el Código de Seguridad Social boliviano, que cubría enfermedad, maternidad, riesgos profesionales, invalidez, vejez y muerte. Entre las asignaciones familiares estaban los subsidios: matrimonial, de natalidad, de lactancia, familiar y de sepelio. Sin embargo, la gestión continuó dividida. En 1956 existían la Caja Nacional de Seguridad Social, la Caja Ferroviaria de Seguro Social y la Caja del Seguro Social Militar, y a éstas se sumaron nuevas a lo largo del tiempo. Incluso tras la creación del Instituto Boliviano de Seguridad Social en 1973, el sistema siguió fragmentado, con por lo menos cinco entidades gestoras de las cajas de salud y seis de pensiones. Por otra parte, en Ecuador comenzó un proceso de unificación relativamente más exitoso a lo largo de la década de 1960, hasta que en 1970 se conformaron los organismos del actual Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS).¹⁰⁷ En Uruguay, desde la década de 1930, se intentó unificar el sistema de seguridad social, pero fue hasta 1979 que se lograron integrar varios de los fondos y las prestaciones existentes bajo la Dirección General de Seguridad Social (ver Capítulo 5). En Nicaragua, el

general Anastasio Somoza García creó el Instituto Nicaragüense de Seguridad Social (INSS) en 1957: un sistema bastante integrado en comparación con los del resto de Centroamérica, que cubría en el mismo instituto a los trabajadores de los sectores público y privado (sólo quedaron fuera de éste el Ejército, la Policía y los empleados del Ministerio de Gobernación). El INSS daba cobertura, desde el inicio, a sus dos "ramas": las prestaciones por invalidez, vejez y muerte (IVM), y el llamado Régimen Integral, que incluía las prestaciones por salud y maternidad. Sin embargo, la cobertura siempre fue muy limitada, sin transformaciones ni ampliaciones importantes hasta 1979, con el triunfo del Frente Sandinista y la posterior creación del Instituto Nicaragüense de Seguridad Social y Bienestar (INSSBI) (ver Capítulo 8).

Muchos de los sistemas de esta época tuvieron una cobertura inicial de riesgos de corto plazo, como enfermedad, maternidad y riesgos profesionales. Pero, a diferencia de los países pioneros, las legislaciones que crearon estos sistemas ya planearon la expansión de su cobertura geográfica y de contingencias.¹⁰⁸ Esta tendencia progresiva se vio reflejada también en el primer grupo de países, que buscaron ampliar sus coberturas durante estas décadas. Sin embargo, la expansión se tradujo en una creciente pluralidad institucional y en marcadas diferencias en las prestaciones, como ocurrió en Argentina y Uruguay.¹⁰⁹ Uno de los países con mayor pluralidad institucional fue Cuba, donde antes de su revolución había 52 insti-

“ Sin embargo, la expansión se tradujo en una creciente pluralidad institucional y en marcadas diferencias en las prestaciones. ”

¹⁰⁷ Para más sobre los casos de Bolivia y Ecuador, véase OPS y OMS, *op. cit.*

¹⁰⁸ OIT, *La Seguridad Social en las Américas...*, *op. cit.*, p. 10.

¹⁰⁹ *Idem.*

tuciones de seguridad social o cajas, de las cuales 38 se crearon entre 1940 y 1958.¹¹⁰ Además, algunos países de este primer grupo experimentaron con políticas de seguridad social que buscaban ir más allá de los esquemas contributivos tradicionales. Argentina, por ejemplo, creó en 1949 un sistema de pensiones no contributivo, sujeto a la comprobación de necesidad del interesado, aunque con montos muy bajos, que le daban un carácter esencialmente asistencialista.¹¹¹

Como lo demostraron los casos brasileño, uruguayo y chileno, esta fragmentación institucional, que se reforzaba a sí misma al establecer incentivos para que las personas beneficiarias se opusieran a cambios que consideraban podían mermar su bienestar, sólo se pudieron superar en periodos de alta concentración de poder y espacio mínimo para la disidencia, como sucedió durante los gobiernos autoritarios.

Los sistemas creados en América Latina después de la Segunda Guerra Mundial fueron, por lo menos por un tiempo, financieramente más sostenibles que los sistemas de los países pioneros. En parte, esto se debió a su relativa unidad, que los hizo más eficientes, pero también a que las prestaciones, en muchos casos, no eran tan altas como las que se otorgaban a algunos grupos en los países que fundaron sus sistemas a lo largo de las tres primeras décadas del siglo. Además, durante esta época, algunos países que alcanzaron mayores niveles de industrialización y desarrollo económico experimentaron un auge en la creación de empleo formal y un incremento en el número de cotizantes. El aumento de los recursos de los sistemas de seguridad social en algunos casos se utilizó para mejorar y diversificar las prestaciones, así como para invertir en distintos proyectos. En México, por ejemplo, los ingresos se invirtieron en la compra de equipo e infraestructura hospitalaria, en la adquisición de centros

vacacionales e, incluso, de equipos de fútbol. En Uruguay, las reservas financiaron los proyectos de desarrollo del gobierno. Estas expansiones e inversiones no siempre resultaron sostenibles. Por ejemplo, la financiación de los proyectos se hizo sin indexarlos, por lo que se fue perdiendo el valor del dinero prestado. Aquellos sistemas de prestaciones más altas y que se expandieron con mayor rapidez, como el costarricense, se encontraron con problemas de sostenibilidad relativamente pronto, entre los años sesenta y setenta. Otros experimentaron problemas unas décadas más tarde, como ocurrió en México, donde a finales del siglo comenzó una amplia discusión sobre la sostenibilidad del sistema, sobre todo por malas decisiones de inversión y por la alta presencia de trabajo informal, que no sólo limitaba la cobertura, sino también el financiamiento.

Por otra parte, los países que crearon sus sistemas de manera tardía, durante este periodo, como los países del Caribe, a partir de la década de 1960, lograron instituciones más unificadas, con menor o nula estratificación de grupos y prestaciones uniformes y de monto fijo. Eran más similares al sistema británico, inspirado en el Informe de Beveridge, tanto por el pasado colonial como por la mayor colaboración con la OIT para diseñar el sistema (ver Capítulo 4). Los primeros sistemas fueron los de Jamaica y Barbados que, por ejemplo, cubrían a todas las personas trabajadoras, incluso a quienes trabajaban por cuenta propia, en caso de invalidez, vejez, muerte del sostén familiar, accidentes de trabajo y enfermedades profesionales. En Barbados, además, se contemplaba una prestación de dinero por enfermedad no profesional y maternidad. Sin embargo, aunque estos sistemas tuvieron un desarrollo unificado y completo desde el inicio, su cobertura geográfica en la práctica estuvo limitada a las zonas urbanas.¹¹²

¹¹⁰ Álvarez García, *op. cit.*

¹¹¹ OIT, *La Seguridad Social en las Américas...*, *op. cit.*, p. 13.

¹¹² OIT, *La seguridad social en las Américas...*, *op. cit.*, pp. 14-16; Mesa-Lago, *El desarrollo de la seguridad social en América Latina...*, *op. cit.*, p. 8.

También en Canadá se desarrolló un sistema de seguridad social similar al del Estado de bienestar europeo. A sus sistemas de aseguramiento y asistencia social, en la década de 1940, se sumaron nuevos programas de carácter universalista, aunque con "distintos grados de generosidad y, como se vio tiempo después, diferentes niveles de resiliencia institucional".¹¹³ Béland y Waddan ejemplifican estas diferencias mediante tres programas de corte universalista —beneficios familiares, pensiones y salud—, instituidos durante el periodo. El programa de beneficios familiares se creó en 1945 y estaba disponible para todas las familias con hijos pequeños, aunque penalizaba a familias muy numerosas. Contó con un gran apoyo popular, pero hubo resistencia inicial por parte del gobierno de Quebec, pues las familias católicas de ascendencia francesa solían tener más hijos. Sin embargo, el programa fue un éxito por varios años y hasta el inicio de la neoliberalización de las políticas sociales a finales de siglo.

Otro programa que estuvo sujeto a vaivenes de la política interna canadiense fue el programa universal de pensiones llamado Old Age Security (OAS), aprobado en 1951. El OAS otorgaba una pensión modesta de montos fijos a todas las personas residentes a partir de los 70 años (y después a partir de los 65). Aunque menos de una década después se demostró que el monto era insuficiente para garantizar bienestar, los cambiantes arreglos institucionales y políticos hicieron imposible su expansión y, en cambio, se optó por esquemas mixtos (*Canada /Quebec Pension Plan*, CPP/QPP, y el *Guaranteed Income Supplement*, GIS) hacia mediados de los años sesenta. Estos esquemas contemplaban, por un lado, pensiones contributivas y, por otro, programas de asistencia social para la vejez financiados por impuestos generales y sujetos a comprobación de necesidades. En comparación, el sistema de salud universal de Canadá fue

posible justamente por las tensiones de la política canadiense. El partido que gobernaba la provincia de Saskatchewan entre 1944 y 1964, de corte socialista, presionó al gobierno central con el fin de obtener financiamiento para un sistema de salud público universal, que pronto se convirtió en un "componente central de la ciudadanía social, así como un símbolo de identidad nacional".¹¹⁴

Por su parte, en Estados Unidos se siguió debatiendo en estos años entre la asistencia y el aseguramiento social. En general, se consideraba que un programa no contributivo sería más vulnerable a los cambios políticos e institucionales y que, por el contrario, aquellos en los que la población contribuye de manera directa serían protegidos por los mismos electores.¹¹⁵ Esto explica en parte por qué, aunque hubo intentos de crear un sistema universal de pensiones a finales de la década de 1940, al final no se reemplazó el esquema contributivo. Si bien a nivel federal no se produjo ningún programa de seguridad social de corte universalista, hubo avances importantes en el financiamiento de algunos de los componentes de la seguridad social, como en el caso de la salud. A mediados de los años sesenta, se instituyeron Medicare y Medicaid. El primero es un programa federal para financiar necesidades de salud de adultos mayores, al cual se accede mediante contribuciones y, en algunos casos, pagos opcionales por una ampliación en la gama de servicios. Medicaid es un programa financiado por la federación y los estados, y dirigido a las poblaciones más empobrecidas, que no pueden acceder a los seguros privados. La población beneficiaria de Medicaid varía entre estados y tiene que comprobar su necesidad. La creación de ambos programas repetía la dicotomía entre aseguramiento (Medicare) y asistencia (Medicaid), y ninguno logró volverse universal.

A pesar del aumento de la cobertura, en la mayoría del continente americano persistieron las

¹¹³ Daniel Béland y Alex Waddan, "Why Are There no Universal Social Programs in the United States? A Historical Institutional Comparison with Canada", *World Affairs*, primavera de 2017, p. 72.

¹¹⁴ Béland y Waddan, *op. cit.*, p. 73.

¹¹⁵ Véase Skocpol, *op. cit.*, y Howard 2006, cit. en Béland y Waddan, *op. cit.*

“Sin embargo, la población que habitaba en zonas urbanas era la que más gozaba de protección, pues la mayoría de las personas que se dedicaban a actividades agrícolas y las personas indígenas permanecieron excluidas. Así, los regímenes de bienestar en América durante este periodo garantizaron derechos sociales sólo a ciertos sectores de la población, por lo que se puede observar un desarrollo histórico contradictorio entre el reconocimiento (que se dio en este mismo periodo) de la seguridad social como derecho humano y su cobertura, que en realidad sólo llegaba a ciertos sectores de la población y, aun dentro de ellos, con diferentes características y prestaciones.”

diferencias de protección según el tipo de empleo y, muchas veces, según el sector en el que se trabajaba. Hasta la década de 1970, la cobertura se concentró en las personas empleadas en el sector formal, y, en algunos casos, en sus familias en calidad de dependientes. Aun así, el empleo formal era la principal vía de acceso a la seguridad social, lo cual fue una limitación importante sobre todo en América Latina, donde alrededor del 30 % de la población urbana en 1970 trabajaba en el sector informal, a pesar del crecimiento económico de las décadas anteriores.¹¹⁶ Sin embargo, la población que habitaba en zonas urbanas era la que más gozaba de protección, pues la mayoría de las personas que se dedicaban a actividades agrícolas y las personas indíge-

nas permanecieron excluidas. Así, los regímenes de bienestar en América durante este periodo garantizaron derechos sociales sólo a ciertos sectores de la población,¹¹⁷ por lo que se puede observar un desarrollo histórico contradictorio entre el reconocimiento (que se dio en este mismo periodo) de la seguridad social como derecho humano y su cobertura, que en realidad sólo llegaba a ciertos sectores de la población y, aun dentro de ellos, con diferentes características y prestaciones.

La época de auge de la seguridad social llegó a su fin en la década de 1970, cuando muchos de los problemas de los sistemas, y del manejo económico en general, comenzaron a manifestarse. A pesar del crecimiento económico, el modelo de desarrollo

de América Latina de mediados del siglo dejó altos niveles de pobreza y de desigualdad. La situación empeoró tras las crisis de la década de los setenta e inicios de los ochenta, que afectaron de manera importante a la región y generaron elevados niveles de endeudamiento e inflación. Los nuevos empresarios y la clase media alta que surgieron del modelo desarrollista comenzaron a promover las privatizaciones, las políticas de libre mercado y la apertura de fronteras a la globalización económica. De acuerdo con las ideas neoliberales, se asumió que estas medidas podrían generar mejores productos a menor precio, y que los servicios privados serían mejores y más expeditos que los provistos por el sector público.¹¹⁸ Así, a finales de la década de 1970 y en los años siguientes, comenzó un nuevo periodo caracterizado por la *neoliberalización* de las políticas sociales del continente.

Estos cambios, lejos de solucionar la tensión histórica entre la seguridad social como prestación laboral y como derecho humano, únicamente la exacerbaron, y sólo se pudo avanzar marginalmente a partir del año 2000, aunque sin revertir de manera definitiva las tendencias excluyentes y de un disfrute desigual del derecho humano.

¹¹⁶ Alejandro Portes y Richard Schauffler, "Competing Perspectives on the Latin American Informal Sector", *Population and Development Review*, núm. 1, vol. 19, marzo de 1993, pp. 33-60.

¹¹⁷ Carlos Barba Solano, "Welfare Regimes in Latin America: Thirty Years of Social Reforms and Conflicting Paradigms", en Gibrán Cruz-Martínez, *Welfare and Social Protection in Contemporary Latin America*, Routledge, Nueva York, 2019.

¹¹⁸ *Idem*.



Desde sus orígenes, el acceso a la seguridad social estuvo estrechamente relacionado con la condición laboral de las personas. Esto fue el resultado de diversos procesos históricos, que en algunos casos supuso el interés de la coalición gobernante de asegurar el apoyo de los trabajadores mejor organizados; en otros, el interés por conseguir el crecimiento de sectores de la economía fundamentales para el desarrollo, reducir la conflictividad en las relaciones entre trabajadores y patrones, o alguna combinación de todas estas opciones.

En la primera etapa del largo siglo XX de la seguridad social, se incorporó principalmente a servidores públicos, integrantes de fuerzas armadas y trabajadores de sectores económicos estratégicos, como el transporte por ferrocarril. Los países pioneros consiguieron desarrollar una amplia cobertura a lo largo del siglo XX, pero a costa de una alta fragmentación institucional, la cual producía desigualdades importantes en el acceso.

En la segunda etapa, el acceso siguió supeeditado a la condición laboral de las personas. Incluso cuando el establecimiento de los sistemas de seguridad social no dependió tanto de las relaciones entre gobierno, organizaciones sindicales y patrones —como en Estados Unidos y Canadá—, el acceso a los beneficios dependía de la situación laboral de las personas, en particular en el caso de las pensiones. A pesar de que se consiguió un mayor grado de unificación en mu-

chos de los países de la región de América Latina y el Caribe que fundaron sus sistemas en este periodo, continuaron desigualdades importantes en los beneficios de la seguridad social. En estos casos, los sistemas tuvieron su origen tanto en la instrumentación de un modelo de desarrollo basado en el mercado interno, como en la inclusión corporativa de los trabajadores a las coaliciones políticas dominantes, particularmente en los países con experiencias populistas, como sucedió en México, Brasil o Argentina.

Como se puede observar, los arreglos institucionales en el origen de los sistemas de seguridad social orientaron su desarrollo a lo largo del siglo pasado y, como se expone en el siguiente capítulo, continúan influyendo en el acceso a la seguridad social, lo que supone todavía un acceso desigual o incluso, en algunos casos, la exclusión de la mayoría de la población.

No obstante, desde finales de la década de 1940 se reconoció a la seguridad social como un derecho humano, por lo que su disfrute no debería depender de la situación laboral (ni de ningún otro tipo de condición). En este proceso fue determinante la influencia de ámbitos de cooperación internacional y de organismos multilaterales, que en casos como el de la OIT o la CISS, también contribuyeron al desarrollo de los sistemas de seguridad social nacionales mediante asistencia técnica, investigaciones, así como foros de discusión y difusión de experiencias relevantes.



“ En síntesis, los procesos económicos, sociales y políticos mundiales, regionales y nacionales propiciaron que, a finales de la década de 1970, prácticamente todos los países del continente contaran con un sistema de seguridad social, pero con la profunda contradicción, entre su reconocimiento como derecho humano y su vinculación a la condición laboral. ”

En síntesis, los procesos económicos, sociales y políticos mundiales, regionales y nacionales propiciaron que, a finales de la década de 1970, prácticamente todos los países del continente contaran con un sistema de seguridad social, pero con la profunda contradicción, ya anotada, entre su reconocimiento como derecho humano y su vinculación a la condición laboral.

La siguiente década marcó el inicio de una época de inestabilidad económica, tanto académicos como representantes electos y funcionarios públicos hicieron hincapié en problemas como la fragmentación, la ineficiencia y la insostenibilidad financiera de algunos sistemas de seguridad social para justificar el establecimiento de reformas de corte neoliberal que modificaron

principalmente los sistemas de salud y de pensiones en varios países. Estas reformas, que se dieron en distintos grados y tiempos en cada país, marcaron el inicio de la etapa contemporánea de la seguridad social, como se observará con más detalle en los estudios de caso. Sin embargo, en general, no hicieron *más que tensar la contradicción entre la garantía universal y el acceso vinculado al empleo*. Al principio, de hecho, disminuyó la cobertura, y aunque se hicieron varios esfuerzos por aumentarla, permanecieron los problemas de exclusión, fragmentación, desigualdad e insostenibilidad financiera. El análisis de la evolución de esta tensión y los cambios más importantes a los sistemas de seguridad social son, precisamente, la materia del siguiente capítulo.

Capítulo 2

El fin del largo siglo XX de la seguridad social:
una época de decadencia y contradicciones





Entre las décadas de 1940 y 1970, se establecieron la mayoría de los sistemas de seguridad social en la región americana. En los países donde estaban más desarrollados —como Uruguay—, se alcanzaron altos niveles de cobertura—aunque estuvieran supeditados a la situación laboral de las personas— y en los Estados donde su aparición fue tardía —como los de Centroamérica— se logró una protección limitada; esto a pesar de que los gobiernos del continente la habían reconocido, internacionalmente, como un derecho humano y, durante la redacción de la Declaración Universal de los Derechos Humanos, habían promovido postulados programáticos ambiciosos —al menos para América Latina—. Sin embargo, fue una época de auge, sobre todo si se le compara con los cambios que surgieron a partir de 1980.

A consecuencia de las dificultades económicas de la época, a finales de los años setenta y principios de los ochenta, comenzó un duro empuje a la seguridad social, enfilado por élites políticas, económicas y tecnocráticas inspiradas en el dogma del libre mercado como motor del desarrollo. Con ello se inició una nueva etapa en la historia de los sistemas de seguridad social del continente.

En un primer momento, hasta finalizar los noventa, se trató de reformar los sistemas de manera radical con la finalidad de reducir las cargas que imponían al Estado; sin embargo, la crisis social causada por estos cambios requirió, en un segundo momento, un nuevo ciclo de re-

formas para atenderla, sin alterar sustancialmente el programa neoliberal, y con paliativos que no solucionaron los problemas en el acceso a las prestaciones.

El ataque a la seguridad social —que implicó la reducción súbita del gasto público, la descentralización de los servicios y la privatización de algunas prestaciones— agudizó su característica contradictoria —por un lado, su naturaleza de derecho humano y, por otro, su dependencia de la condición laboral—. A lo largo de este periodo se instrumentaron programas focalizados para atender a la población en condición de pobreza —muy distintos de los instrumentos desarrollados por los sistemas de seguridad social de los periodos previos—.

Al finalizar la década de 1990, los países americanos se encontraron en una situación económica mejor, con democracias electorales relativamente funcionales —una novedad para la mayoría de los países latinoamericanos— y en medio de un escenario ideológico internacional en el que comenzaba a gestarse un acuerdo sobre la importancia de universalizar el acceso a la seguridad social. Algunos países intentaron revertir el legado neoliberal, por ejemplo, Argentina, Bolivia, Ecuador y Nicaragua revirtieron la privatización de los sistemas de pensiones e instrumentaron reformas para facilitar el acceso a servicios de salud, los cuales también se habían deteriorado. Del mismo modo, se procuró atender las graves consecuencias sociales de los años de crisis y, sobre

“ También trajo consigo la institucionalización de sistemas duales: por un lado, mecanismos financiados con cotizaciones basadas en el salario, que otorgan prestaciones a las personas con empleo formal; por el otro, mecanismos focalizados, que otorgan menores niveles de protección, orientados a las personas en condición de pobreza o en situación de vulnerabilidad. Esta estructura de los sistemas ha establecido un disfrute desigual del derecho humano a la seguridad social. ”

todo, de las políticas de austeridad y privatización, por medio de programas financiados con rentas generales (es decir, de contribución indirecta) dirigidos a la población en situación de vulnerabilidad o pobreza. En algunos casos, los antecedentes de estas estrategias fueron las políticas sociales de focalización creadas entre 1980 y 1990.

Si bien estas acciones permitieron ampliar la cobertura de algunas prestaciones de la seguridad social —como las pensiones por vejez o las asignaciones familiares— y, de esta manera, aminorar la exclusión de las personas sin acceso a un trabajo formal, también trajo consigo la institucionalización de sistemas duales: por un lado, mecanismos financiados con cotizaciones basadas en el salario, que otorgan prestaciones a las personas con empleo formal; por el otro, mecanismos focalizados, que otorgan menores niveles de protección, orientados a las personas en condición de pobreza o en situación de vulnerabilidad. Esta estructura de los

sistemas ha establecido un disfrute desigual del derecho humano a la seguridad social.

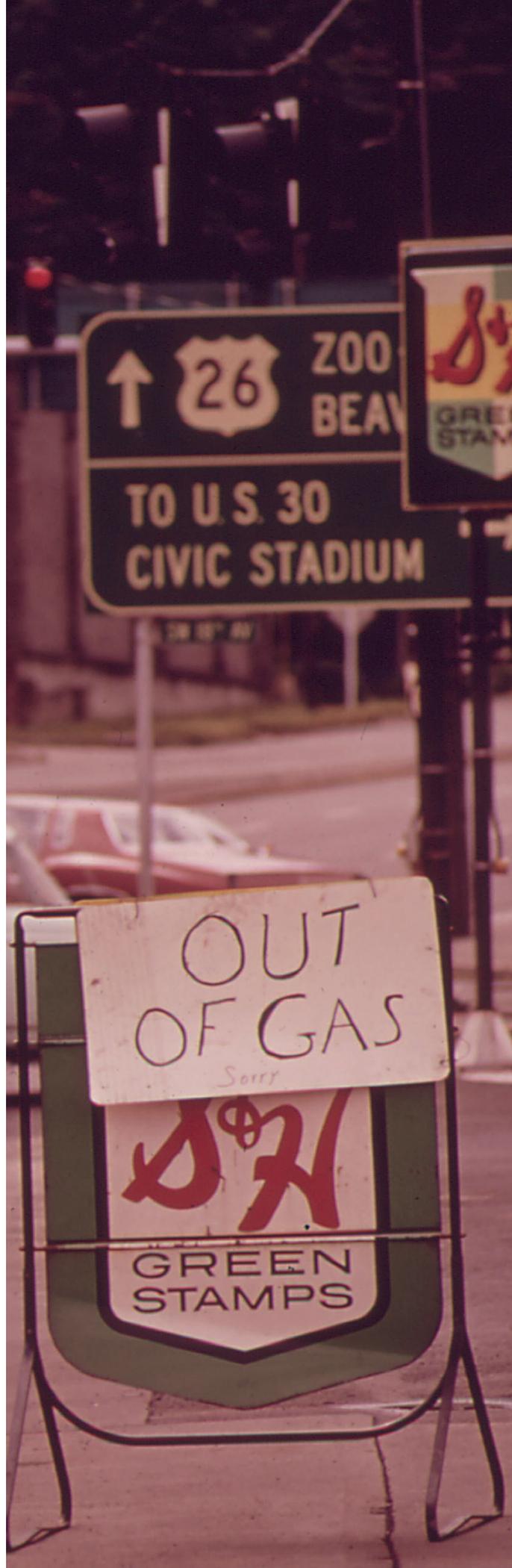
En este capítulo, pues, se revisa la evolución de los sistemas de seguridad y sus procesos en dos subperiodos: el primero, de 1980 a 1990; el otro se inició en la década de los 2000 y, tentativamente, podría encontrar su cierre en la del 2020, ante los efectos de la crisis económica y sanitaria causada por la pandemia de COVID-19, que ha planteado la necesidad de mejorar los sistemas de seguridad social del continente y adaptarlos para responder a los riesgos sociales del nuevo milenio. En el caso del segundo sub-periodo se analiza la reversión de algunas privatizaciones de los sistemas de pensiones, la creación de prestaciones no contributivas (o de contribución indirecta) por vejez, algunas reformas sanitarias en pos de la universalización y la creación de los programas de transferencias condicionadas. Por último, se presentan las conclusiones.

2.1. El embate neoliberal y la decadencia

2.1.1. La seguridad social y el fin de la época dorada del capitalismo

Al finalizar la década de 1970, era claro que habían terminado los años dorados del capitalismo, de un boyante crecimiento económico y altos niveles de empleo —en particular en los países desarrollados, pero también, en menor medida, en algunos del llamado tercer mundo—. Ese periodo, como se expuso en el capítulo anterior, fue el de la creación y expansión de la mayoría de los sistemas de seguridad social en América, aunque el costo fue la exclusión de las personas que trabajaban y vivían en el campo, y de las que se ocupaban en la economía informal o en trabajos de cuidado no remunerados.

A partir de la crisis de los precios del petróleo de 1973, empezó un periodo de menor crecimiento económico —que en los países desarrollados se había mantenido en una expansión más o menos constante desde el fin de la Segunda Guerra Mundial— y un aumento del desempleo —con lo que terminó también una etapa en la que éste había alcanzado mínimos históricos—. Estas condiciones y los altos niveles de inflación interactuaron con la disminución del crecimiento y dieron origen a una situación económica sin precedentes, para la que se formuló un nuevo término: *estanflación*.



Adicionalmente, el costo de las políticas sociales había crecido de manera considerable. Por ejemplo, entre 1958 y 1980, el gasto en seguridad social pasó del 11 % al 31 % del producto interno bruto (PIB) en Suecia; en Francia, del 13 % al 25 %, y en Estados Unidos, del 6 % al 12 %.¹ Este incremento se relacionó con la creación de nuevas prestaciones sociales, la expansión de la cobertura de algunas de ellas y cambios demográficos —como con el envejecimiento poblacional, que no sólo supone un mayor gasto en pensiones, sino también en servicios de salud—.

Pese a que el fin de ese periodo de crecimiento económico constante produjo problemas en los países desarrollados, los estragos más importantes se dieron en los menos industrializados² —como los latinoamericanos—. En estos casos, la falta de crecimiento tuvo efectos desastrosos al interactuar con las precarias condiciones fiscales y un alto endeudamiento externo.

Las dificultades económicas favorecieron la llegada al poder de líderes políticos que veían a la intervención estatal en la economía —que había sido el fundamento de las economías de posguerra— y, en particular, a la seguridad social, como fuentes de ineficiencia económica. Sus argumentos hacían hincapié en los altos costos que tenía el factor trabajo, dado que muchas veces las prestaciones se financian con aportaciones obrero-patronales, lo que, supuestamente, generaba distorsiones en el mercado laboral, incrementaba los costos de producción, reducía el margen de ganancia y, en consecuencia, desincentivaba la inversión. De esta manera, los líderes políticos del conservadurismo acusaban a los Estados de bienestar de asfixiar y desincentivar la participación en el mercado laboral por la generosidad de sus prestaciones, lo que además favorecía la dependencia de las políticas sociales. Así, fue ganando

presencia la idea de que era necesario reducir (*retrench*) la participación estatal en la provisión de bienestar, lo que supondría la eliminación de los frenos que se habían impuesto a la economía en las últimas décadas.

De hecho, como apunta Claus Offe, a estas críticas de derecha se sumaron otras desde la izquierda: algunos consideraban que los Estados de bienestar contribuían a la continuidad de un orden social, económico y político injusto, ya que proveían de servicios compensatorios a los sectores trabajadores sin atender de fondo el conflicto que subyace a la confrontación entre clases sociales antagónicas.³

El desafío a la continuidad de los Estados de bienestar se cristalizó con el arribo de liderazgos ultraliberales —al gobierno de Inglaterra, con Margaret Thatcher, y de Estados Unidos, con Ronald Reagan—, que marcaron el inicio de los ataques a la participación estatal en la provisión de bienestar.

Las amenazas al Estado de bienestar —donde existió— no sólo provenían de factores económicos como las tasas de crecimiento, de desempleo o de inflación, y de las fuerzas conservadoras, sino también de otras transformaciones económicas y sociales de mayor duración. Una de ellas fue el incremento de la productividad del sector industrial, que había sido la base del desarrollo económico y del empleo en los años de posguerra. Este cambio —que en algunos casos supuso la automatización de procesos o un aumento de la especialización de las actividades— produjo un traslado de la mano de obra de la industria, donde decreció la demanda de trabajo, al sector servicios —en el que la inseguridad laboral es mayor, dado que es más propicia para el trabajo por cuenta propia, a tiempo parcial y con más rotación en los puestos—.⁴ En esto consistió el tránsito a las denominadas eco-

¹ Evelyne Huber y John Stephens, *Development and Crisis of the Welfare State: Parties and Policies in Global Markets*, The University of Chicago Press, Chicago y Londres, 2001, p. 354.

² Eric Hobsbawm, *Historia del siglo XX*, Crítica, Barcelona, 2007, p. 405.

³ Claus Offe, "Some Contradictions of the Modern Welfare State", *Critical Social Policy*, núm. 2, 1982, pp. 7-16.

⁴ Gøsta Esping-Andersen, *Social Foundations of Postindustrial Economies*, Oxford University Press, Oxford, 1999.



nomías posindustriales, en las que se reduce la importancia de las relaciones laborales que sustentaron el desarrollo de los Estados de bienestar.

Ante la gran inseguridad laboral, los gobiernos se tuvieron que decidir entre proteger el empleo con regulaciones rígidas —como las que caracterizaron a las relaciones laborales en la época dorada del capitalismo a cambio de tener altos niveles de desempleo—, o relajar las normas con el fin de generar más oportunidades laborales, pero a costa de una menor protección y, en ocasiones, de salarios más bajos. Gøsta Esping-Andersen argumentó que la relativa estabilidad en los niveles de desempleo de Estados Unidos en las décadas de los setenta y ochenta se debió a la escasa regulación laboral y a la caída constante de los salarios —que para los trabajadores menos especializados llegaron hasta 1000 USD en el periodo—.⁵

También fueron importantes algunos cambios demográficos y familiares de esta época. En

“ Así, fue ganando presencia la idea de que era necesario reducir la participación estatal en la provisión de bienestar, lo que supondría la eliminación de los frenos que se habían impuesto a la economía en las últimas décadas. ”

primer lugar, el envejecimiento de la población encareció los sistemas e hizo más difícil que la población económicamente activa (PEA) pudiera financiar, mediante la solidaridad intergeneracional, las prestaciones de las personas mayores. En lo familiar, la entrada masiva de las mujeres al mercado laboral no siempre se acompañó de políticas que les permitieran conciliar su carrera laboral con la vida familiar o que promovieran la reconfiguración de los trabajos de cuidado no remunerados. De esta manera, se colocó a las mujeres en el dilema de decidir entre abandonar su empleo para ejercer su maternidad o postergarla para permanecer en puestos de trabajo remunerados. A largo plazo, esto influiría también en la reducción de la natalidad y, por tanto, en la mano de obra que pudiera sufragar los crecientes costos de las políticas sociales.⁶

Otro cambio familiar fue el aumento de los hogares monoparentales, en particular de los encabezados por mujeres. Estas familias enfrentan

⁵ *Ibid.*, p. 130.

⁶ *Idem.*

mayores riesgos ante la pérdida de ingresos y de poca disponibilidad de servicios de cuidado. Por ejemplo, a mediados de la década de 1980, la incidencia de pobreza era más del doble en los hogares monoparentales que en los biparentales en Alemania y Estados Unidos.⁷ Así pues, estas grandes transformaciones cambiaron la estructura de los riesgos sociales, lo que puede generar nuevos ámbitos de exclusión y vulnerabilidad si los Estados no se adaptan a ellos.

Históricamente, el colapso de la Unión de Repúblicas Socialistas Soviéticas (URSS) —al finalizar la década de 1980— minó ideológicamente la provisión pública de bienestar. Los gobiernos del bloque socialista se caracterizaban por un amplio entramado institucional para proveer de políticas sociales a la población. Por ejemplo, la Constitución de 1936 de la URSS establecía el derecho al trabajo, a la salud, a la educación, a ingresos en la vejez y al descanso, mientras que la de 1977 incluyó el derecho a la vivienda y a la cultura.⁸ Sin embargo, la caída del bloque socialista y el tránsito de sus integrantes al capitalismo implicó una reducción sustancial de este tipo de protección estatal, en particular, al finalizar la década de 1990, cuando se privatizaron los sistemas de pensiones.⁹ Esto tuvo el efecto de desaparecer la rivalidad entre el Este y el Oeste, que en esta última región había favorecido el crecimiento de los Estados de bienestar —como parte de una estrategia para asegurar el apoyo obrero al modo de producción capitalista y prevenir la propagación del socialismo—.

La suma de estos factores generó un ambiente propicio para la instrumentación de reformas importantes a los sistemas de seguridad so-

cial y a los Estados de bienestar. Sin embargo, en los países desarrollados apenas se consiguieron cambios graduales, que estuvieron lejos de reducir de manera sustancial la participación estatal en la provisión de bienestar o el gasto público social. Esto se debió, por un lado, a los grupos altamente organizados que tenían interés en la permanencia de las políticas sociales y, por el otro lado, a una menor debilidad fiscal, que les permitió sobrellevar de mejor manera la inestabilidad económica de la época.

En Dinamarca, por ejemplo, se adaptaron los esquemas de protección del empleo a las circunstancias cambiantes del mercado laboral, para facilitar la inserción y reinserción de las personas al trabajo. A esto se le llamó *flexiguridad*,¹⁰ y supuso la flexibilización de las normas laborales sin limitar el acceso a prestaciones de la seguridad social. En tanto, en países como Inglaterra, los cambios se centraron en programas que, según el gobierno en turno, constituían incentivos para no trabajar, como el seguro de desempleo, al que se le redujo el financiamiento en un 50 % en la década de los ochenta, la eliminación de las prestaciones por maternidad y, entre otras modificaciones, la reducción del 30 % de los beneficios por menores a cargo.¹¹

Paul Pierson menciona que el Estado de bienestar fue bastante resiliente, incluso en países con regímenes liberales, donde la provisión pública de bienestar era menor que en Estados socialdemócratas. Para entender esto, aplicó los conceptos del neoinstitucionalismo a los casos de Estados Unidos e Inglaterra en la década de 1980.¹² De acuerdo con sus aportaciones, los obstáculos para llevar a cabo las reformas fueron la

⁷ *Ibid.*, p. 162.

⁸ Gordon B. Smith, *Soviet Politics: Continuity and Contradiction*, Palgrave Macmillan, Londres, 1988.

⁹ De los 30 países que privatizaron sus sistemas de pensiones entre 1981 y 2018, 14 pertenecían a la zona de Europa del Este. Véase Isabel Ortiz *et al.*, "Reversing Pension Privatization: Rebuilding Public Pension Systems in Eastern Europe and Latin American Countries (2000-2018)", *Working Paper International Labour Office*, núm. 63, 2018.

¹⁰ Francie Lund, "Social Protection, Citizenship, and the Employment Relation", *WIEGO Working Paper*, núm. 10, 2009.

¹¹ Basak Kus, "Neoliberalism, Institutional Change and the Welfare State: The Case of Britain and France", *International Journal of Comparative Sociology*, núm. 6, vol. 47, 2006, pp. 508-509.

¹² Paul Pierson, *Dismantling the Welfare State? Reagan, Thatcher, and the Politics of Retrenchment*, Cambridge University Press, Cambridge, 1994.

oposición y la movilización de los grupos interesados en la continuidad de los programas —como pueden ser las asociaciones de beneficiarios—, así su éxito o fracaso dependió en buena medida de los recursos y oportunidades que les proveían las instituciones. Esto reafirma la importancia de considerar la retroalimentación de las políticas (*policy feedback*), ya que las decisiones que se toman en sus etapas tempranas pueden reforzarlas de manera sucesiva y crear una dependencia de ruta (*path dependency*), condición que hace muy costosa su transformación radical.¹³

Lo anterior se puede observar tanto en la etapa de auge y expansión de los sistemas de seguridad social, por ejemplo, en países con una estructura federal, que imponía restricciones institucionales para que los gobiernos centrales asumieran grandes responsabilidades en el gasto y la provisión de servicios —el caso de Canadá—, así como en la etapa de reducción de los sistemas, por los altos costos económicos que podía producir la privatización del sistema de pensiones en Estados Unidos, que promovió sin éxito George W. Bush. Esta dependencia de ruta se da porque se desarrollan interdependencias entre procesos políticos y sociales que crean incentivos para la permanencia de los programas.

Como ya se mencionó, otro elemento explicativo identificado en los análisis de política social es la influencia de los organismos multilaterales. Como se mostró en el capítulo anterior, en el periodo de origen y en el de auge de la seguridad social, fue fundamental la labor de la Organización Internacional del Trabajo (OIT); sin embargo, en la época de *retrench*, el Banco Mundial (BM) fue la institución dominante.¹⁴

Entre las décadas de 1980 y 1990, esta institución tuvo una fuerte influencia en la creación de políticas sociales acordes a los procesos de ajuste estructural instrumentados principalmente en los países subdesarrollados. Por un lado, impulsó una agenda de combate a la pobreza que beneficiara a las personas más afectadas por las reformas neoliberales, pero sin intermediación de las organizaciones de trabajadores, que, como se expuso en el capítulo anterior, fueron piezas fundamentales para el desarrollo de las políticas de seguridad social. En síntesis, el modelo impulsado por el BM iba en contra de los trabajadores organizados, de la estructura corporativista de la seguridad social, herencia de la tradición europea, y en búsqueda de una focalización en las personas más pobres,¹⁵ lo cual se sintetizó en la propuesta de fondos sociales. Éstos asignaban recursos, provistos por donadores internacionales, a las ONG, grupos comunitarios o pequeños empresarios, quienes debían invertirlos en bienes públicos o infraestructura social.¹⁶

Por otro lado, el BM fue un promotor activo de privatizaciones de los esquemas de pensiones en países en vías de desarrollo, en especial en Europa oriental y en América Latina, a partir de la publicación de la obra *Averting the Old Age Crisis*, en 1994. El modelo que proponía era multípilar:

- 1) Pilar básico, preferentemente con acceso mediante prueba de medios y que asignaría montos mínimos.
- 2) Pilar obligatorio de cuentas individuales y administración privada.
- 3) Pilar voluntario privado.¹⁷

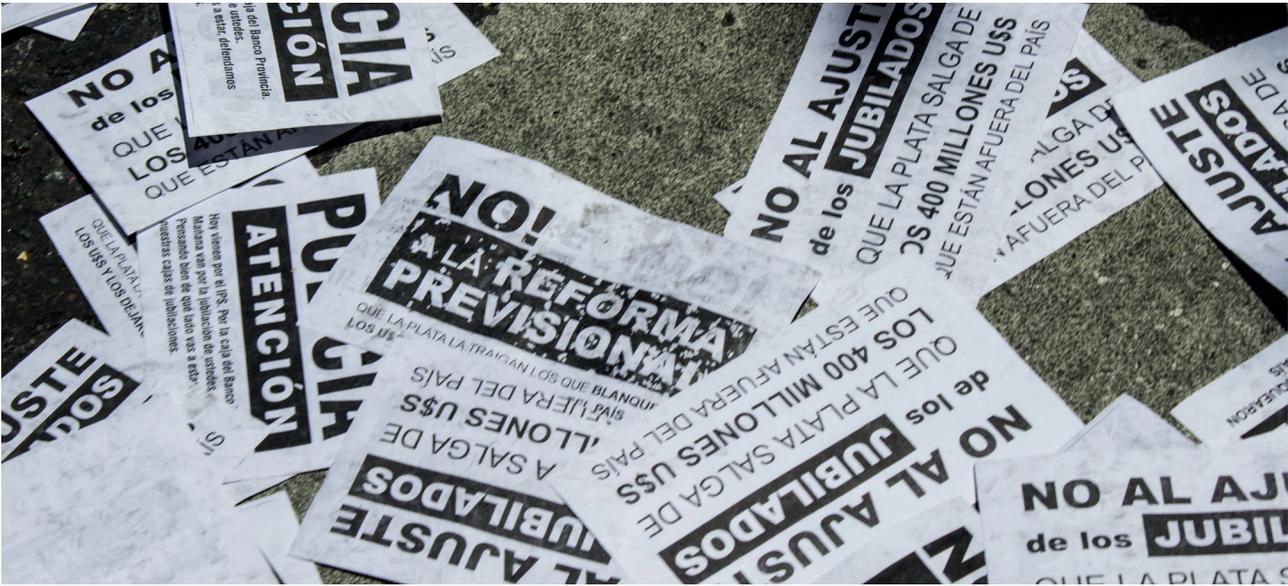
¹³ *Ibid.*, pp. 42-45.

¹⁴ Bob Deacon, *Global Social Policy & Governance*, SAGE, Londres, 2007.

¹⁵ *Ibid.*, p. 29.

¹⁶ Las principales críticas a estos fondos eran que "a menudo, no alcanzaban a los pobres sino a las ONG proactivas; no se incorporaron a la política gubernamental contra la pobreza; se convirtieron en sustitutos del gasto gubernamental, de tal manera que si un fondo social estaba activo en la provisión de servicios de salud, el presupuesto gubernamental para ese fin podía disminuir; y que no estuvieron vinculados a fuentes de recursos que fueran sostenibles en el largo plazo". Bob Deacon, *op. cit.*, p. 28.

¹⁷ *Ibid.*, p. 33.



Esto suponía eliminar los regímenes de capitalización colectiva —que fueron la base de los sistemas de seguridad social— y sustituirlos con esquemas de capitalización individual —como el instaurado durante el régimen autoritario de Augusto Pinochet en Chile, a inicios de la década de 1980—. El BM condicionó préstamos a países de Europa oriental, que buscaban transformar sus economías, otrora socialistas, debido al colapso de la URSS, a cambio de privatizar sus regímenes de pensiones.¹⁸

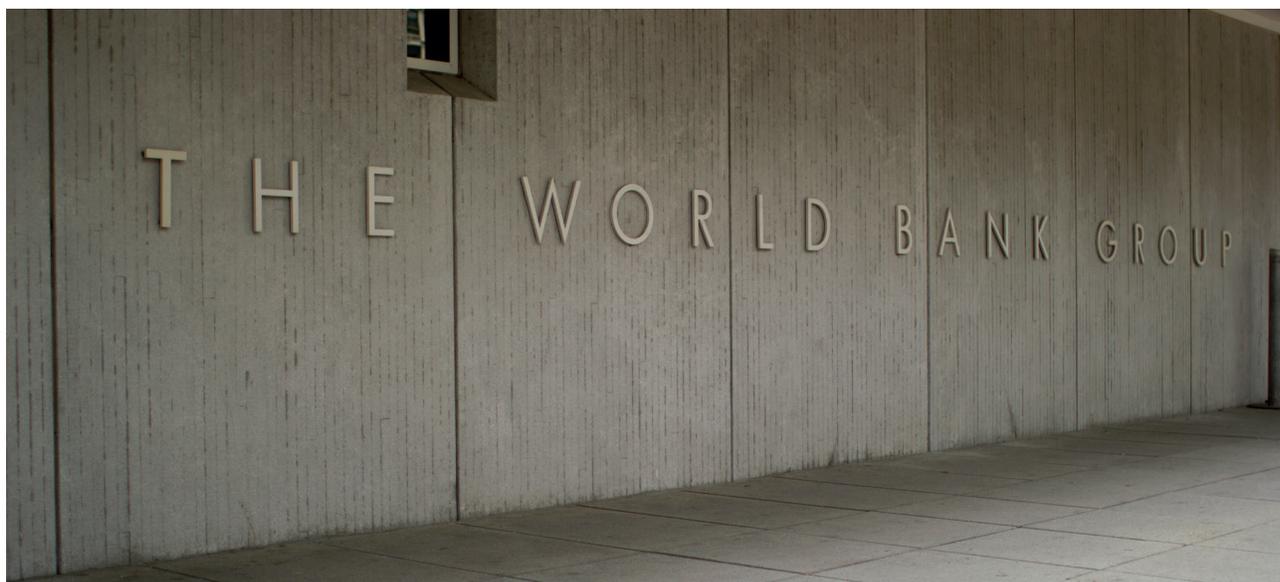
2.1.2. Crisis económica, reducción del Estado y democratización en las Américas

La crisis económica de 1982 fue un punto crítico en el desarrollo económico y el bienestar de los pueblos de América Latina y el Caribe, y tuvo consecuencias importantes en la evolución de sus sistemas de seguridad social. A pesar de que las economías latinoamericanas —cuya base era

un modelo de industrialización por sustitución de importaciones (ISI)—, tenían limitaciones importantes, como déficits en la balanza comercial y la alta dependencia de recursos internacionales para satisfacer demandas de inversión, el factor definitivo que llevó a muchos gobiernos de la región a emprender reformas de ajuste estructural fue el crecimiento súbito de las tasas de interés que debían pagar a sus acreedores internacionales.¹⁹ Esto último fue el resultado de varios factores. El primero, los niveles de endeudamiento externo —ya mencionados—. El segundo, la reducción sustancial del precio de las materias primas, que implicó una caída en los ingresos por exportaciones de este tipo de mercancías —que, en el caso de los países petroleros, como México o Venezuela, se habían convertido en una parte importante de sus ingresos—. El tercero, el repentino incremento —por parte de la Junta de la Reserva Federal de Estados Unidos— a la tasa de interés para tratar de frenar los altos niveles de inflación que enfrentaba ese país; cambio que afectó las tasas variables bajo las que los gobiernos latinoamericanos tenían contratados la mayoría de los préstamos externos.

¹⁸ *Idem.*

¹⁹ Luis Bértola y José Antonio Ocampo, *El desarrollo económico de América Latina desde la independencia*, FCE, México, 2013.



Es decir, sus gastos —para pagar el servicio de la deuda— crecieron al tiempo que se redujeron sus ingresos por la exportación de materias primas. Ante la necesidad de hacer frente a sus compromisos internacionales y por la falta de un acuerdo regional para forzar una moratoria, estos gobiernos redujeron de manera sustancial el gasto público para reorientar los recursos al pago de la deuda. La crisis también impuso la necesidad de renegociar la deuda y obtener préstamos adicionales por parte de organismos financieros internacionales, como el Fondo Monetario Internacional (FMI) o el BM, que condicionaron la ayuda al establecimiento de reformas que liberalizaran los mercados y la adopción de políticas de austeridad.²⁰

Pese a que, a lo largo de la década de 1980 y la siguiente, se recuperó temporalmente el crecimiento del PIB, persistió una gran volatilidad, y países como México enfrentaron dos grandes crisis en el periodo —y todavía al finalizar la década de los noventa— y países del Cono Sur enfrentaron serias dificultades económicas. También en estas

dos décadas, las tasas de inflación permanecieron extremadamente altas. En conjunto, estos factores produjeron un crecimiento en los niveles de pobreza en la región latinoamericana de casi ocho puntos porcentuales entre 1980 y 1990.²¹

La apertura comercial impulsó un proceso de desindustrialización importante en América Latina y el Caribe, dado que supuso el desmontaje de las protecciones comerciales externas que permitieron el crecimiento de la industria nacional, la cual se debilitó de manera notable ante el incremento de la competencia internacional. En las décadas de 1980 y 1990, el crecimiento económico anual del sector manufacturero en la región fue cercano a cero, frente a un 3.1 % de los servicios —transporte, comunicaciones, servicios financieros y a empresas—.²² Tal como sucedió en otras partes del mundo, esta transformación productiva incrementó la inseguridad laboral,²³ y, como consecuencia, hubo un aumento de la informalidad. En Brasil, por ejemplo, la población urbana ocupada en este sector pasó del 37.5 % en 1979 al 45 % en 1990; en Panamá, del 23.1 % en

²⁰ *Idem.*

²¹ *Ibid.*, p. 257.

²² *Ibid.*, p. 292.

²³ Matthew Carnes e Isabela Mares, "Coalitional Realignment and the Adoption of Non-Contributory Social Insurance Programmes in Latin America", *Socio-Economic Review*, núm. 12, 2014, pp. 695-722.

el primer año al 34.6 % en 1991, y en Uruguay, del 34 % en 1981 al 36.2 % en 1990.²⁴

Otra fuente importante de transformaciones fue el fin de la mayoría de los regímenes políticos autoritarios de la región. Al finalizar la década de 1970, comenzó lo que Samuel P. Huntington denominó la *tercera ola* de democratizaciones en el mundo, que inauguró un periodo en el que la mayoría de los países latinoamericanos comenzaron sus transiciones a la democracia electoral. De hecho, la importancia de este periodo queda patente al observar que el 72 % de las democracias actuales en el mundo se establecieron después de 1975 y, de éstas, más de tres cuartas partes lo hicieron antes del 2000.²⁵ Algunos de los casos más notables se dieron en países del Cono Sur, como Chile y Argentina, donde se puso fin a regímenes dictatoriales que cometieron crímenes de lesa humanidad y reprimieron brutalmente a la disidencia, pero también se puede mencionar la celebración de elecciones libres para elegir a representantes populares en Uruguay, Brasil, Ecuador, Nicaragua, Colombia, entre otros.

Estas transiciones políticas permitieron que se hicieran escuchar demandas sociales que estuvieron silenciadas por las prácticas autoritarias, también facilitaron la organización de estos intereses y la participación de partidos políticos que propusieron reformas importantes para mejorar el bienestar de las personas. Sin embargo, las restricciones económicas y presupuestales, así como la hegemonía ideológica del neoliberalismo, impidieron grandes avances en los sistemas de seguridad social en las décadas de los ochenta y noventa, a pesar de que la democratización favorecía la promoción de demandas por mayor protección estatal. No obstante, hubo ciertos avances en los países en

los que se redactaron nuevas constituciones, como resultado de amplios procesos democráticos, por ejemplo, en Brasil (1988) y en Colombia (1991), donde se estableció la creación de sistemas de salud de carácter progresivo con el objetivo a largo plazo de otorgar cobertura universal. Así, la democracia permitió, en contados casos, el avance de propuestas a favor del bienestar, pese a las restricciones económicas e ideológicas. Aunque, como se verá más adelante, en el caso colombiano sólo se pudo dar ese avance mediante la incorporación de mecanismos de mercado, dada la necesidad de conciliar distintas posturas para conseguir las reformas.

Además de los efectos de las crisis y de los procesos de democratización electoral, también fueron relevantes las características institucionales. En el caso de las reformas privatizadoras, fue fundamental la dispersión del poder que establecían las instituciones formales e informales. Por ejemplo, Rossana Castiglioni identificó que la alta concentración de poder en el Chile de la dictadura favoreció la privatización de los fondos de pensiones.²⁶ Y también es importante la presencia de actores con poder de veto, es decir, que tienen que estar de acuerdo con los cambios para que éstos sucedan.²⁷ En Uruguay, por ejemplo, la posibilidad de que los ciudadanos convocaran un referéndum para decidir sobre la continuidad de políticas ayudó a detener, a finales de los ochenta, el deterioro de los beneficios por vejez al indexarlos al salario de los servidores públicos.

Ante la democratización de la mayoría de los regímenes políticos de la región, en la literatura académica surgió un gran interés por la influencia que las instituciones de representación polí-

²⁴ Samuel Freije, *Informal Employment in Latin America and the Caribbean: Causes, Consequences and Policy Recommendations*, BID, Washington D. C., 2002.

²⁵ IDEA Internacional, *El estado de la democracia en el mundo*, 2019, p. 4.

²⁶ Rossana Castiglioni, *The Politics of Social Policy Change in Chile and Uruguay: Retrenchment versus Maintenance, 1973-1998*, Routledge, Nueva York, 2005.

²⁷ *Idem*.

“ Ante las elevadas deudas externas, las crisis económicas recurrentes y la desindustrialización, las reformas neoliberales intentaron dismantlar instituciones fundamentales de los sistemas de seguridad social. Fue en el ámbito de las pensiones donde se dio el cambio más importante, pero también se emprendieron reformas en materia sanitaria, donde predominaron las descentralizaciones, y el gasto público social se redujo sustancialmente en la década de 1980 y apenas empezó a recuperarse hasta la de 1990. ”

tica, como las legislaturas, tienen en las reformas a la política social. Conviene aclarar que esto sólo es relevante en regímenes democráticos o en proceso de democratización, pues en los autoritarios los congresos y las asambleas tendieron a subordinarse a los dictados del Poder Ejecutivo.²⁸ Así pues, para que un presidente consiguiera la aprobación de una reforma radical al sistema de pensiones se necesitó, por un lado, que su partido tuviera la mayoría en el Poder Legislativo y, por otro, que fuera una organización disciplinada, que apoyara en su mayoría las propuestas formuladas desde el gobierno.²⁹ Una muestra de esto se puede encontrar en la privatización del sistema de pensiones para trabajadores del sector privado en México, que se dio en una época de creciente competencia electoral y mayor representación de partidos de oposición, y en la que fue fundamental la disciplina partidista, a pesar de la emergencia de conflictos internos, dada la vinculación histórica del entonces partido gobernante con organizaciones sindicales.³⁰

2.1.3. Los esfuerzos por dismantlar los sistemas de seguridad social

Ante las elevadas deudas externas, las crisis económicas recurrentes y la desindustrialización, las reformas neoliberales intentaron dismantlar instituciones fundamentales de los sistemas de seguridad social. Fue en el ámbito de las pensiones donde se dio el cambio más importante, pero también se emprendieron reformas en materia sanitaria, donde predominaron las descentralizaciones, y el gasto público social se redujo sustancialmente en la década de 1980 y apenas empezó a recuperarse hasta la de 1990. Estas tendencias eran contradictorias con las que presionaban a los gobiernos para instrumentar programas que atendieran la grave crisis social que se empezó a gestar a raíz de las reformas estructurales, que implicó —como ya se mencionó— un crecimiento sustancial de la pobreza (ver Gráfica 4) y la desigualdad de ingresos, así como el deterioro continuo del poder adquisitivo de las familias.

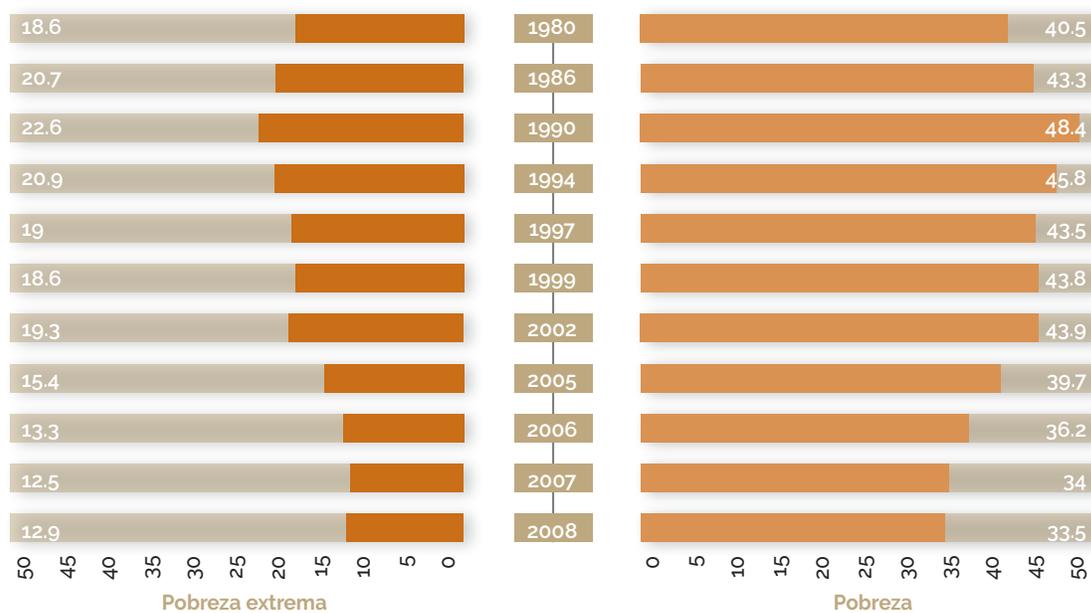
²⁸ Gary Cox y Scott Morgenstern, "Latin America's Reactive Assemblies and Proactive Presidents", *Comparative Politics*, núm. 33, 2001, pp. 171-189.

²⁹ Raúl Madrid, *Retiring the State: The Politics of Pension Privatization in Latin America and Beyond*, Stanford University Press, Stanford, 2003; Sarah Brooks, *Social Protection and the Market: The Transformation of Social Security Institutions in Latin America*, Cambridge University Press, 2009.

³⁰ Raúl Madrid, *op. cit.*



Gráfica 4. Población en situación de pobreza extrema y pobreza en América Latina, 1980-2008 (años disponibles)



Fuente: Elaboración propia con base en CEPAL, Población en situación de pobreza extrema y pobreza. *CEPALSTAT*, 2020. Disponible en <https://cepalstat-prod.cepal.org/cepalstat/tabulador/ConsultaIntegrada.asp?IdIndicador=182&idioma=e>

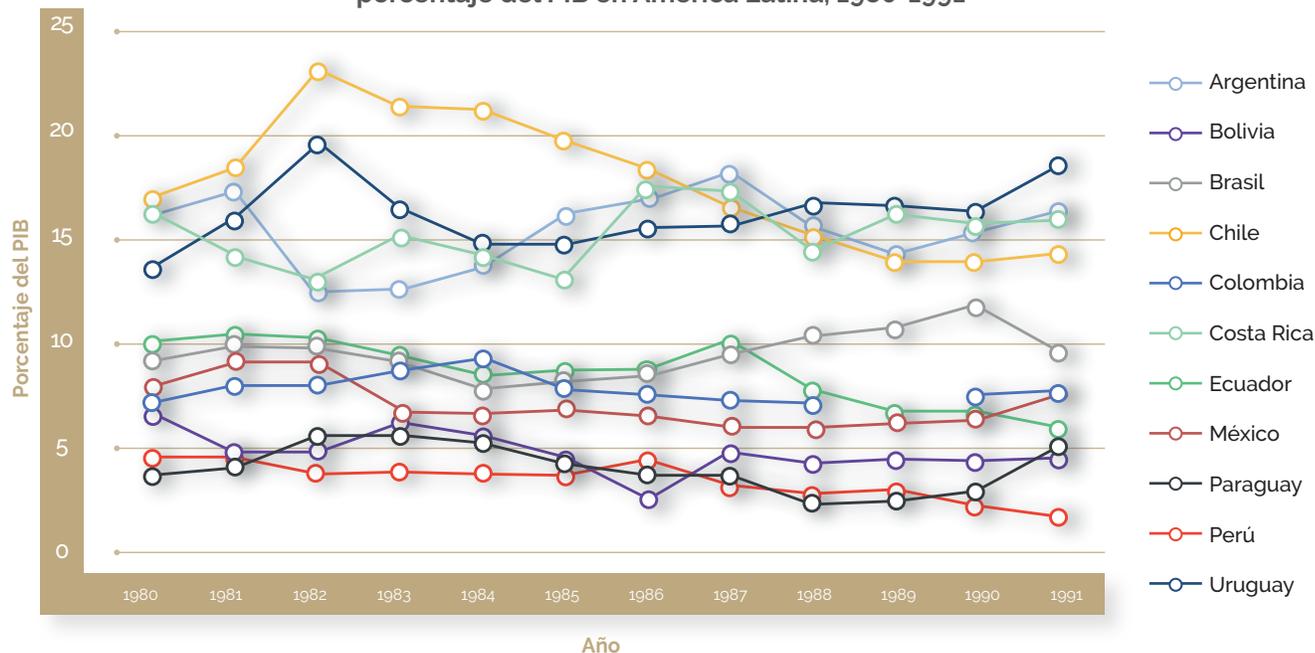


2.1.3.1. La reducción del gasto social

El efecto más inmediato de la crisis económica fue la reducción del gasto social. Por ejemplo, en Argentina era del 16.2 % del PIB en 1980 y llegó hasta el 12.8 % en 1983, para recuperar el nivel que tuvo a principios de la década en 1985; en Bolivia era del 6.7 % del PIB en 1980, para 1986 ya había descendido hasta el 2.6 % y en 1992 apenas se había recuperado hasta el 4.6 %. En Ecuador, la reducción más importante se dio hasta 1991, cuando destinó el 6.1 % del PIB, frente al 10.1 % que había gastado en 1987. En México se alcanzó el punto más alto en 1981, con un gasto del 9.2 % del PIB, y el más bajo en 1988, con el 6 %; en tanto que Perú pasó del 4.6 % en 1980 al 1.8 % en 1991 (ver Gráfica 5).³¹

³¹ Rossana Mostajo, *Gasto social y distribución del ingreso: caracterización e impacto redistributivo en países seleccionados de América Latina y el Caribe*, CEPAL, Santiago de Chile, 2000, p. 46.

Gráfica 5. Evolución del gasto público social como porcentaje del PIB en América Latina, 1980-1991



Fuente: Elaboración propia con información de Rossana Mostajo, *Gasto social y distribución del ingreso: caracterización e impacto redistributivo en países seleccionados de América Latina y el Caribe*, CEPAL, Santiago de Chile, 2000, p. 46.

Sin embargo, esta tendencia se revirtió en la década de los noventa. Rossana Mostajo clasificó a nueve países latinoamericanos en tres grupos según su nivel de gasto social: alto para quienes gastaban más del 13 % del PIB —Argentina, Chile y Costa Rica—; medio, para quienes destinaban entre el 9 % y el 13 % —Brasil, Colombia y Jamaica—, y bajo, para los que gastaban menos del 9 % —Bolivia, México y Perú—. Mientras que en el primer grupo el gasto público social a inicios de la década de 1990 promediaba un 16.3 %, para el periodo 1996-1997 ya alcanzaba el 17.6 % del PIB; en el grupo medio el gasto pasó del 9.4 % al 12.3 % en el mismo periodo, mientras que en el grupo bajo gasto fue del 4.8 % en 1990-1991 y del 8.6 % en 1996-1997.³²

En el caso de Estados Unidos, este cambio inició en el gobierno de Ronald Reagan, mediante la aprobación de una ley (*Omnibus Budget Reconciliation Act*) que redujo impuestos e incrementó el gasto militar, lo que supuso una disminución de los recursos destinados a la asistencia social. En Canadá, con el arribo de gobiernos con orientación neoliberal, en particular con la elección de Brian Mulroney como primer ministro para la segunda mitad de los años ochenta, se emprendieron esfuerzos por reducir el gasto social del gobierno federal. En 1995, el gobierno reformó el seguro de desempleo para eliminar lo que se consideraban incentivos para no trabajar, por lo que hizo más estrictas las reglas de acceso, y de llamarse *seguro de desempleo* se le denominó *seguro de empleo*, para expresar su orientación a estimular la inserción laboral; además, el gobierno federal retiró el financiamiento que aportaba a esta prestación, limitando su participación a la administración de los beneficios.³³ Debido a estas re-

ducciones y a la descentralización de la asistencia social, el gasto del gobierno federal en programas sociales pasó del 40 % del gasto total en 1980 al 30 % en 1990.³⁴

Como se puede observar, en estos dos países la reducción del gasto público se relacionó con el funcionamiento del sistema federal. De hecho, implicó una descentralización no sólo financiera, sino también administrativa, pues dejaron a las autoridades subnacionales la responsabilidad de regular los criterios de acceso o las características de los beneficios. También en la región de América Latina y el Caribe hubo procesos de descentralización, incluso en países que no tienen una estructura federal, como sucedió con los establecimientos de atención primaria a la salud en Chile. De manera similar a lo que pasó en Norteamérica y como se expone a continuación, una de las principales razones para descentralizar la política social fue el reducir la carga fiscal de los gobiernos nacionales.

2.1.3.2. Descentralización de la política social

En América Latina, la descentralización se dio principalmente en la política de salud. Este tipo de cambio se emprendió en países tan distintos como Bolivia (1993), Brasil (1988), Chile (1990), Colombia (1991) y México (1985 y 1996). Algunas de las razones que se ofrecieron para descentralizar los sistemas de salud fueron³⁵ favorecer la participación comunitaria y la democratización, en tanto permitiría que los usuarios se involucraran más activamente en la gestión de los servicios y así conseguirían que se ajustaran a las necesi-

³² *Ibid.*, p. 12.

³³ Janine Brodie, "The Welfare State in Canada", en Christian Aspalter (ed.), *Welfare Capitalism around the World*, Casa Verde Publishing, Hong Kong, Taipéi y Seúl, 2003, p. 19; Antonia Maioni, "Transformaciones del Estado de bienestar canadiense", en Ilán Bizberg y Scott B. Martin, *El Estado de bienestar ante la globalización. El caso de Norteamérica*, El Colegio de México-PIERAN, Ciudad de México, 2012.

³⁴ Janine Brodie, *op. cit.*, pp. 20-21.

³⁵ A. Ugalde y N. Homedes, "Descentralización del sector salud en América Latina", *Gaceta Sanitaria*, núm. 1, vol. 16, 2002, pp. 18-29.

dades locales, sin requerir la intervención de autoridades centrales, muchas veces alejadas de la operación cotidiana. También se pensaba que ayudaría a mejorar la eficiencia y la calidad, dado que la toma de decisiones quedaría a cargo de los oficiales locales, quienes, en teoría, podrían responder de manera oportuna a las necesidades de la población.³⁶

Ahora contrastemos dos ejemplos. En el caso de Brasil, el proceso se remonta a la época de la dictadura, cuando un movimiento de profesionales de la salud, denominado *sanitarista*, impulsó esta agenda, junto con el establecimiento de un sistema único y gratuito como una vía para mejorar la atención de las personas. Este caso ilustra las observaciones hechas por tradiciones como el neoinstitucionalismo o el aprendizaje de políticas, formulada por Hugh Heclo, que centran su atención en la influencia que pueden tener los funcionarios públicos y redes de expertos, dado que los *sanitaristas* se “infiltraron” en la burocracia del sistema de salud de la época de la dictadura y comenzaron a impulsar su agenda reformista desde posiciones de poder, para ello utilizaron su capacitación profesional y su conocimiento especializado. Al final del régimen autoritario, se articularon con movimientos de base para impulsar la incorporación del Sistema Único de Salud en la Constitución de 1988.³⁷ Así, la descentralización fue parte de un proyecto de ampliación de la cobertura del sistema sanitario y contribuyó a incrementar la participación estatal en la provisión de bienestar, que hasta antes de la reforma se concentraba en las personas que tenían acceso mediante el ase-

guramiento social. Sin embargo, en el largo plazo, reprodujo las desigualdades regionales que caracterizan a ese país, de tal modo que incluso se ha llegado a plantear la existencia de varios regímenes de bienestar subnacionales, según el tipo de atención que proveen.³⁸ Esto porque las autoridades municipales, que son las encargadas de la operación de la mayoría de los servicios, cuentan con distintas capacidades financieras y administrativas para hacerse cargo de sus obligaciones en materia sanitaria, las cuales suelen estar muy relacionadas con el nivel de desarrollo económico (mayor en la zona sureste y menor en el norte).

En otros casos, la descentralización respondió a una agenda neoliberal de reforma estructural. En México, por ejemplo, surgió del interés del gobierno federal de reducir la carga fiscal que implicaba la operación de los servicios de salud para las personas sin acceso a la seguridad social —que desde entonces son servicios de baja calidad—, mediante la transferencia de estas responsabilidades a los gobiernos estatales, pero sin otorgarles los recursos financieros necesarios para asumirlas.³⁹ En estas condiciones, durante la década de los ochenta, sólo se pudieron descentralizar los servicios en 14 de las 32 entidades federativas del país.⁴⁰ Fue hasta 1995, casi una década después de la primera ronda de reformas, cuando se consiguió la descentralización en todos los estados, y en condiciones distintas, dado que el gobierno federal creó partidas presupuestales especiales para transferir recursos monetarios a los gobiernos estatales.⁴¹ En este caso, como en Brasil, la descentralización implicó una reproduc-

³⁶ *Ibid.*, pp. 21-22.

³⁷ Candelaria Garay, *Social Policy Expansion in Latin America*, Cambridge University Press, Nueva York, 2016; Christina Ewig, “Reform and Electoral Competition: Convergence toward Equity in Latin American Health Sectors”, *Comparative Political Studies*, 2015.

³⁸ Rodrigo Rodrigues-Silveira, *Gobierno local y Estado de bienestar: Regímenes y resultados de la política social en Brasil*, tesis doctoral, Universidad de Salamanca, Salamanca, 2010.

³⁹ Rogelio Hernández, *El centro dividido: la nueva autonomía de los gobernadores*, El Colegio de México, Ciudad de México, 2008.

⁴⁰ Aguascalientes, Baja California Sur, Colima, Guanajuato, Guerrero, Jalisco, México, Nuevo León, Morelos, Quintana Roo, Sonora, Tabasco y Tlaxcala.

⁴¹ Laura Flamand y Carlos Moreno Jaimes, *Seguro Popular y federalismo en México: Un análisis de política pública*, CIDE, Ciudad de México, 2014.



“ En este caso, como en Brasil, la descentralización implicó una reproducción de las desigualdades regionales, dado que los gobiernos de los estados con un mayor desarrollo económico contaban con más recursos para proveer servicios a la denominada población abierta (la que carecía de acceso a esquemas contributivos de asistencia a la salud). ”

ción de las desigualdades regionales, dado que los gobiernos de los estados con un mayor desarrollo económico contaban con más recursos para proveer servicios a la denominada *población abierta* (la que carecía de acceso a esquemas contributivos de asistencia a la salud).⁴²

En Chile, la descentralización también fue una política instrumentada por un gobierno autoritario y de ideología neoliberal. Como se expone en el Capítulo 6, uno de los primeros cambios en materia sanitaria fue la descentralización de los tres niveles de atención, lo que redujo las responsabilidades administrativas y financieras del Ministerio de Salud Pública, que pasó a constituirse como autoridad principalmente regulatoria. Sin embargo, a diferencia de los casos de Brasil y México, el proceso en Chile fue parte de un cambio más profundo del sistema de salud: su privatización parcial, lo cual supuso la creación de un

sistema paralelo que consta de un elemento privado cuya atención se centra en las personas de mayores ingresos, y de un elemento público, que concentra a la mayoría de la población.

Como ya se sugirió, los procesos de descentralización tuvieron algunas consecuencias negativas importantes —además de la reducción del gasto del gobierno central, el aumento de la inequidad y la asociación con intentos privatizadores—; Ugalde y Homedes encuentran que incrementó la toma de decisiones inadecuadas —dado que las prioridades de las autoridades locales no siempre se alinean con las necesidades de su población—, aumentó el gasto corriente —debido al crecimiento de los puestos de trabajo de los sistemas locales— y no siempre se acompañó de mejoras en la eficiencia —por los problemas de coordinación que surgen de un funcionamiento descentralizado—.⁴³

⁴² *Idem.*

⁴³ A. Ugalde y N. Homedes, *op. cit.*, pp. 23-24.

Como ya se expuso, en Estados Unidos y Canadá, con una arraigada tradición federalista, la descentralización se dio principalmente en la política de asistencia social. En el primer país, la transformación empezó en la década de los ochenta —cuando se pasó de transferencias etiquetadas para la asistencia social a transferencias que los gobiernos estatales podían utilizar libremente—. Se estima que, a partir de ese cambio, el 57 % del financiamiento de programas de asistencia social se hizo mediante recursos no etiquetados.⁴⁴ Sin embargo, el cambio más importante se dio en la presidencia de Bill Clinton, quien se propuso “acabar con el *welfare* como lo conocemos”, es decir, modificar en esencia la manera en la que funcionaban los programas dirigidos a la población en condición de pobreza.⁴⁵ En 1996, se reemplazó el programa de Auxilio a Familias con Niños Dependientes con el programa Asistencia Temporal a Familias Necesitadas (TANF, por sus siglas en inglés). Con esta transformación, se dejó como responsabilidad de los gobiernos estatales desarrollar su propia versión del programa, con un financiamiento federal limitado y con la libertad de establecer los criterios de ingreso, el monto de las prestaciones, incluso de delegar su operación a entes privados, fueran o no organizaciones con fines de lucro.⁴⁶

En Canadá, el gobierno federal redujo su participación en el financiamiento de programas de asistencia social. Desde 1966, con el Plan Canadiense de Asistencia, aportó el 50 % y la otra mitad la dejó en manos de los gobiernos provinciales. En 1995, impuso un límite a las transferencias que haría a provincias que, se consideraba, tenían más recursos: Alberta, Colombia Británica y Ontario.

En estos últimos dos estados, a raíz del cambio, la participación federal bajó hasta el 28 % y el 34 %, respectivamente.⁴⁷ Esta modificación supuso, también en 1995, la creación de la *Canadian Health and Social Transfer* (CHST); de esta manera, además de orientar los recursos para programas de asistencia social, se otorgaban las aportaciones federales a los sistemas provinciales de salud, pero sin restricciones que impidieran que el gasto se destinara a otros rubros.⁴⁸ Al final de la década, el gobierno federal incrementó el monto de los recursos que otorgaba a los gobiernos provinciales, pero estableció con claridad que se debían utilizar en el sector salud.⁴⁹

Las descentralizaciones, entonces, permitieron reducir la carga financiera de los gobiernos centrales, lo que en algunos casos supuso la disminución del monto o la calidad de los beneficios. Asimismo, dotó de mayor capacidad de decisión a las autoridades locales, lo que favoreció el desmantelamiento de los programas, la creación de criterios más estrictos de ingreso o la reducción en la duración de las prestaciones. En síntesis, contribuyó a la disminución de los niveles de protección y al aumento de la desigualdad.

Aunque en Estados Unidos y Canadá la descentralización tuvo algunos efectos privatizadores, por ejemplo, mediante la incorporación de agentes privados —con o sin fines de lucro— en la operación del programa TANF, en el primer caso, o por el deterioro de los servicios de salud que implicó la transferencia de costos en la provisión de cuidados al mercado o a las familias, en el segundo,⁵⁰ los principales procesos de privatización tuvieron lugar en la región de América Latina y el Caribe, y se concentraron en el área de pensiones

⁴⁴ Robert P. Scheurell, “The Welfare State in the United States”, en Christian Aspalter (ed.), *Welfare Capitalism around the World*, Casa Verde Publishing, Hong Kong, Taipei y Seul, 2003, p. 38.

⁴⁵ Robert P. Scheurell, *op. cit.*; Scott B. Martin, “Liberal, pero en cambio constante: del desmantelamiento selectivo a la expansión selectiva del Estado benefactor estadounidense a partir de 1980”, en Ilán Bizberg y Scott B. Martin, *El Estado de bienestar ante la globalización. El caso de Norteamérica*, El Colegio de México/PIERAN, Ciudad de México, 2012.

⁴⁶ Robert P. Scheurell, *op. cit.*, p. 39.

⁴⁷ Janine Brodie, *op. cit.*, p. 19.

⁴⁸ *Ibid.*, p. 21.

⁴⁹ *Idem.*

⁵⁰ *Ibid.*, p. 22.



“Las descentralizaciones, entonces, permitieron reducir la carga financiera de los gobiernos centrales, lo que en algunos casos supuso la disminución del monto o la calidad de los beneficios. Asimismo, dotó de mayor capacidad de decisión a las autoridades locales, lo que favoreció el desmantelamiento de los programas, la creación de criterios más estrictos de ingreso o la reducción en la duración de las prestaciones. En síntesis, contribuyó a la disminución de los niveles de protección y al aumento de la desigualdad.”

para personas adultas mayores. De eso se hablará en la siguiente sección.

2.1.3.3. Privatización de los sistemas de pensiones y salud

El BM fue una institución clave en la privatización total o parcial de los sistemas de pensiones que emprendieron algunos países de la región latinoamericana. Este organismo financiero promovió el modelo de capitalización individual chileno principalmente entre países del tercer mundo —pero no en los desarrollados—. De hecho, una de las principales promotoras de esta agenda desde el BM, Este-

lle James —quien contribuyó en la elaboración del documento que dio origen a la publicación *Averting the Old Age Crisis*—, descartó la pertinencia del modelo para Estados Unidos —en un editorial a propósito de la propuesta de George W. Bush de establecer un sistema de cuentas individuales para ese país—, dados los altos costos de transición que generaría.⁵¹

A diferencia de lo que sucedió en los países de Europa oriental, donde el BM condicionó los préstamos a la privatización de los sistemas de pensiones —junto con otras reformas estructurales—, en América Latina su influencia se dio mediante mecanismos menos coercitivos. Tal como

⁵¹ Véase Bob Deacon, *op. cit.*, pp. 33-34; Estelle James, “How It’s Done in Chile”, *The Washington Post*, 13 de febrero de 2005. Disponible en <https://www.washingtonpost.com/archive/opinions/2005/02/13/how-its-done-in-chile/40c591aef6e-4652-a235-d2cbb3f6cd81/>

aconteció con la OIT en la época de origen y expansión de los sistemas de seguridad social americanos, la influencia del BM se basó en la especialización y el entrenamiento de sus funcionarios, quienes a nivel internacional ofrecieron una justificación del abandono del modelo de capitalización colectiva, mediante asistencia técnica a los países y ayuda financiera para impulsar las reformas.⁵² A pesar de que la OIT se opuso de manera activa a la agenda privatizadora el BM tuvo suficiente éxito y, entre 1981 y 2014, 30 países en todo el mundo privatizaron de manera parcial o total sus sistemas de pensiones —14 de Latinoamérica,⁵³ 14 de Europa del Este⁵⁴ y dos de África—. ⁵⁵ Las reformas en la región latinoamericana se dieron de 1993 a 2008, con excepción de Chile (1981).

Carmelo Mesa-Lago clasificó los modelos que se instauraron en tres categorías:⁵⁶

- 1) Sustitutivo. Se instauró en Chile (1981), Bolivia y México (1997), El Salvador (1998), Nicaragua (2000) y República Dominicana (2003) e implicó el cierre del sistema público de capitalización colectiva y el establecimiento de uno de cuentas individuales y administración privada.
- 2) Paralelo. Se instituyó en Perú (1993) y Colombia (1994), supuso la creación de un pilar privado de capitalización individual que compite con el público —de capitalización colectiva—.
- 3) Mixto. Se estableció en Argentina (1994), Uruguay (1996), Costa Rica y Ecuador (2001) y Panamá (2008), en él se complementan ambos pilares: el público como la base del beneficio

y el privado para otorgar un monto adicional, en algunos casos sólo disponible para las personas de mayores ingresos.

El argumento principal para la privatización total o parcial del sistema de pensiones fue preservar su sostenibilidad financiera ante un inminente proceso de envejecimiento poblacional. Por otro lado, se buscaba reducir su costo fiscal para el gobierno, dado que muchos de los sistemas públicos se fundaron sin apego a los mejores estándares administrativos y actuariales, y en ocasiones se tomaron pésimas decisiones de inversión, tal como se explicó en el Capítulo 1.

Sin embargo, existían otras razones. Por supuesto, una de las principales surgió de la inestabilidad macroeconómica que enfrentaban los gobiernos latinoamericanos, pues su dependencia de los préstamos extranjeros para financiar sus proyectos de inversión y gasto les suponía el pago de altas tasas de interés a sus acreedores internacionales. Para reducirla, era necesario incrementar las tasas de ahorro interno. Las élites políticas y técnicas de algunos países latinoamericanos vieron en la privatización, total o parcial, una vía para conseguir este objetivo, pues se creía que los esquemas obligatorios privados permitirían establecer montos de ahorro superiores a los que harían las personas de manera voluntaria, además de reducir las obligaciones estatales de financiar las pensiones de una población adulta mayor que iba en aumento.⁵⁷ Es importante decir que la variación en el grado de incorporación del pilar privado en los sistemas —desde la sustitución total hasta el establecimiento de un sistema mixto— dependió del costo de la transición. En la mayoría de las

⁵² Raúl Madrid, *op. cit.*; Sarah Brooks, *op. cit.*

⁵³ Chile (1981), Perú (1993), Argentina, Colombia (1994), Uruguay (1996), Bolivia, México, Venezuela (1997), El Salvador (1998), Nicaragua (2000), Costa Rica, Ecuador (2001), República Dominicana (2003) y Panamá (2008). Véase Isabel Ortiz *et al.*, *op. cit.*, p. 1.

⁵⁴ Hungría, Kazajistán (1998), Croacia, Polonia (1999), Letonia (2001), Bulgaria, Estonia, Rusia (2002), Lituania, Rumania (2004), Eslovaquia (2005), Macedonia (2006), República Checa (2013) y Armenia (2014). Véase Isabel Ortiz *et al.*, *op. cit.*, p. 1.

⁵⁵ Nigeria (2004) y Ghana (2010). Véase Isabel Ortiz *et al.*, *op. cit.*, p. 1.

⁵⁶ Carmelo Mesa-Lago, *Las reformas de pensiones en América Latina y su impacto en los principios de la seguridad social*, CEPAL, Santiago de Chile, 2004, p. 29.

⁵⁷ Raúl Madrid, *op. cit.*, pp. 32-33.

ocasiones, esto implicó que el Estado asumiera la carga fiscal de las generaciones que ya habían adquirido derechos. Para esta decisión se consideró el nivel de endeudamiento externo, puesto que un alto costo reduciría los recursos disponibles para enfrentar las obligaciones que surgieran de una privatización.⁵⁸

Las consecuencias de estas reformas —mayores en los países con modelos sustitutos, seguidos por los paralelos y, finalmente, los mixtos— fueron claras desde etapas tempranas. Entre el 2002 y el año previo a la reforma, fecha que es diferente para cada país, el número de cotizantes —personas afiliadas a un esquema de pensiones y que al momento del cálculo hicieron contribuciones recientemente— descendió en 11 puntos porcentuales —del 38 % al 27 % de la población económicamente activa en América Latina—.⁵⁹ Con estas privatizaciones totales o parciales, también se establecieron criterios más estrictos para acceder a prestaciones por vejez.

De acuerdo con un estudio realizado por investigadores de la OIT, las privatizaciones tuvieron los siguientes efectos alrededor del mundo:⁶⁰

- 1) Deterioro en los beneficios. En Bolivia, por ejemplo, con la sustitución del sistema público, la tasa de reemplazo bajó hasta el 20 % —la mitad de lo que recomienda la OIT en el Convenio 102—. ⁶¹
- 2) Incrementó la inequidad de género en el acceso a los servicios, a causa de la ampliación de los periodos de cotización necesarios para acceder a una pensión y las interrupciones que hacen las mujeres en su carrera

laboral para ejercer la maternidad o proveer servicios de cuidado en sus hogares.

- 3) Los costos de transición fueron mayores a lo estimado. En un inicio, el BM estimó que la transición en Argentina costaría aproximadamente el 0.2 % del PIB, para después presentar una cifra 18 veces mayor (3.6 %).⁶²
- 4) Aumentaron los gastos administrativos, por dos razones: la primera, el pago de las cuotas por manejo o inversión de los recursos a las administradoras de fondos; la segunda, por la necesidad de invertir en estrategias de mercadeo para atraer a un mayor número de clientes potenciales y competir con otras compañías. Se estima que en Costa Rica y México las personas terminarán pagando a estos fondos el equivalente a cinco años de cotización.⁶³
- 5) Los órganos encargados de la regulación y supervisión de los componentes privados quedaron capturados. En México todavía es común que se incorpore a representantes de las Administradoras de Fondos para el Retiro (Afore) en las unidades gubernamentales y entes públicos que reglamentan su funcionamiento, lo que a todas luces constituye un conflicto de intereses.

Las privatizaciones no le trajeron problemas a todos los participantes, ya que las instituciones financieras encargadas de la administración de los fondos habían conseguido acumular grandes cantidades de dinero —en casos como el de Chile llegó a representar 70 % del PIB—. ⁶⁴ La “evidencia muestra que la privatización de las pensiones ha

⁵⁸ Sarah Brooks, *op. cit.*, p. 57.

⁵⁹ Estos países fueron Chile, Bolivia, México, El Salvador, República Dominicana, Nicaragua, Perú, Colombia, Argentina, Uruguay, Costa Rica y Ecuador. La cifra corresponde a un promedio ponderado por población con cobertura. Sarah Brooks, *op. cit.*, p. 37.

⁶⁰ Isabel Ortiz *et al.*, *op. cit.*

⁶¹ *Ibid.*, p. 7.

⁶² *Ibid.*, p. 12.

⁶³ *Ibid.*, p. 14.

⁶⁴ En el caso de México se ha apuntado que además “de enriquecerse a costa de las contribuciones, las Afore tampoco han ayudado al desarrollo nacional, en el cual, se supondría, deberían invertir. Las decisiones de inversión tomadas desde hace más de dos décadas despejan cualquier duda sobre la falta de visión de Estado y de país que trajeron las reformas neoliberales al sistema de pensiones en México. Las modificaciones legislativas dejaron enteramente al mercado las decisiones de política

contribuido a la concentración del poder económico en manos de firmas financieras internacionales en busca de generar ganancias, más que contribuir al desarrollo nacional".⁶⁵ Como se expone más adelante, estos problemas han propiciado una ola de reversión de las reformas a los sistemas de pensiones, que en algunos casos ha supuesto la eliminación del *régimen de cuentas individuales*.

La privatización avanzó menos en el sector salud, sin embargo, fue suficiente para transformar de manera importante algunos sistemas. Una vez más, el referente fue el Chile de la dictadura, que instituyó un pilar privado paralelo al público, además de suprimir las contribuciones patronales para ambos esquemas, así el costo del aseguramiento recayó en las personas y el Estado. Dada la falta de regulaciones en el sector privado, las Instituciones de Salud Previsional (Isapres), encargadas de recolectar las contribuciones y adquirir servicios de salud para las afiliadas, establecieron con libertad los paquetes de provisión de servicios, lo cual les permitió excluir intervenciones, determinar los montos de los copagos y seleccionar a los afiliados en función de sus condiciones de salud o edad. En la práctica, se instituyó un sistema dual, con un pilar privado conformado en su mayoría por la población joven y de altos niveles de ingreso, mientras que, en el pilar público, operado por el Fondo Nacional de Salud (Fonasa), permanecieron las personas de menores ingresos y con mayores problemas de salud (ver Capítulo 6). Esto produjo graves inequidades en el sistema, al grado que a principios de los 2000 las Isapres

concentraban el 60 % del financiamiento y sólo cubrían al 20 % de la población.⁶⁶

En Colombia se estableció un sistema basado en un modelo formulado originalmente por Juan Luis Londoño y Julio Frenk Mora —tecnócratas con especialización en temas económicos y de salud pública—, al que denominaron *pluralismo estructurado*.⁶⁷ Esta reforma fue producto del establecimiento, en la Constitución de 1991, del mandato de crear un sistema de cobertura universal, pero con provisión privada —como resultado de un compromiso entre distintas fuerzas políticas en la Asamblea Constituyente—. ⁶⁸ Esta disposición se materializó a través de un sistema con las siguientes características: "aseguramiento individual, competencia regulada entre proveedores de salud, decisión de los consumidores sobre aseguradoras de salud, subsidios estatales para los más pobres, y una garantía de beneficios contenida en un paquete de servicios determinado por el Estado".⁶⁹ Así, se sustituyó el modelo de aseguramiento social y el Estado creó un mercado de salud, en algunos casos, subsidiado.

En el caso de Colombia, "a pesar de ser un arreglo de mercado, esta reforma ofreció un discurso de universalidad, redistribución e igualdad".⁷⁰ Sin embargo, no se consiguió la universalidad en 2000, como se había propuesto originalmente, y la equidad se entendió como mera afiliación, y no como acceso efectivo a los servicios de salud, por lo que surgieron claras diferencias en la atención que recibían las personas en el régimen subsidiado y en el regular.

económica relacionadas con los recursos para el retiro de los trabajadores, pues la colocación de estos montos en los mercados financieros se hizo sin orden ni plan alguno. [...] Las Afore surgen, en parte, por la idea de que pueden invertir mejor, pero ¿en qué lo han hecho en todos estos años? ¿Cómo es posible que hayan mantenido un alto rendimiento sin entregarles buenos resultados a los trabajadores ni apoyar el desarrollo nacional, pese a que disponen de recursos que representan actualmente el 16 % del PIB?". Jorge Tonatiuh Martínez Aviña, *Una propuesta para reformar el sistema de pensiones en México*, CISS, Ciudad de México, 2020.

⁶⁵ *Ibid.*, p. 19.

⁶⁶ Asa Cristina Laurell y Ligia Giovanella, "Health Policies and Systems in Latin America", *Oxford Research Encyclopedia of Global Public Health*, Oxford University Press, Oxford, 2018.

⁶⁷ Juan Luis Londoño y Julio Frenk, "Pluralismo estructurado: Hacia un modelo innovador para la reforma de los sistemas de salud en América Latina", *Documento de Trabajo Banco Interamericano de Desarrollo*, núm. 353, 1996.

⁶⁸ Christina Ewig, *op. cit.*, p. 18.

⁶⁹ *Ibid.*, p. 20.

⁷⁰ Asa Cristina Laurell y Ligia Giovanella, *op. cit.*, p. 8.

“ Las privatizaciones, lejos de solucionar los problemas heredados de los sistemas de seguridad social, muchas veces los agudizaron. No existieron crecimientos sustanciales en la cobertura, tampoco se redujo la carga fiscal del Estado como se esperaba, y, lo más importante, las diferencias en el disfrute del derecho humano a la seguridad social aumentaron. Éstos y otros problemas hicieron necesarias algunas reformas posteriores, que en algunos países supusieron la reversión total de las privatizaciones —en el caso de las pensiones— o cambios legales para ampliar el acceso a los servicios de salud y conseguir la cobertura universal. ”

Las privatizaciones, lejos de solucionar los problemas heredados de los sistemas de seguridad social, muchas veces los agudizaron. No existieron crecimientos sustanciales en la cobertura, tampoco se redujo la carga fiscal del Estado como se esperaba, y, lo más importante, las diferencias en el disfrute del derecho humano a la seguridad social aumentaron. Éstos y otros problemas hicieron necesarias algunas reformas posteriores, que en algunos países supusieron la reversión total de las privatizaciones —en el caso de las pensiones— o cambios legales para ampliar el acceso a los servicios de salud y conseguir la cobertura universal. Además, esta oleada de privatizaciones dejó como herencia la intervención y el fortalecimiento de intereses privados con fines de lucro en los sistemas, que se han vuelto un poder de veto contra los intentos de revertir dichas reformas o atender sus aspectos más negativos. Al respecto, se ha documentado la oposición de la Asociación de Administradoras de Fondos de Previsionales a la creación de una administradora pública, en la reforma que emprendió el gobierno chileno en 2008 (ver Capítulo 6).

Antes de tratar los cambios a favor de sistemas más incluyentes —evidentes en los años 2000—, se analiza otro elemento que contribuyó a la fragmentación y a la inequidad en las políticas sociales del subperiodo 1980-2000: la adopción de programas focalizados de atención a la pobreza, el establecimiento de criterios más estrictos de ingreso y la provisión de prestaciones mínimas.

2.1.3.4. Programas focalizados y Fondos de Inversión Social

Las graves consecuencias sociales del ciclo de crisis económicas, la apertura comercial, las privatizaciones y demás reformas estructurales, impusieron la necesidad de crear políticas de atención al creciente número de personas en condición de pobreza, que sufrían los efectos de las políticas de austeridad, la pérdida de puestos de trabajo y la rampante inflación. Aunado a esto, la democratización de los regímenes políticos implicó la necesidad de que los partidos y sus candidatos



buscaban el apoyo popular mediante la promesa e instrumentación de políticas para atender la crisis social. Sin embargo, el ambiente ideológico no era propicio, dada la hegemonía del dogmatismo ultraliberal, que veía a la seguridad social y las políticas desarrolladas en la etapa de auge (analizadas en el Capítulo 1), como una de las principales causas de la crisis.

En línea con la agenda impulsada por el BM bajo la etiqueta “fondos sociales”, varios gobiernos de la región instrumentaron programas para atender a la población en condición de pobreza mediante transferencias a organizaciones comunitarias para la construcción de infraestructura social, muchas veces financiadas con recursos internacionales o provenientes de la privatización de empresas públicas, en cuyo funcionamiento no participaron las instituciones de seguridad social. También se crearon algunos programas temporales de transferencias directas a las personas,

siempre que pudieran demostrar que necesitaban el apoyo estatal para satisfacer sus necesidades básicas, como la alimentación.

Así, en países como México o Perú se crearon programas que en la región se identificaron como Fondos de Inversión Social (FIS). En el primer caso, el Programa Nacional de Solidaridad (Pronasol), y en el segundo, el Fondo de Cooperación para el Desarrollo Social (Foncodes). Sin embargo, estos programas fueron altamente discrecionales y sujetos a prácticas clientelares y presiones políticas, por lo que la distribución de los recursos no se basó en diagnósticos técnicos, sino en objetivos políticos particulares.⁷¹ Programas de este tipo surgieron también en países como Chile, Argentina, Bolivia, Ecuador, El Salvador, Guatemala y Honduras.

Junto con otras estrategias focalizadas —ya fuera de manera territorial o por ingresos, que también estaban orientadas a compensar las dislocaciones sociales y económicas de la época—,

⁷¹ Alberto Díaz Cayeros, Federico Estévez y Beatriz Magaloni, *The Political Logic of Poverty Relief: Electoral Strategies and Social Policy in Mexico*, Cambridge University Press, Cambridge, 2017.

estos programas introdujeron un elemento nuevo a los sistemas de políticas sociales desarrollados a partir de la década de los cuarenta, pues mientras su fundamento era un modelo de aseguramiento social para proteger a las personas con empleo y a sus familias, las políticas focalizadas consolidaron una vocación residual, en la que el Estado sólo interviene cuando las personas no han podido obtener ingresos para satisfacer sus necesidades básicas mediante su participación en el mercado laboral.

Este tipo de intervención estatal es propia de lo que Esping-Andersen denominó *regímenes liberales de bienestar*, que se habían desarrollado particularmente en países con Estados limitados y en donde el principal instrumento de producción y distribución de bienestar es el mercado, como en Inglaterra, Canadá, Estados Unidos o Australia. En estos regímenes, la política social se orienta a reducir o incrementar los incentivos para que las personas se incorporen al mercado laboral, lo que supone atender únicamente a las personas que están por debajo de un mínimo socialmente aceptable y con montos que no les aseguren un ingreso mayor al que obtendrían mediante un empleo. Los cambios ya señalados en materia de asistencia social en los dos países norteamericanos no hicieron más que reforzar este carácter residual, y en América Latina, implicó un relativo debilitamiento del carácter corporativo de los sistemas y una tendencia al residualismo.

Las transformaciones impulsadas por los gobiernos de ambos países hicieron más estrictos los criterios de ingreso y permanencia, por ejemplo, mediante la obligación de contar con un trabajo o participar de manera activa en la búsqueda de uno, tal como sucedió en Canadá con el programa de Seguro de Empleo. Algo que permitió la reducción de este tipo de beneficios es que afectó principalmente a sectores estigmatizados, con poca organización política o sin influencia en la toma de decisiones públicas. Por citar un caso,

en Estados Unidos, las transformaciones se orientaron a programas cuyos beneficiarios eran principalmente personas afrodescendientes, por lo que también se mezclaron con un racismo velado por parte de grupos conservadores que se sentían amenazados por los cambios demográficos y políticos en curso, los cuales suponían la reivindicación de identidades como la afroamericana y la batalla por los derechos civiles, desarrollada en las décadas previas.⁷² Así, mientras que continuaron las características básicas de los programas de aseguramiento social, se deterioraron las estrategias orientadas a los grupos en condición de vulnerabilidad a través de la focalización y el aumento de las barreras para su acceso, acentuando el carácter dual del sistema.

Como se ha podido observar, los cambios adoptados en las décadas de los ochenta y noventa estuvieron lejos de solucionar la contradicción del reconocimiento de la seguridad social como derecho humano y su vinculación con la condición laboral de las personas. Incluso en varios casos la agudizaron y fortalecieron las disparidades en el acceso a las prestaciones. Esto es así porque se redujo la responsabilidad estatal en la provisión de prestaciones de la seguridad social y porque se crearon programas con una lógica residual y asistencialista para proteger a quienes viven en condición de pobreza y sin acceso a los mecanismos tradicionales de aseguramiento social. De esta manera se institucionalizó un acceso diferenciado a prestaciones que deberían ofrecer igual protección a todas las personas, independientemente de su condición laboral, nivel de ingreso, sexo o cualquier otra característica.

En las décadas de 2000 y 2010 hubo avances en este sentido que, sin embargo, no han implicado la superación total de las tendencias excluyentes y de un acceso desigual a las prestaciones de la seguridad social, que estuvieron en su origen y desarrollo en el largo siglo XX.

⁷² Scott B. Martin, *op. cit.*, p. 94.

“ Como se ha podido observar, los cambios adoptados en las décadas de los ochenta y noventa estuvieron lejos de solucionar la contradicción del reconocimiento de la seguridad social como derecho humano y su vinculación con la condición laboral de las personas. Incluso en varios casos la agudizaron y fortalecieron las disparidades en el acceso a las prestaciones. Esto es así porque se redujo la responsabilidad estatal en la provisión de prestaciones de la seguridad social y porque se crearon programas con una lógica residual y asistencialista para proteger a quienes viven en condición de pobreza y sin acceso a los mecanismos tradicionales de aseguramiento social. De esta manera se institucionalizó un acceso diferenciado a prestaciones que deberían ofrecer igual protección a todas las personas, independientemente de su condición laboral, nivel de ingreso, sexo o cualquier otra característica. ”



2.2. El giro a la inclusión de los años 2000

2.2.1. Siglo XXI: agendas hacia la universalización de la seguridad social

En la década de los 2000 comenzó un periodo de menor inestabilidad económica para el continente y de innovaciones en las políticas sociales, que permitieron incrementar la cobertura de manera sustancial, en particular, en la región de América Latina y el Caribe. Por supuesto, esto se relacionó con procesos económicos y políticos mundiales, que se analizan a continuación.

En los primeros años de este periodo se dio un importante crecimiento del comercio internacional, impulsado por el incremento de la demanda de materias primas en China, que se volvió un importante socio comercial para algunos países de la región de América Latina. Entre 2005 y 2009, la tasa de crecimiento de las exportaciones de la región hacia ese país fue del 24.5 %, frente al 14.6 % de las provenientes de la Unión Europea, y el 12.4 % de Estados Unidos; este intercambio comercial se dio principalmente con los países extractores de petróleo, como Venezuela o Bolivia, o con Chile, que es un exportador de cobre.⁷³ De hecho, esta tendencia fue parte de una paulatina pérdida de la hegemonía estadounidense en la región.

⁷³ Osvaldo Rosales y Mikio Kuwayama, *China y América Latina y el Caribe: hacia una relación económica y comercial estratégica*, CEPAL, Santiago de Chile, 2012, pp. 70 y 75.



La bonanza económica se interrumpió en 2008 por la mayor crisis registrada desde la Gran Depresión, originada por prácticas especulativas de grandes empresas financieras. El crecimiento del PIB mundial pasó del 4.3 % en 2007, al 1.9 % el año siguiente, hasta alcanzar un mínimo de -1.7 % en 2009. En América del Norte (según la clasificación del BM, que además de Canadá y Estados Unidos incluye a Bermudas) no hubo crecimiento en 2008, y el año siguiente se registró una reducción del 2.8 %. En cuanto a América Latina y el Caribe, en el primer año tuvo un crecimiento del 3.9 %, para disminuir en 2009 el 1.9 %.⁷⁴ Debido a la crisis, en Estados Unidos casi se duplicó la tasa de desempleo entre el primero y segundo año, pues pasó del 5.8 % al 9.3 %, y sólo hasta 2016 descendió a los niveles previos a la crisis, mientras que, en Chile, el desempleo se ubicó en el 9.3 % y el 11.3 %, respectivamente, por citar sólo un par de ejemplos.⁷⁵

Si bien en varias partes del mundo la economía no demoró mucho en retomar el ritmo de crecimiento, hacia la segunda mitad de la década de 2010 comenzaron a surgir algunas señales preocupantes de desaceleración económica, algunas vinculadas con una creciente guerra comercial entre las dos economías más grandes del mundo: Estados Unidos y China, cuyo conflicto está lejos de ser estrictamente comercial, e implicará en los años venideros la hegemonía política, económica y cultural. En Brasil, por ejemplo, el crecimiento del PIB fue cercano a 0 en 2014, para 2015 fue del -3.6 % y del -3.3 en 2016.⁷⁶ En Uruguay, después de una

década con tasas de crecimiento en promedio mayores del 4 %, en 2015 fue también cercana a cero.⁷⁷ A raíz de la crisis económica de 2008-2009, tanto los organismos multilaterales como los gobiernos de la región han visto en la seguridad social una herramienta que permite tratar tanto los efectos sociales del menor dinamismo económico, como mantener los niveles de demanda interna de productos y servicios, lo que indica una mayor receptividad a la ampliación de los mecanismos de seguridad social.

Desde principios de los años 2000 comenzó a configurarse un escenario ideológico internacional propicio para la universalización de las prestaciones de la seguridad social. En 2001, por ejemplo, la Oficina Internacional del Trabajo, en su 89ª sesión anual, estableció los principios que han orientado los esfuerzos de la OIT en los últimos años, con miras a alcanzar una cobertura universal de la seguridad social. En esa ocasión, la Conferencia Internacional del Trabajo reconoció la obligación de la OIT de impulsar internacionalmente programas que consigan la "extensión de medidas de seguridad social para proveer un ingreso básico a todas las personas que necesiten tal tipo de protección y atención médica comprehensiva".⁷⁸ Las conclusiones de esa reunión sentaron las bases de su propuesta sobre los pisos de protección, que condujeron a la aprobación, en 2012, de la *Recomendación sobre los pisos de protección social, 2012* (núm. 202), que se analiza más adelante.

“ Desde principios de los años 2000 comenzó a configurarse un escenario ideológico internacional propicio para la universalización de las prestaciones de la seguridad social. ”

⁷⁴ Banco Mundial, Crecimiento del PIB anual, *Banco de Datos*, 2020. Disponible en <https://datos.bancomundial.org/indicador/NY.GDP.MKTP.KD.ZG?>

⁷⁵ OIT, Unemployment Rate by Sex and Age (%)-Annual, *ILOSTAT*, 2020. Disponible en https://www.ilo.org/shinyapps/bulkexplorer42/?lang=en&segment=indicator&id=UNE_DEAP_SEX_AGE_RT_A

⁷⁶ Banco Mundial, Crecimiento del PIB (% anual), *Banco de Datos*, 2020. Disponible en <https://datos.bancomundial.org/indicador/NY.GDP.MKTP.KD.ZG?>

⁷⁷ *Idem*.

⁷⁸ Conferencia Internacional del Trabajo, cit. en ILO, *Social Security for All: Investing in Social Justice and Economic Development*, Ginebra, 2009.

Al finalizar el primer lustro de los 2000, se dieron cambios en las ideas de los organismos financieros internacionales que habían impulsado las reformas estructurales de las dos décadas anteriores, como el BM o el FMI. Con este giro, dichas instituciones tomaron posturas más críticas sobre la manera en la que se debería combatir la pobreza alrededor del mundo. La atención del primero se centró en elementos institucionales y políticos, y el segundo respaldó ciertos tipos de gasto público social.⁷⁹ Así, fue configurándose un escenario más propicio para la intervención estatal en la provisión de bienestar.

Un signo de esta reorientación fue la participación de estos mecanismos en el monitoreo del avance de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM), que es una agenda a la que llegaron los países reunidos en la Cumbre del Milenio de las Naciones Unidas (2000), para impulsar el desarrollo alrededor del mundo con base en un enfoque de desarrollo humano. Dicha agenda formuló ocho objetivos para el 2015:

- 1) Erradicar la pobreza extrema y el hambre.
- 2) Lograr la enseñanza primaria universal.
- 3) Promover la igualdad entre los sexos y el empoderamiento de la mujer.
- 4) Reducir la mortalidad infantil.
- 5) Mejorar la salud materna.
- 6) Combatir el VIH/SIDA, la malaria y otras enfermedades.
- 7) Garantizar la sostenibilidad del medio ambiente.
- 8) Fomentar una alianza mundial para el desarrollo.

En particular, el BM participó en el establecimiento de mecanismos de financiamiento que

contribuyeran a alcanzar las metas planteadas para 2015.⁸⁰ Esto fue el antecedente de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS), que se analizan más adelante. Otro cambio que ha favorecido la expansión de la seguridad social en los últimos años es la formulación de propuestas y documentos internacionales con base en un enfoque de derechos humanos, que abogan por la ampliación del acceso a sus prestaciones.

En este sentido, un hito importante en la comprensión de la seguridad social como un derecho humano fue la formulación de la *Observación general n° 19: El derecho a la seguridad social (artículo 9)*, elaborada por el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (CEDESC) del Consejo Económico y Social (ECOSOC) de las Naciones Unidas. Esta observación se publicó en 2008 para dar contenido normativo al artículo que fue vagamente redactado en el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de 1966. Como se expuso en el capítulo anterior, esa falta de exactitud fue una decisión deliberada, que, por un lado, buscaba evitar rigideces que pudieran obstaculizar el disfrute de este derecho y, por el otro, dejó a la OIT la tarea de darle contenido, que tenía una amplia experiencia en la materia, lo que posiblemente reforzó el sesgo en favor de una seguridad social orientada al trabajo.

Con base en un amplio trabajo de investigación y análisis,⁸¹ esta observación sentó criterios y principios que deben guiar la garantía del derecho humano a la seguridad social, al margen de consideraciones laborales, de ciudadanía o de género. En ese documento hay una concepción amplia de la seguridad social, que comprende los mecanismos de aseguramiento financiados en contribuciones directas cuya base es el salario, y

⁷⁹ Según Bob Deacon, a partir de la publicación del *World Development Report* de 2006, el BM mostró una preocupación importante por las barreras políticas e institucionales para superar la pobreza, en tanto que el FMI "ahora cita de manera aprobatoria evidencia de gasto social en países que han recibido apoyo del FMI, argumentando que ha crecido el gasto real en educación y salud". Bob Deacon, *op. cit.*, pp. 169-170.

⁸⁰ *Idem.*

⁸¹ Véase Eibe Riedel (ed.), *Social Security as a Human Right: Drafting a General Comment on Article 9 ICESCR—Some Challenges*, Springer, Berlín, Heidelberg y Nueva York, 2007.

a los que operan con recursos de rentas generales del gobierno, es decir, de contribución indirecta, al tiempo que reconoce las barreras que han excluido de la seguridad social a grupos como las personas que se ocupan en trabajos atípicos o informales, las mujeres, las personas indígenas o las migrantes. Así, el CEDESC entiende a la seguridad social como:

el derecho a obtener y mantener prestaciones sociales, ya sea en efectivo o en especie, sin discriminación, con el fin de obtener protección, en particular contra: a) la falta de ingresos procedentes del trabajo debido a enfermedad, invalidez, maternidad, accidente laboral, vejez o muerte de un familiar; b) gastos excesivos de atención de salud; c) apoyo familiar insuficiente, en particular para los hijos y los familiares a cargo.⁸²

Asimismo, la observación establece obligaciones jurídicas para los Estados que han ratificado el PIDESC, tanto en el sentido de proteger el derecho, como en el de promover su garantía universal.

Otro gran hito en el avance discursivo y normativo de la universalización de la seguridad social fue la formulación de la propuesta de los Pisos de Protección Social (PPS); su primera aparición fue en 2011, en un informe coordinado por la expresidenta chilena Michelle Bachelet. En él se resaltaron las aportaciones que podrían tener los PPS para conseguir una globalización más equitativa y enfrentar los efectos de las crisis económicas, algo de vital importancia ante la ocurrencia, apenas un par de años antes de la peor crisis desde la Gran Depresión, y como medio para dotar garantías básicas de protección social a toda la población, con especial hincapié en los grupos

en condición de vulnerabilidad.⁸³ La propuesta va encaminada a establecer mecanismos universales para garantizar una seguridad básica en el ingreso y acceso universal y asequible a servicios de salud y sanitarios.

Los elementos fundamentales de los PPS quedaron establecidos en la *Recomendación sobre los pisos de protección social, 2012 (núm. 202)*, donde se presentan orientaciones para que los países miembros avancen en el establecimiento de un sistema de garantías básicas que establezcan las bases para el desarrollo de sistemas de seguridad social más comprehensivos. Ahora bien, el hecho de que este documento sea una mera recomendación y no un convenio, limita el compromiso de los miembros para avanzar en la instauración de sistemas con estas características.

Una vez que se venció el plazo para el cumplimiento de los ODM y con la formulación de los ODS —contenidos en la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible— se establecieron metas, a cumplir por los Estados, con el objetivo de conseguir un desarrollo que incorpore la dimensión del bienestar y la sostenibilidad ambiental. El mensaje fundamental de esta agenda se puede resumir en la frase "que nadie se quede atrás". Hay varias metas de los ODS que remiten directamente a la idea de los PPS, como la 1.3, que llama a poner "en práctica a nivel nacional sistemas y medidas apropiadas de protección social para todos, incluidos niveles mínimos, y, para 2030, lograr una amplia cobertura de los pobres y vulnerables".⁸⁴ También ocurre así con la meta 3.8 sobre cobertura sanitaria; la 5.4 sobre el valor del trabajo de cuidados y el doméstico no remunerado; la 8.5 sobre empleo digno y productivo, y trabajo decente, y la 10.4 sobre esfuerzos para lograr una mayor igualdad.⁸⁵

⁸² ONU-Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (CESCR), *Observación general n° 19: El derecho a la seguridad social (artículo 9)*, 4 de febrero 2008, E/C.12/GC/19. Disponible en <https://www.refworld.org/es/docid/47d6667f2.htm>

⁸³ OIT, *Pisos de Protección Social para una globalización equitativa e inclusiva*, Informe del grupo consultivo presidido por Michelle Bachelet. Convocado por la OIT con la colaboración de la OMS, Ginebra, 2011.

⁸⁴ ONU, "Objetivo 1: Poner fin a la pobreza en todas sus formas en todo el mundo". Disponible en <https://www.un.org/sustainabledevelopment/es/poverty/>

⁸⁵ OIT, *Informe Mundial sobre la Protección Social 2017-19: La protección social universal para alcanzar los Objetivos del Desarrollo Sostenible*, Ginebra, 2017.



Como se explica a continuación, los PPS también han resonado en la región latinoamericana y caribeña, en particular, en los trabajos de la CEPAL, y va en el sentido de otras iniciativas en el ámbito americano, como el denominado *universalismo básico para ampliar el acceso a prestaciones sociales*.

2.2.2. La situación en América Latina

En el ámbito de América Latina y el Caribe también ha surgido un consenso en algunos organismos internacionales a favor de una

universalización de prestaciones sociales propias de la seguridad social. Al respecto, conviene mencionar la propuesta de *universalismo básico* (UB) que formularon investigadores independientes, pero vinculados al Instituto Interamericano para el Desarrollo Económico y Social (INDES) del BID, y que se presentó en una obra colectiva en 2006.⁸⁶ "El universalismo básico abarca un conjunto limitado de prestaciones esenciales cuya cobertura es de alcance universal. Por ende, abarca categorías de población definidas a partir de atributos que todas las personas poseen en distintas fases del ciclo de vida".⁸⁷

Esta iniciativa parte de una crítica al modelo de seguridad social basada en el empleo y a la política social residualista y focalizada de principios de los ochenta. En este sentido, se plantea una limitación del gasto en opciones contributivas y en esquemas de aseguramiento individual de administración privada y, de igual modo, que los programas focalizados desempeñen sólo una función marginal en la política social en conjunto.⁸⁸ Así pues, a diferencia de la OIT, que considera el establecimiento de los PPS como una base para la construcción de sistemas integrales de seguridad social —los cuales

⁸⁶ Carlos Gerardo Molina (ed.), *Universalismo básico: una nueva política social para América Latina*, BID/Planeta, 2006.

⁸⁷ Fernando Filgueira *et al.*, "Universalismo básico: una alternativa posible y necesaria para mejorar las condiciones", en Carlos Gerardo Molina (ed.), *Universalismo básico: una nueva política social para América Latina*, BID/Planeta, Washington D. C., 2006, p. 46.

⁸⁸ Fernando Filgueira, *Hacia un modelo de protección social universal en América Latina*, CEPAL, Santiago de Chile, 2014, pp. 44-45.

suponen el funcionamiento conjunto de instrumentos contributivos y no contributivos—, el UB postula la desaparición o la reducción sustancial de los mecanismos contributivos o su eventual transformación en prestaciones universales mínimas.⁸⁹ Es decir, se plantea una separación entre el acceso a los beneficios sociales y la situación laboral de las personas, fundamentada en dos ideas: por un lado, la garantía de mínimos básicos desde una perspectiva de ciudadanía social y, por otro, el supuesto de que las contribuciones basadas en el salario imponen distorsiones en el mercado laboral. Es decir, combina postulados de economía neoclásica con un lenguaje de garantía de derechos.

La CEPAL también ha formulado argumentos en favor de una universalización de la protección social, en particular, a partir de las publicaciones *Protección social de cara al futuro*⁹⁰ y *Protección social inclusiva en América Latina*.⁹¹ De acuerdo a su perspectiva, la universalización de las prestaciones de la protección social debe orientarse a garantizar a todas las personas el ejercicio de la *ciudadanía social*, entendida como el disfrute de los derechos económicos, sociales y culturales, tarea en la que el Estado tiene la función fundamental de garantizar niveles mínimos de protección.⁹²

Para conseguir dicho objetivo, el Estado cuenta con tres mecanismos principales de protección social:

- 1) Contributivos
- 2) No contributivos
- 3) Regulaciones del mercado laboral⁹³

Es decir, no se plantea el predominio de un elemento sobre el otro ni la eliminación de ningún instrumento, dado que no se encuentra contradicción entre la universalización y el uso de mecanismos focalizados, en tanto que “la selectividad o la focalización bien entendidas no contradicen el carácter universal de los derechos sociales, sino todo lo contrario: son un instrumento redistributivo que, considerando los recursos disponibles, apunta a la titularidad de un derecho social por parte de quienes se ven más privados de su ejercicio”.⁹⁴ De hecho, se considera que la provisión puede ser pública o privada, siempre y cuando el objetivo sea universalizar la garantía de los derechos propios de la ciudadanía social.

2.2.3. La seguridad social al final del largo siglo XX

A principios de la década de los 2000, surgieron algunos signos de avance hacia la ampliación de la cobertura de la seguridad social. Como se expuso antes, este cambio se desarrolló en un contexto internacional marcado por una reducción de la volatilidad económica. Por ejemplo, en la región de América Latina y el Caribe, entre 2000 y 2010, la tasa de crecimiento anual del PIB sólo fue negativa en 2009.⁹⁵ También hubo una reducción importante de la población en condición de pobreza que pasó, según la CEPAL, del 44 % en 2000 al 27.8 % en 2014.⁹⁶ En la literatura se ha vinculado la

⁸⁹ *Idem*.

⁹⁰ CEPAL, *Protección social de cara al futuro: Acceso, financiamiento y solidaridad*, Montevideo, 2006.

⁹¹ Simone Cecchini y Rodrigo Martínez, *Protección social inclusiva en América Latina: Una mirada integral, un enfoque de derechos*, CEPAL/Ministerio Federal de Cooperación Económica y Desarrollo-GIZ, Santiago de Chile, 2011.

⁹² *Ibid.*, p. 47.

⁹³ *Ibid.*, p. 19.

⁹⁴ CEPAL, *op. cit.*, p. 20.

⁹⁵ Banco Mundial, Crecimiento del PIB (% anual)-Latin America & Caribbean, *Banco de Datos*. Disponible en <https://datos.bancomundial.org/indicador/NY.GDP.MKTP.KD.ZG?end=2019&locations=ZJ&start=2000>

⁹⁶ CEPAL, Población en situación de pobreza extrema y pobreza según área geográfica, *CEPALSTAT*, 2020. Disponible en <https://cepalstat-prod.cepal.org/cepalstat/tabulador/ConsultaIntegrada.asp?idIndicador=3328&idioma=e>

reducción de la pobreza y, en algunos casos, de la desigualdad social,⁹⁷ a la adopción de nuevos programas sociales para atender a sectores hasta entonces excluidos y a la ampliación de la cobertura de otros existentes, lo cual tuvo el efecto de incluir a sectores que habían permanecido al margen del sistema.⁹⁸

El acuerdo general es que la democratización de los regímenes políticos latinoamericanos impulsó este gran cambio; sin embargo, hay diferentes posturas al respecto.⁹⁹ Algunas analistas recurren a la teoría de los *recursos de poder* y plantean que la democratización permitió la participación política de movimientos y partidos de izquierda, que éstos ganaran elecciones y llegaran a la presidencia de varios países en América Latina (Argentina, Brasil, Chile, Uruguay, Bolivia y Ecuador), lo que constituyó el denominado *giro a la izquierda*.¹⁰⁰ A diferencia de los trabajos fundacionales de la corriente de los recursos de poder, que consideraban a la clase obrera como el principal agente del cambio, en este conjunto de investigaciones los partidos son el agente, y las diferencias entre las políticas adoptadas se deben a su estructura y tipo de vínculos con el electorado.

Esta propuesta es convincente para los países que tuvieron gobiernos de izquierda, pero contribuye poco a entender qué sucedió en los

países con otro tipo de administraciones, como México o Chile. Por ejemplo, en el gobierno de centro-derecha de Sebastián Piñera se han creado nuevos programas sociales (ver Capítulo 6). Por esta razón, otras investigadoras han indicado que el mecanismo principal mediante el que la democracia impulsa la creación de políticas sociales es la competencia electoral.¹⁰¹ Garay argumenta que aunque los partidos de derecha en el gobierno son poco proclives ideológicamente a crear nuevos beneficios sociales, pueden crearlos cuando están en una competencia electoral intensa con partidos que promuevan agendas sociales, dado que tienen que buscar el apoyo electoral a partir de la oferta de beneficios a la población.¹⁰²

Incluso en los países donde ha gobernado la izquierda pueden existir otros factores que explican la adopción de nuevas políticas sociales o la expansión de las existentes. Así, como se vio antes, en Brasil la democratización permitió que los movimientos sociales que buscaban universalizar el sistema de salud tuvieran éxito y se estableciera el SUS en la Constitución de 1988 —el cual inició su funcionamiento pocos años después—.¹⁰³ En el caso de Argentina, diversas movilizaciones sociales impulsaron la adopción de nuevos programas de transferencias familiares, pensiones y atención a la salud.¹⁰⁴

⁹⁷ Evelyne Huber y John Stephens, *Democracy and the Left: Social Policy and Inequality in Latin America*, The University of Chicago Press, Chicago, 2012; Christina Ewig, *op. cit.*, pp. 184-218; David Altman y Rossana Castiglioni, "Determinants of Equitable Social Policy in Latin America (1990-2013)", *Journal of Social Policy*, 2019, pp. 1-22.

⁹⁸ Luciano Andrenacci, "From Developmentalism to Inclusionism: On the Transformation of Latin American Welfare Regimes in the Early 21st Century", *Journal Für Entwicklungspolitik*, XXVIII, 2012, pp. 35-57; Candelaria Garay, *op. cit.*

⁹⁹ Evelyne Huber y John Stephens, *op. cit.*; Christina Ewig, *op. cit.*; Candelaria Garay, *op. cit.*; Ricardo Velázquez Leyer y Juan Pablo Ferrero, "Social Policy Expansion, Democracy and Social Mobilization in Latin America: Health Care Reform in Brazil and Mexico", *Journal of Iberian and Latin American Research*, núm. 22, 2016, pp. 117-134; Jennifer Pribble, *Welfare and Party Politics in Latin America*, Cambridge University Press, Cambridge, 2013; Juliana Martínez Franzoni y Diego Sánchez Ancochea, *The Quest for Universal Social Policy in the South: Actors, Ideas, and Architectures*, Cambridge University Press, Cambridge, 2016; David Altman y Rossana Castiglioni, *op. cit.*

¹⁰⁰ En esta corriente, se pueden revisar los siguientes trabajos: Evelyne Huber y John Stephens, *op. cit.*; Jennifer Pribble, *op. cit.*; Santiago Anria y Sara Niedzwiecki, "Social Movements and Social Policy: The Bolivian Renta Dignidad", *APSA 2012 Annual Meeting Paper*, 2012.

¹⁰¹ Christina Ewig, *op. cit.*; Candelaria Garay, *op. cit.*; David Altman y Rossana Castiglioni, *op. cit.* Para el caso de las transferencias condicionadas en un país en vías de democratización, véase Alberto Díaz-Cayeros, Federico Estevez y Beatriz Magaloni, *The Political Logic of Poverty Relief: Electoral Strategies and Social Policy in Mexico*, Cambridge University Press, Cambridge, 2016.

¹⁰² Candelaria Garay, *op. cit.*

¹⁰³ Candelaria Garay, *op. cit.*; Ricardo Velázquez Leyer y Juan Pablo Ferrero, *op. cit.*

¹⁰⁴ Candelaria Garay, *op. cit.*

La democracia también facilita que los funcionarios públicos influyan en el proceso político y promuevan nuevas iniciativas. Por ejemplo, las alternancias en el gobierno muchas veces producen cambios en los equipos administrativos y esto, a su vez, tiene el potencial de modificar la manera en la que se tratan los problemas públicos o puede dar origen a nuevos programas. Un caso que ilustra este punto es la creación (ya mencionada) del sistema de salud colombiano: su diseño estuvo liderado por el economista y experto en salud pública Juan Luis Londoño, quien, después de un rompimiento de la coalición gobernante y la renuncia de Gustavo Roux, se convirtió en ministro de Salud y pudo impulsar sus propuestas,¹⁰⁵ entre ellas la del pluralismo estructurado, que desarrolló en colaboración con Julio Frenk.¹⁰⁶

En casos como Brasil y Chile, los políticos que enfrentaban una intensa competencia electoral se aliaron con grupos de tecnócratas para impulsar reformas que hicieron más equitativo el acceso a la salud.¹⁰⁷ Esto sucedió cuando los primeros vieron como un activo político en su lucha electoral a los proyectos elaborados por equipos de técnicos altamente capacitados.¹⁰⁸ Christina Ewig argumenta que esto sucedió con la creación del Plan de Acceso Universal de Garantías Explícitas, en la presidencia de Ricardo Lagos en Chile, ante la mayor competitividad que demostraban los partidos de derecha.¹⁰⁹ Como se apuntó en el capítulo anterior, en este informe no se busca argumentar en favor de una de estas posturas, sino que se les considera complementarias para entender la evolución de los sistemas de seguridad social en los años recientes, y guiar el análisis tanto de este capítulo como de los subsecuentes.

2.2.3.1. Algunas reversiones a las privatizaciones de los sistemas de pensiones

Como se expuso antes, las privatizaciones de los sistemas de pensiones generaron problemas importantes, tanto de acceso y nivel de protección como de sostenibilidad financiera. Ante estas complicaciones y las necesidades crecientes de protección frente al riesgo social de empobrecimiento en la vejez, algunos gobiernos latinoamericanos emprendieron reversiones totales o parciales a los sistemas de pensiones. De hecho, este proceso no es exclusivo de la región: de los 18 países que procedieron con cambios en este sentido hasta 2017, 13 eran de Europa oriental y sólo los 5 restantes de América Latina: Venezuela (2000), Ecuador (2002), Nicaragua (2005), Argentina (2008) y Bolivia (2009).¹¹⁰ Es interesante notar que casi todos los países de Europa oriental que privatizaron sus sistemas revirtieron los cambios, frente a poco más de un tercio en Latinoamérica.

En estos cinco casos, las reformas implicaron la terminación de los regímenes de cuentas individuales. En Argentina, esto supuso el traspaso de los fondos acumulados en las cuentas individuales a un esquema de capitalización colectiva, mientras que, en Bolivia, se prohibió constitucionalmente la privatización de la seguridad social y se canceló la entrada de nuevos afiliados al régimen de capitalización individual. En opinión de Ortiz *et al.*, la reversión de las privatizaciones en Venezuela, Ecuador, Nicaragua y Bolivia se relacionó principalmente con debates y factores domésticos, que supusieron una discusión intensa sobre la utilidad pública de los regímenes basados en cuentas individuales, mientras que, en Ar-

¹⁰⁵ Christina Ewig, *op. cit.*, p. 21.

¹⁰⁶ Juan Luis Londoño y Julio Frenk, "Pluralismo estructurado: Hacia un Modelo Innovador para la Reforma de los Sistemas de Salud en América Latina", *Documento de Trabajo Banco Interamericano de Desarrollo*, núm. 353, 1996.

¹⁰⁷ Christina Ewig, *op. cit.*

¹⁰⁸ *Ibid.*, p. 197.

¹⁰⁹ *Ibid.*, p. 16.

¹¹⁰ Isabel Ortiz *et al.*, *op. cit.*

gentina, tuvo que ver con los altos costos fiscales del sistema privatizado y con los efectos negativos de la crisis económica de 2008.¹¹¹

En el caso de Argentina parece que la reforma tuvo efectos importantes en la cobertura de las pensiones entre las personas de 65 años o más —en 2006 beneficiaba al 61.9 % de esta población; en 2007, al 74.8 %; en 2008, al 84.3 %, y el siguiente año se estabilizó alrededor del 90 %—.¹¹² En contraste, en Bolivia creció la cobertura, pero no en el régimen contributivo,¹¹³ sino mediante la instrumentación de un sistema universal que no requiere contribuciones directas, como se expone en la siguiente sección.

Estos países no son los únicos que han impulsado cambios a sus sistemas privatizados total o parcialmente. En Uruguay, por ejemplo, se reformaron los criterios de acceso y se establecieron mecanismos de compensación para las mujeres que deciden ejercer su maternidad y, por esta razón, salen temporalmente del mercado laboral (ver Capítulo 5).

A pesar de la abundante evidencia sobre las deficiencias de los sistemas privatizados —particularmente, los que Mesa-Lago llamó sustitutos—, éstos permanecen en bastiones como Chile y México, lo que ha subordinado la garantía del derecho humano a la seguridad social a las ganancias del capital financiero. En el caso chileno, hay un fuerte reclamo social, que condujo a un ciclo de protestas a finales de 2019, por revertir las herencias de la dictadura, en especial, el sistema de cuentas individuales. En el caso mexicano, ha comenzado la discusión sobre una vía para mejorar el acceso a las pensiones, la mayoría de las veces con iniciativas que se quedan muy cortas ante la gravedad de los problemas; no obstante, hay otro tipo de propuestas que buscan una so-

lución integral a la inequidad, la fragmentación y la insostenibilidad financiera y social de los sistemas, como la que recientemente formuló la CISS para el caso mexicano¹¹⁴ —y que algunos actores financieros consideran demasiado radical—.

Ante los altos niveles de exclusión de los mecanismos contributivos en la región latinoamericana, durante las últimas dos décadas hubo un crecimiento considerable del número de programas y de la cobertura de las pensiones no contributivas.

2.2.3.2. Programas de pensiones no contributivas

En efecto, en el año 2000, sólo en seis países latinoamericanos había regímenes nacionales de pensiones no contributivas para personas adultas mayores —Argentina, Bolivia, Brasil, Chile, Costa Rica y Uruguay—, que únicamente cubrían al 3.8 % de la población adulta mayor.¹¹⁵ A éstos se agregaron Colombia y Ecuador en 2003 —cuando la cobertura era del 5.7 %, para pasar al 6.5 % en 2004—. En México, por ejemplo, en 2007 se creó un programa no contributivo como respuesta a una creciente competencia electoral,¹¹⁶ en la que el candidato de la izquierda prometió establecer un programa no contributivo y universal como el que había creado en su periodo como gobernante de la capital del país. Como respuesta, el presidente electo —en una contienda muy cerrada que llevó a una amplia movilización social— implementó un programa que no llegó ni al 30 % de la población de 65 años o más en sus primeros cinco años de funcionamiento.¹¹⁷

Entre 2008 y 2011, se establecieron seis esquemas de este tipo —en El Salvador, Guatemala, Panamá, Paraguay, Perú y Venezuela—, seguramente, en algunos casos, como una estrategia

¹¹¹ *Idem.*

¹¹² Alberto Arenas de Mesa, *Los sistemas de pensiones en la encrucijada*, CEPAL, Santiago de Chile, 2019, p. 176.

¹¹³ *Idem.*

¹¹⁴ Jorge Tonatiuh Martínez Aviña, *op. cit.*

¹¹⁵ Promedio ponderado. Véase Alberto Arenas de Mesa, *op. cit.*, p. 193.

¹¹⁶ Candelaria Garay, *op. cit.*

¹¹⁷ Alberto Arenas de Mesa, *op. cit.*, p. 193.



“ Ante los altos niveles de exclusión de los mecanismos contributivos en la región latinoamericana, durante las últimas dos décadas hubo un crecimiento considerable del número de programas y de la cobertura de las pensiones no contributivas. ”

para afrontar los estragos de la crisis económica internacional de ese periodo. Así, para 2011, la cobertura ya era del 15,5 % de la población de 65 años o más, y para 2017, este tipo de programas ya otorgaba beneficios al 22,8 % de la población adulta mayor de los 15 países que ya contaban con programas de pensiones no contributivas.

Además de la necesidad de protección ante choques económicos, una de las razones detrás de la creación de estos programas fue la baja cobertura de los sistemas contributivos. Así, en 2000, este tipo de esquemas protegía únicamente al 48,1 % de las personas adultas mayores en 17 países de América Latina, aunque en países como Colombia, Guatemala y Honduras la cobertura no llegaba ni al 10 %, y en Ecuador, El Salvador, México, Nicaragua, Paraguay, República Dominicana y Venezuela, era menor del 20 %.¹¹⁸ Sin embargo, también intervinieron otros factores.

En Bolivia, por ejemplo, hubo una amplia influencia de las herencias institucionales del pasado, puesto que, a raíz de la reforma privatizadora de las pensiones en 1996, y con recursos obtenidos de la venta de empresas públicas, se creó un programa denominado Bono Solidario (Bonosol) para otorgar prestaciones por vejez, a partir de los 65 años, a todas las personas que tuvieran al menos 21 años cumplidos al 31 de diciembre de 1995. Este programa funcionó de manera intermitente, hasta que en 2002 se estableció en una ley nacional y, poco después, en la Constitución. A pesar de estas interrupciones, para el 2000 ya cubría al 79,2 % de la población de 65 años o más.¹¹⁹

Sin embargo, el paso decisivo se dio en 2007, un año después de la elección en la que triunfó el presidente Evo Morales, quien, ante las deficiencias del sistema de capitalización individual y en medio de un proceso de nacionalización de los hi-

¹¹⁸ *Ibid.*, p. 171.

¹¹⁹ *Ibid.*, p. 193.



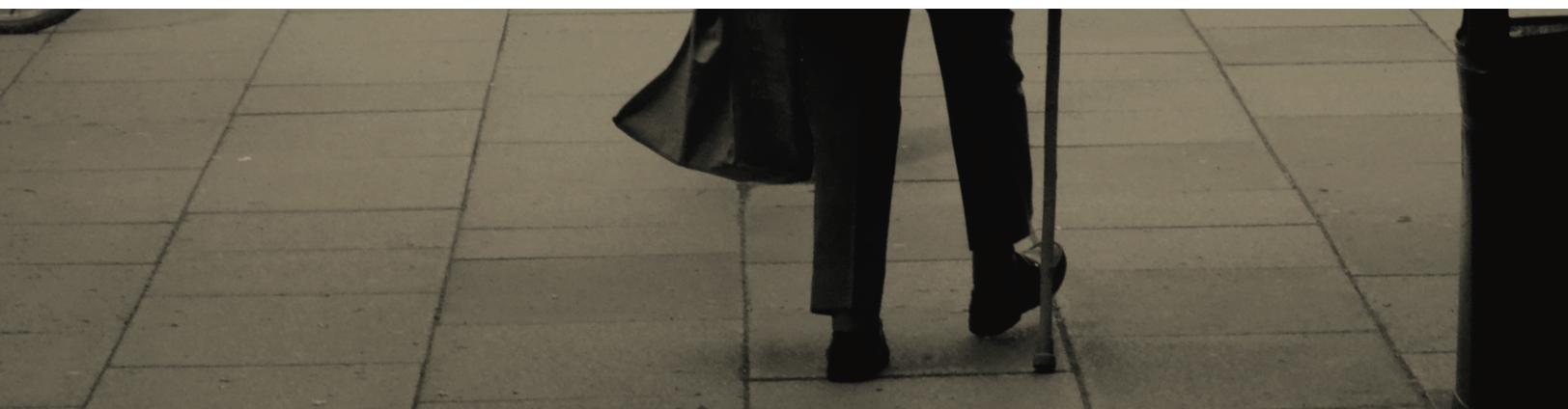
drocarburos y de empresas privatizadas en la década de 1990, así como promesas de redistribución de los ingresos, decidió establecer, mediante la Ley N° 3791, un programa de pensión universal, denominado Renta Dignidad. En la nueva Constitución de 2009, se estableció en el artículo 67 que “Todas las personas adultas mayores tienen derecho a una vejez digna, con calidad y calidez humana. El Estado proveerá de una renta vitalicia de vejez, en el marco del sistema de seguridad social integral, de acuerdo con la ley”. Este derecho se materializó mediante la creación del Sistema Integral de Pensiones, en 2010, que incluye tres pilares: contributivo, semicontributivo y universal no contributivo. Esto convirtió a Bolivia en el primer país de América Latina que creó un régimen universal que no requiere de cotizaciones salariales.

No obstante, otorga montos bajos: en 2018, tenía un importe máximo equivalente a 43.4 USD mensuales —para quienes no gozaran de una pensión contributiva, que son la mayoría— y

como mínimo 36.2 USD —para quienes tuvieran una pensión contributiva—. Como se verá en el siguiente capítulo, la cantidad es muy baja en comparación con lo que otorga el régimen contributivo y, aunque fue un avance sustancial en la extensión de la cobertura, parece tener efectos moderados en la eficacia del sistema para la protección ante el riesgo social de empobrecimiento en la vejez.

En la mayoría de los casos, las pensiones no contributivas surgieron y se expandieron de manera importante en países con alta informalidad laboral. Aunque esto representa un avance sustancial en la cobertura de grupos que habían permanecido excluidos —como se analiza con mayor detalle en la parte final del siguiente capítulo—, otorgan montos notablemente menores a los de los regímenes basados en cotizaciones. Entonces, aunque se redujo la falta de acceso a estas prestaciones por la exclusión del mercado laboral formal, se institucionalizó un acceso desigual al derecho humano a la seguridad social.

“ En la mayoría de los casos, las pensiones no contributivas surgieron y se expandieron de manera importante en países con alta informalidad laboral. Aunque esto representa un avance sustancial en la cobertura de grupos que habían permanecido excluidos, otorgan montos notablemente menores a los de los regímenes basados en cotizaciones. Entonces, aunque se redujo la falta de acceso a estas prestaciones por la exclusión del mercado laboral formal, se institucionalizó un acceso desigual al derecho humano a la seguridad social. ”



2.2.3.3. Reformas sanitarias

En el caso de la salud, se reformaron algunos esquemas de aseguramiento. Según la OPS,¹²⁰ estas reformas se pueden agrupar en dos categorías. Por un lado, y en línea con la tendencia neoliberal, se adoptaron mecanismos de mercado con el propósito de favorecer la eficiencia, incrementar la cobertura (entendida como mera afiliación) y garantizar la protección financiera de las personas, en especial de las que carecían de acceso a la seguridad social por estar excluidas del mercado laboral formal. Como resultado, se establecieron paquetes mínimos de servicios para la población afiliada. Por otro lado, las reformas que se centraron en la organización de los servicios y en los modelos de atención con el objetivo de fortalecer el primer nivel y aumentar el acceso a este tipo de intervenciones. Estas transformaciones se basaban en la concepción de la salud como derecho humano, muchas veces en consonancia con los postulados de la declaración de Alma-Ata, de 1978, que se centra en la atención primaria a la salud.

Un ejemplo del primer tipo de modificaciones fue la reforma sanitaria de 2010 en Estados Unidos, ante la ineficacia e ineficiencia del sistema. A pesar de ser el país que más gasta en salud —en 2009, cuando se discutía la propuesta, destinó a este rubro el 16.3 % del PIB, frente al 9.9 % del promedio mundial—,¹²¹ tenía una brecha de cobertura importante —mayor de 30 millones de personas sin aseguramiento—¹²² y malos resultados frente a otros países desarrollados, por ejemplo, en esperanza de vida.¹²³ Estos problemas se relacionan con el alto grado de privatización del sistema y la

falta de regulaciones, que propician su encarecimiento. Así, después de un intenso proceso de negociación, que no modificó la privatización del sistema, se aprobó una reforma con los siguientes elementos:¹²⁴

- 1) La ampliación de la cobertura mediante el programa Medicaid, dirigido a personas en condición de pobreza y con subsidios a las personas no aseguradas de bajos ingresos.
- 2) La creación de mercados públicos instituidos y regulados por las autoridades estatales.
- 3) El establecimiento de multas de 695 USD anuales a las personas que no cuenten con seguro de salud o de 2000 USD por trabajador, en el caso de los patrones con más de 50 empleados y que no les proporcionen aseguramiento.
- 4) Reducción y descuentos en los precios de los medicamentos para las personas mayores.
- 5) Financiamiento mediante el incremento a los impuestos sobre la renta (ISR), sobre la nómina y sobre planes de aseguramiento con amplios beneficios y costos elevados.

A causa de esta reforma, entre 2010 y 2016, el número de personas sin aseguramiento se redujo de 46.5 a 26.7 millones.¹²⁵ Sin embargo, desde que se promulgó, generó gran oposición, especialmente entre los simpatizantes del Partido Republicano. Algunos de los gobernadores por este partido obstaculizaron desde entonces la aplicación de los cambios. El desafío más grande inició con el periodo presidencial 2016-2020, puesto que el monto de las multas para las personas sin

¹²⁰ OPS, "Stewardship and Governance toward Universal Health", *Health in the Americas 2017*. Disponible en <https://www.paho.org/salud-en-las-americas-2017/?p=47>

¹²¹ Banco Mundial, Current Health Expenditure (% of GDP)-United States, 2020. Disponible en <https://data.worldbank.org/indicator/SH.XPD.CHEX.GD.ZS?locations=US>

¹²² Scott B. Martin, *op. cit.*, p. 131.

¹²³ Panel on Understanding Cross-National Health Differences among High-Income Countries, *U.S. Health in International Perspective: Shorter Lives, Poorer Health*, The National Academies Press, Washington D. C., 2013.

¹²⁴ Scott B. Martin, *op. cit.*, pp. 131-132.

¹²⁵ Jennifer Tolbert *et al.*, "Key Facts about the Uninsured Population", 13 de diciembre de 2019, consultado el 27 de abril de 2020. Disponible en <https://www.kff.org/uninsured/issue-brief/key-facts-about-the-uninsured-population/>

seguro y para quienes no lo proporcionarán a sus empleados se redujo a cero dólares,¹²⁶ y actualmente se discute en tribunales la continuidad de la reforma.

Otro ejemplo es la creación, en 2003, del Sistema de Protección Social en Salud de México, mejor conocido como Seguro Popular (SP), el cual otorgaba protección financiera a la salud. Esta reforma también se basó en los postulados del pluralismo estructurado,¹²⁷ que consideraban a los mecanismos de mercado como el medio ideal para universalizar la salud. El SP otorgaba un paquete mínimo de intervenciones con el objetivo de brindar protección financiera a la población excluida de la seguridad social, reducir el número de familias que se empobrecen por gastos catastróficos en salud y desarrollar una cultura de pago anticipado entre los beneficiarios.¹²⁸ Sin embargo, adoptó una visión minimalista del universalismo, que se redujo a afiliar a las personas excluidas del mercado laboral formal y otorgarles una protección notablemente menor que la garantizada por las instituciones de seguridad social contributiva, dadas las limitaciones en el número de padecimientos e intervenciones cubiertas. Por otra parte, lejos de revertir la desigualdad en el acceso a la salud en México, ésta se reforzó, pues gran parte de la población que cuenta con seguro social pertenece a los tres deciles de más altos ingresos, mientras que la mayoría de los afiliados al Seguro Popular son de los deciles más pobres.¹²⁹

Por supuesto, la reforma sanitaria colombiana de la década de los noventa también siguió esta orientación, y obtuvo la participación de entes privados en la provisión de servicios de salud, aunque no necesariamente la cobertura universal en el plazo en el que se proponía.¹³⁰ Otros países

que emprendieron reformas de este tipo en América fueron Bahamas, Honduras, Islas Turcas y Caicos, Estados Unidos y Uruguay. Este último caso demuestra que las reformas que contemplan la participación de entes privados en el funcionamiento del sistema de salud no necesariamente producen efectos negativos. Con la creación del Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS), se determinó la incorporación de prestadores privados de servicios —con y sin fines de lucro—, pero con un financiamiento público y progresivo, además de una sólida rectoría estatal, que permitió la regulación de los copagos y el establecimiento de criterios que guíen la provisión de servicios; esta reforma se analiza con mayor profundidad en el Capítulo 5 de este informe.

Algunos países que implementaron reformas del segundo tipo fueron Bolivia, Brasil, Canadá, El Salvador, Guatemala y Paraguay. Como ya se mencionó, éstas buscan modificar los modelos de atención y suelen poner especial atención a los servicios de primer nivel. En lugar de buscar una universalización de la afiliación, tienen por objetivo incrementar el acceso a los servicios de atención médica. En Paraguay, por ejemplo, en 2008 se implementó una estrategia con base en el modelo de Atención Primaria a la Salud. Para este modelo, los servicios sanitarios no deben circunscribirse al ámbito exclusivo de los establecimientos médicos, sino que también deben considerar los denominados *determinantes sociales*: las circunstancias en las que se desarrollan las actividades cotidianas, el trabajo o las etapas de su ciclo de vida, lo que no sólo incluye al sistema de salud. Estos determinantes dependen de las relaciones sociales, económicas y de poder que prevalecen en cada sociedad. Uno de los elementos princi-

¹²⁶ United States Centers for Medicare and Medicaid Services, "No health insurance? See if you'll owe a fee", consultado el 27 de abril de 2020. Disponible en <https://www.healthcare.gov/fees/fee-for-not-being-covered/>

¹²⁷ Juan Luis Londoño y Julio Frenk, "Pluralismo estructurado: Hacia un Modelo Innovador para la Reforma de los Sistemas de Salud en América Latina", *Documento de Trabajo Banco Interamericano de Desarrollo*, núm. 353, 1996.

¹²⁸ González Pier *et al.*, 2006, citado en Laura Flamand y Carlos Moreno Jaimes, *Seguro Popular y Federalismo en México: Un análisis de política pública*, México, CIDE, 2014.

¹²⁹ Barba Solano, *op. cit.*

¹³⁰ Asa Cristina Laurell y Ligia Giovanella, *op. cit.*



pales de la orientación del sistema paraguayo en este sentido fue:

la creación e implementación de Unidades de Salud de la Familia, en territorios sociales definidos, a cargo de equipos multidisciplinares integrados por médicos generalistas o especialistas en medicina familiar, una enfermera, auxiliares de enfermería, y agentes comunitarios, así como equipos odontológicos trabajando de cerca con las comunidades con enfoque de derechos, eficiencia y equidad en un contexto social que respeta la interculturalidad, y promueve políticas integradas, para mejorar los determinantes y condicionantes vinculados a la calidad de vida y salud.¹³¹

Según un estudio de Ernesto Báscolo, Natalia Houghton y Amalia del Riego,¹³² las reformas que incorporan mecanismos de mercado han incrementado la afiliación,¹³³ pero con serias barreras al acceso efectivo, sobre todo para los hogares más empobrecidos. En el caso de las reformas de los modelos de atención, no se observaron cambios sustanciales en la afiliación, pero sí hubo un incremento en el acceso efectivo a los servicios, debido en gran parte a los esfuerzos por fortalecer el primer nivel de atención y la implementación de un modelo integral basado en la atención primaria a la salud.

¹³¹ Julia Noemí Mancuello Alum y María Stella Cabral de Bejarano, "Sistema de Salud de Paraguay", *Revista de Salud Pública del Paraguay*, núm. 1, vol. 1, 2011, p. 14.

¹³² Ernesto Báscolo, Natalia Houghton y Amalia del Riego, "Types of health systems reforms in Latin America and results in health access and coverage", *Rev Panam Salud Publica*, núm. 42, 2018, p. 1.

¹³³ Que varía del 98 % en Chile y Uruguay al 96 % en Colombia, el 80 % en México y el 73 % en Perú. Báscolo, Houghton y Del Riego, *op. cit.*

2.2.3.4. Prestaciones familiares y programas de transferencias condicionadas

Otro cambio importante fue la creación de programas de transferencias con corresponsabilidad o condicionadas (PTC), los cuales tuvieron una rápida difusión en la mayoría de los países de Latinoamérica. En general, estos programas surgieron con el objetivo expreso de combatir la pobreza, con un enfoque de inversión en capacidades para facilitar la inserción laboral de las personas, la interrupción del ciclo intergeneracional de transmisión de la pobreza, o combatir situaciones de alta exclusión social. De acuerdo con estos propósitos, dichos programas están condicionados a que las personas beneficiarias, en particular las madres, envíen a sus hijos e hijas a la escuela o reciban asistencia médica básica de manera regular.

Estos programas pueden clasificarse como una prestación familiar, pues buscan contribuir al gasto que enfrentan las familias con hijos. Como se verá en el Capítulo 5, en Uruguay incluso se articuló el programa Plan Equidad con el sistema de prestaciones contributivas, el cual otorga montos similares a la prestación denominada Asignación Familiar.

Se considera al Programa de Educación, Salud y Alimentación (Progresá) —creado por el gobierno mexicano en 1997— y a Bolsa Familia —implementado a nivel nacional por el Estado brasileño en 2003 y todavía vigente—, como pioneros de este tipo de estrategias en el mundo. En el año 2000 había sólo seis PTC y en 2005 ya había una veintena. A partir de entonces, el incremento fue continuo hasta llegar a más de 30 programas en 2012. Según la OIT, en América Latina estos pro-

gramas pasaron de cubrir al 3.1 % de los hogares en 2000 al 17.5 % en 2015, y en este último año, cubrían al 73.6 % de las personas en condición de pobreza y al 100 % de las que estaban en pobreza extrema.¹³⁴

De hecho, para 2012 sólo Cuba y Venezuela carecían de programas de este tipo.¹³⁵ Aunque hacia 2018, un nuevo gobierno, con una fuerte orientación universalista, puso fin al programa de transferencias condicionadas en México —que para ese entonces había cambiado de nombre al menos en dos ocasiones— y lo sustituyó con un programa de becas universales para niñas y niños que asisten a escuelas públicas.

Una de las principales características de los PTC es su amplia cobertura. En efecto, Bolsa Familia y Progresá eran los programas con mayor extensión en el mundo en su momento. El primero benefició al 26 % de la población en 2012 —cuando el 18.6 % estaba en situación de pobreza de ingresos—, y el segundo, aunque no cubrió la totalidad de la población de menores ingresos (37.2 %), tenía una de las más altas coberturas, que ascendía al 27 % en el mismo año.¹³⁶ La importancia de estos programas, sin embargo, radica en su tendencia incluyente, pues no sólo cubrían a las personas que viven en pobreza, sino que también incluyeron a población en situación de vulnerabilidad (sobre todo Bolsa Familia). Pese a ello, los servicios que ofrecen son de calidad muy inferior a los que pueden conseguir quienes no viven en pobreza.

A este tipo de inclusión desigual algunos autores la llaman *inclusión inferiorizante* o *inclusión problemática*.¹³⁷ Aunque hay ciertas excepciones, como Chile Solidario, cuyo objetivo es fomentar la cohesión social y no tanto la inversión en capi-

¹³⁴ OIT/Oficina Regional para América Latina y el Caribe, *Presente y futuro de la protección social en América Latina y el Caribe*, Lima, 2018, p. 137.

¹³⁵ Gibrán Cruz-Martínez, *op. cit.*, p. 14.

¹³⁶ *Ibid.*, p. 43.

¹³⁷ Luciano Andrenacci, "From developmentalism to inclusionism: On the transformation of Latin American welfare regimes in the early XXIst century", *Austrian Journal of Development Studies* (Journal für Entwicklungspolitik), núm. 1, vol. 28, 2012, pp. 35-57; Armando Barrientos, "Social Protection in Latin America: One Region, Two Systems", en Gibrán Cruz-Martínez (ed.), *Welfare and Social Protection in Contemporary Latin America*, Routledge, Londres y Nueva York, 2019, p. 63.



tal humano, además de que otorga montos más altos que otros programas similares en la región (ver Capítulo 6). Esto indica que, pese a cierta tendencia general a otorgar montos mínimos, no todos los programas de este tipo son iguales ni responden a los mismos objetivos, pues cada uno se implementa en un contexto específico de políticas sociales, con resultados distintos.¹³⁸ Aun así, en todos los casos (aunque en diferentes grados) perpetúan un sistema diferenciado, con prestaciones contributivas que otorgan mayores montos a las personas con empleo formal, y programas focalizados que otorgan niveles de protección notablemente menores a las personas en condición de pobreza y excluidas de la economía formal.

Como se pudo observar en el caso de las pensiones, con la creación de mecanismos financiados con rentas generales, de programas de atención a la salud especiales para las personas excluidas de la seguridad social contributiva, o el establecimiento de los programas de transferencias condicionadas, en el periodo que concierne a esta sección hubo un crecimiento importante de la cobertura en diversas ramas de la seguridad social, mediante mecanismos de contribución indirecta. Lejos de desaparecer —como propone el universalismo básico—, las prestaciones contributivas permanecieron en el periodo y, en algunos casos, se reforzaron, por ejemplo, con la reversión

de las privatizaciones de los sistemas de pensiones. Sin embargo, estas reversiones no alcanzaron, al menos no en todos los casos, a las políticas focalizadas que se crearon para responder a la emergencia social ocasionada por las crisis económicas, la apertura comercial y las privatizaciones de las décadas de los ochenta y noventa. De hecho, algunos de estos programas fueron un antecedente de las políticas creadas a partir de los años 2000 para incluir a sectores que habían permanecido marginados de los instrumentos de seguridad social.

De esta manera, surgió una estructura dual de los sistemas de seguridad social¹³⁹ que, mediante esquemas financiados con cotizaciones basadas en el salario, otorga beneficios, en algunos casos generosos, a las personas que se ocupan en el sector formal de la economía, mientras que para las personas de bajos ingresos y con trabajos informales se crearon prestaciones de menor calidad, financiadas con rentas generales. Aunque esto permitió ampliar la cobertura a grupos que habían permanecido excluidos y darles una protección mínima ante riesgos sociales que no dependa únicamente del empleo, se ha institucionalizado un acceso desigual a las prestaciones de la seguridad social que, como se expone en el siguiente capítulo, puede tener grandes efectos en la eficacia de los sistemas.

¹³⁸ Gibrán Cruz-Martínez (ed.), *Welfare and Social Protection in Contemporary Latin America*, Routledge, Londres y Nueva York, 2019.

¹³⁹ Armando Barrientos, *op. cit.*, p. 63.



Este periodo concluye, pues, con la ampliación de la cobertura, pero sin que se alcancen a solucionar las tensiones entre un acceso a la seguridad social con base en el empleo y su establecimiento como derecho humano en distintos instrumentos jurídicos internacionales, y que realmente garantice el acceso igualitario a prestaciones y servicios. Se han incorporado nuevos sectores a los sistemas de seguridad social, pero principalmente con programas para personas en condición de pobreza o vulnerabilidad, que ofrecen menores niveles de protección que los financiados con cotizaciones.

Esto ha producido la institucionalización de un acceso desigual a un derecho al que todas las personas deberían disfrutar en igualdad de condiciones. Si bien se debe reconocer la ampliación de la cobertura, lo cierto es que no parece que las prestaciones mínimas que se han creado en los últimos años estén avanzando hacia la construcción de sistemas integrales, en los que se garantice un nivel similar de protección a todas las personas. Las agendas de algunos organismos internacionales han tratado de encauzar estas innovaciones hacia la construcción de sistemas universales que otorguen prestaciones mínimas y, en los casos más progresistas, que constituyan la base sobre la cual construir sistemas más abarcadores. Sin embargo, como se mostró en este capítulo —y como se profundiza en el siguiente—, más que avanzar hacia la integración, se han constituido sistemas duales, con prestaciones y niveles

de protección diferenciados según la condición laboral o el nivel de ingreso.

Como se ha visto, esta configuración no es fortuita, sino que es el resultado de la interacción de distintos procesos. En las décadas de 1980 y 1990, fueron fundamentales los problemas económicos —que limitaron el gasto público—, el arribo al poder de liderazgos políticos que comulgaban con la ideología neoliberal y la influencia de los organismos financieros internacionales. Sobre este último elemento, se encontraron tendencias divergentes en la influencia de los organismos multilaterales: desde el afán privatizador del BM, que se matizó en las décadas siguientes, hasta las propuestas universalistas, ya referidas, de instituciones como la OIT, la CEPAL o el BID.

En los 2000, el crecimiento económico, la democratización y un ambiente ideológico más favorable a las políticas sociales fomentaron las innovaciones. En algunos casos, como la reversión de las privatizaciones, se buscó eliminar la herencia institucional del periodo de austeridad, pero, en general, se construyó a partir de mecanismos no contributivos y focalizados.

Es previsible que, en el futuro, permanezca esta dualidad. Más que la desaparición de alguno de sus aspectos, lo que se debe plantear es su integración y coordinación, con miras a garantizar a todas las personas el acceso en igualdad de condiciones a la seguridad social.

La revisión histórica que se presentó en este capítulo tiene limitaciones. La principal de ellas

es que no da una idea de la magnitud del cambio en los niveles de cobertura o la mejora, en su caso, de los resultados de los sistemas de seguridad social. Por esta razón, en el siguiente capítulo se presenta un análisis

cuantitativo de las tendencias de la presión, la cobertura y la eficacia de los sistemas en los últimos años, a la luz de las transformaciones laborales, demográficas y sociales que hubo en los países americanos.

Capítulo 3

Análisis comparado de los sistemas
de seguridad social en América





Desde la década de 1980, los sistemas de seguridad social del continente entraron en una nueva etapa de su historia. Al principio, ésta se caracterizó por una reducción del gasto social, la descentralización de algunas prestaciones y la privatización de servicios, lo que condujo a la reducción de la cobertura y al reforzamiento de desigualdades en el acceso a la seguridad social. Además de la exclusión, esto supuso el establecimiento de los cimientos de un sistema dual. Una vez que concluyeron las turbulentas décadas de 1980 y 1990 —en las que hubo una gran volatilidad económica y se instauraron las reformas liberalizadoras más importantes, tanto económicas como de política social— comenzó un esfuerzo, limitado en la mayoría de los casos, por corregir algunas de las consecuencias negativas de la ronda de reformas y de algunas herencias de periodos previos.

Para cumplir este objetivo, en algunos lugares se revirtieron las privatizaciones de los fondos de pensiones, mientras que en otros se crearon programas no contributivos —o de contribución indirecta— con el fin de atender a una gran cantidad de personas que carecían de atención pública para enfrentar el empobrecimiento en la vejez; también se crearon programas destinados a las familias con hijos, que —a diferencia de los que habían surgido en la segunda mitad del siglo XX—, se concentraron en atender a la población en situación de pobreza y establecieron algún tipo de corresponsabilidad para acceder a los beneficios.

En algunos países, por último, se emprendieron reformas para avanzar en la universalización de los servicios de salud.

Aunque algunas de esas innovaciones ampliaron el alcance de la cobertura y otorgaron beneficios a sectores que habían permanecido excluidos —por lo que atenuaron así el vínculo entre acceso y condición laboral— establecieron sistemas duales con beneficios más generosos para las personas con empleo formal y acceso a los beneficios contributivos frente a las personas generalmente en condición de pobreza, que acceden a prestaciones de menor nivel. Esta dualidad, que supone la existencia de instrumentos contributivos —y mejor financiados— para personas con empleo formal y de mecanismos de contribución indirecta para personas excluidas de la economía formal, generalmente en condición de pobreza, es problemática porque implica un acceso desigual al derecho humano a la seguridad social. Como se verá en los casos de estudio que se presentan en los siguientes capítulos —salvo en contadas ocasiones— no se ha buscado una articulación entre ambos elementos que conduzca a una universalización equitativa del acceso a la seguridad social.

Como se expuso en el capítulo anterior, el crecimiento en la cobertura —durante la década de los 2000— coincidió con una mayor estabilidad económica internacional —que en algunos países implicó un crecimiento importante, vinculado con el aumento de las exportaciones de materias pri-

mas— y también hubo una reducción en indicadores como el tamaño de la población en condición de pobreza o los niveles de desigualdad. En cierto grado, estos últimos cambios se vincularon con los avances de la cobertura de los sistemas de seguridad social y con la mejora de los resultados sociales derivados de esta ampliación —a la luz de las transformaciones económicas, sociales y demográficas del periodo—. En este capítulo se hace una aproximación cuantitativa al análisis de la presión, la cobertura, la eficacia y el desempeño de la seguridad social en las dos prestaciones principales: pensiones y asistencia médica.

En específico, se analizan los sistemas de seguridad social de 19 países americanos en 2009 y 2016: Argentina, Bolivia, Brasil, Canadá, Chile, Colombia, Costa Rica, República Dominicana, Ecuador, El Salvador, Estados Unidos, Guatemala, Honduras, México, Nicaragua, Panamá, Perú, Paraguay y Uruguay. Para ello, se elaboró una serie de índices sobre seguridad social en estos países: i. Índice de Presión (IP); ii. Índice de Cobertura (IC), y iii. Índice de Eficacia (IE), que en conjunto integran el Índice de Desempeño de los Sistemas de Seguridad Social (IDSSS). Estos índices se estratificaron para agrupar los países según las variables estudiadas.

El capítulo aporta elementos que permiten responder en qué medida los sistemas de seguridad social del continente satisfacen los requerimientos de bienestar de sus poblaciones. Al respecto, el IP proporciona una referencia con la cual comparar los distintos niveles de presión para que crezca la cobertura de los sistemas de seguridad social, puesto que las variables que incluye —población urbana como porcentaje de la población total, población de 65 años o más como porcentaje de la población total, tasa de desempleo, empleos en servicios como porcentaje del empleo total— se relacionan con necesidades de protección ante riesgos sociales. Por medio de este índice se constató que en el periodo de estudio aumentaron los factores que presionan a los go-

biernos para ampliar la cobertura de los sistemas de seguridad social, mediante instrumentos contributivos y no contributivos.

En tanto, el IC permitió constatar que en el periodo que se estudia creció el número de personas con acceso a asistencia a la salud y pensiones para personas adultas mayores. Al comparar ambos índices y sus indicadores puede verse que la cobertura, en general, ha crecido en relación con el aumento de la presión. Esto sugiere que los gobiernos y, en particular, los sistemas de seguridad social han logrado avances; sin embargo, aún está pendiente la tarea de garantizar que los beneficios de los distintos esquemas y programas de seguridad social sean suficientes; por un lado, para evitar el empobrecimiento de las personas y, por el otro, para que tengan acceso en igualdad de condiciones a las prestaciones de la seguridad social, superando la dualidad que se ha consolidado en las últimas décadas.

La revisión histórica que se presentó en los dos primeros capítulos de este informe, indica que son las instituciones políticas, económicas y sociales las que han mediado entre la presión y la respuesta gubernamental para ampliar la cobertura. En este sentido, la respuesta no es automática: depende, por supuesto, de tendencias macro a largo plazo, pero también de factores contingentes, como cambios en los gobiernos o la influencia de funcionarios y redes de expertos. Una clara eviden-

“ El capítulo aporta elementos que permiten responder en qué medida los sistemas de seguridad social del continente satisfacen los requerimientos de bienestar de sus poblaciones. ”

cia del carácter contingente de este proceso son los casos en los que la cobertura no sigue a la presión; por ejemplo, donde el número de personas pensionadas crece en menor medida que el conjunto de la población adulta mayor, como se verá más adelante, Chile ejemplifica este caso.

El IE permite aproximarse a la capacidad de los sistemas de seguridad social para proteger los ingresos de las personas y garantizar el acceso a los servicios de salud. En este caso, también se comprobó un incremento general en el periodo de estudio. La comparación entre los resultados del IE y el IC también sugiere una relación positiva entre la cobertura y la eficacia. Sin embargo, no se trata de un resultado garantizado —como lo prueban los casos en los que la eficacia en la provisión de servicios sanitarios y la protección del ingreso de las personas mayores no creció al mismo ritmo que la cobertura—. De hecho, como se analiza al final del capítulo, los avances más limitados en eficacia se relacionan con el surgimiento de sistemas duales. Así, en el caso particular de las pensiones, la ampliación de la cobertura se dio principalmente por medio de instrumentos de contribución indirecta¹, los cuales otorgan beneficios notablemente menores a los que dan las pensiones basadas en cotizaciones. En los capítulos 5, 6, 7 y 8, que presentan casos de estudio cualitativo, se profundiza en el crecimiento de la cobertura y el surgimiento de sistemas duales, que protegen de manera diferenciada.

La elaboración de los índices que se presentan en este capítulo estuvo limitada por la disponibilidad de estadísticas comparables en el tiempo sobre las 9 ramas de la seguridad social, para los 35 Estados independientes del continente y los 6 territorios no autogobernados que conforman la membresía de la CISS. Si bien se recolectó información para el periodo comprendido entre 2000 y 2017, por esta restricción, el ejercicio se centró en

los 19 países mencionados, en dos años —2009 y 2016— y en las prestaciones relacionadas con la asistencia a la salud y las pensiones para personas adultas mayores. Conviene aclarar que no todos los países incluidos en el análisis cuantitativo pertenecen a la CISS, tal es el caso de Estados Unidos, Colombia y Bolivia; sin embargo, se incluyeron con el objetivo de tener una aproximación general a la situación de la presión, la cobertura y la eficacia de la seguridad social en el continente. La decisión de incluir sólo las prestaciones de asistencia médica y pensiones para personas adultas mayores se debe a su importancia (fueron de las primeras prestaciones en proveerse, son las de mayor cobertura y las que dan cuenta del grueso del gasto público en seguridad social). Además, se consideró que la información sobre la población a la que atienden y sobre el gasto total en protección social permitiría un acercamiento a la situación general de los sistemas.

Estas limitaciones también impidieron tener una aproximación directa a la situación de grupos que han estado excluidos históricamente del disfrute del derecho humano a la seguridad social: personas con trabajo informal; quienes viven en zonas rurales y se ocupan de la agricultura u otras actividades del sector primario en las que hay baja cobertura; las que desempeñan algún trabajo no remunerado —de cuidado o en empresas familiares, y las que pertenecen a pueblos indígenas—. Lo anterior es un problema tanto para el análisis como para la garantía misma del derecho humano a la seguridad social.

Como no se puede obtener un diagnóstico confiable de las condiciones específicas de estos grupos se dificulta la elaboración de estrategias para su acceso a la seguridad social. Con el fin de tratar este aspecto, se elaboró un índice con indicadores sobre empleo informal, la razón de dependencia demográfica, el tamaño de la pobla-

¹ Con este término se intenta evitar la carga negativa que puede tener el de “no contributivo”, que parece sugerir que se trata de algún tipo de caridad del gobierno hacia quienes no hacen cotizaciones en función del salario. Las personas que reciben este tipo de prestaciones también contribuyen en su financiamiento, pero de manera indirecta, mediante impuestos al ingreso y al consumo.

“Es importante señalar la urgencia de que los gobiernos nacionales, las oficinas nacionales de estadística, los institutos nacionales de seguridad social, las instituciones de investigación y los organismos multilaterales colaboren en la recolección, la sistematización y la diseminación de información que guíe la elaboración de políticas públicas para la inclusión de poblaciones sin acceso a las prestaciones de la seguridad social y, en general, a la garantía universal de este derecho humano.”

ción rural, la presencia de personas que trabajan en empresas familiares y el crecimiento poblacional. Esta herramienta denominada Índice de Presión Específica (IPE) busca dar cuenta de la presión que enfrentarían los sistemas de seguridad social si proveyeran cobertura universal, con un hincapié especial en los sectores que han permanecido al margen de los beneficios de estos sistemas. Sin embargo, no pudo incluirse a Canadá en el análisis por la falta de estimaciones sobre el empleo informal en ese país. Asimismo, la construcción del IPE se acotó a 2016 por la ausencia de información sobre empleo informal en y alrededor de 2009, especialmente de Estados Unidos.

Con base en lo anterior, es importante señalar la urgencia de que los gobiernos nacionales, las oficinas nacionales de estadística, los institutos nacionales de seguridad social, las instituciones de investigación y los organismos multilaterales colaboren en la recolección, la sistematización y la diseminación de información que guíe la ela-

boración de políticas públicas para la inclusión de poblaciones sin acceso a las prestaciones de la seguridad social y, en general, a la garantía universal de este derecho humano. Este llamado es similar al que hizo la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) en 2018, para desarrollar y fortalecer los sistemas regionales y nacionales de estadística que permitan medir el avance en el cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS),² dada la seria falta de información adecuada, actualizada y con el nivel de desagregación necesario.

La comparación del IPE con el IC indica que la cobertura de la seguridad social disminuye en los países con más trabajo informal, en empresas familiares y en los Estados donde la población rural es mayor o se encuentra en edades inactivas. Esto implica que los países con mayor IPE tienen un gran desafío para brindar seguridad social a segmentos de población que han permanecido excluidos. Es decir, el IPE permite matizar la afirmación en torno al crecimiento en el alcance de la cobertura, pues, como deja claro, hay varios países en la región Centroamericana donde grandes porciones de la población permanecen excluidas de garantías mínimas del derecho humano a la seguridad social.

En adelante, la exposición se divide en seis secciones. En la primera se exponen algunas consideraciones metodológicas sobre el estudio comparado de los sistemas de seguridad social; en la segunda se revisa la presión que los factores sociodemográficos y laborales imponen a los sistemas; en la tercera se analiza la cobertura de las prestaciones de salud y pensiones para personas adultas mayores; en la cuarta se estudia la eficacia de los sistemas con base en indicadores de salud y de protección de los ingresos en la vejez; en la quinta se presenta el índice que agrega las tres dimensiones y su estratificación y, en la sexta, se desarrollan las conclusiones.

² CEPAL, *La Agenda 2030 y los Objetivos de Desarrollo Sostenible: Una Oportunidad para América Latina y el Caribe*, Santiago de Chile, 2018.

3.1. Estudio comparado de los sistemas de seguridad social

3.1.1. Consideraciones metodológicas

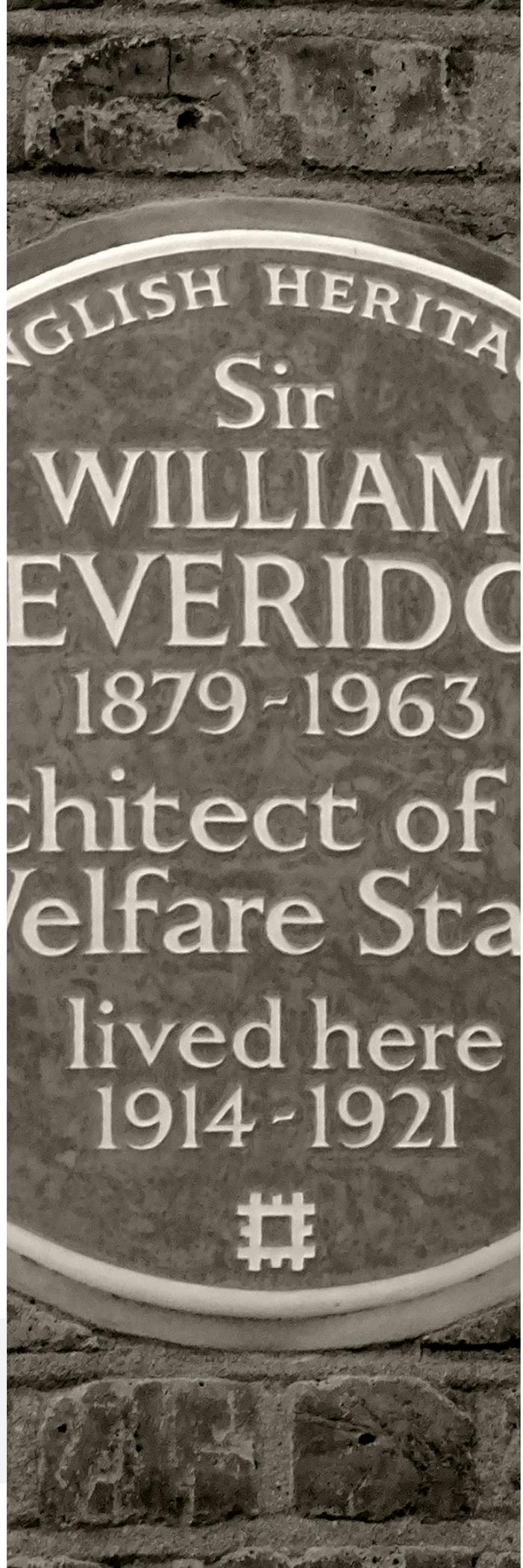
En el estudio comparativo de las políticas sociales, los países tienden a agruparse en función de distintos criterios.³

Es decir, al estudiar la intervención estatal en la provisión de bienestar, las diferencias entre países no se encuentran sólo en el gasto social o en la cobertura de las prestaciones, sino en el agregado de éstos y otros indicadores que dan cuenta de la estructura y las características de las políticas sociales, de sus resultados y de su relación con factores externos, como las características sociales, demográficas o económicas de su población.

Al respecto, Gøsta Esping-Andersen identificó tres mundos del bienestar en países capitalistas de alto desarrollo económico, según la manera en la que los Estados proveen bienestar —en particular en relación con los ámbitos mercantil y familiar— e influyen en la desigualdad entre distintos grupos sociales:

- a) El liberal, donde la intervención estatal en la provisión de bienestar es mínima y enfocada a las personas en situación de pobreza.

³ De acuerdo con Gøsta Esping-Andersen, "cuando nos enfocamos en los principios incrustados en los Estados de bienestar, descubrimos distintos grupos de regímenes, no únicamente variaciones de 'más' o 'menos' en un denominador común". *The Three Worlds of Welfare Capitalism*, Polity Press, Cambridge, 1990, p. 32.





- b) El conservador, donde la política social refrenda las diferencias de estatus entre clases sociales y el corporativismo tiende a ser dominante.
- c) El socialdemócrata, en el que predominan programas universales con calidad similar para todas las personas.⁴

Planteamientos como éstos han inspirado estudios en varias decenas de países en distintas regiones del mundo,⁵ entre ellas América Latina y el Caribe.⁶

Conviene mencionar que se han formulado algunas propuestas de clasificación de los sistemas de seguridad social en Latinoamérica desde otras perspectivas analíticas. Por ejemplo, desde la década de 1980, Carmelo Mesa-Lago trabajó en una clasificación de dichos sistemas en función de la época en la que surgieron: llamó *pioneros* a los que se fundaron entre principios del siglo XX y hasta la década de 1930; *intermedios* a los que surgieron en

la década de 1940, y *tardíos* a los que se crearon en las dos décadas siguientes.⁷

Recientemente, Juliana Martínez Franzoni, con base en los planteamientos de Esping-Anderesen —y mediante el análisis de conglomerados— identificó tres regímenes de bienestar en América Latina en función de la intervención estatal, mercantil y familiar en la provisión de bienestar, y de la manera en la que la política social se relaciona con el modelo de desarrollo económico, así estableció la siguiente clasificación: régimen proteccionista, régimen productivista informal y régimen familiarista.⁸ En tanto, Simone Cecchini, Fernando Filgueira y Claudia Robles, con la misma técnica estadística, clasificaron a los países de acuerdo con la magnitud de las brechas de bienestar que identificaron: severas, moderadas y modestas.⁹

Por su parte, José Antonio Ocampo y Natalie Gómez-Arteaga propusieron una clasificación de los sistemas de protección social latinoame-

⁴ Gøsta Esping-Andersen, *op. cit.*, ubicó a Australia, Canadá, Japón, Suiza y Estados Unidos en el primer grupo; a Austria, Bélgica, Francia, Alemania e Italia en el segundo, y a Dinamarca, Finlandia, los Países Bajos, Noruega y Suecia en el tercero.

⁵ Abu Sharkh e Ian Gough, "Global Welfare Regimes: A Cluster Analysis", *Global Social Policy*, núm. 10, 2010, pp. 27-58.

⁶ Fernando Filgueira, "El nuevo modelo de prestaciones sociales en América Latina: eficiencia, residualismo y ciudadanía estratificada", *Centroamérica en reestructuración. Ciudadanía y política social*, 1998; Fernando Filgueira, *Cohesión, riesgo y arquitectura de protección social en América Latina*, CEPAL, Santiago de Chile, 2007; Juliana Martínez Franzoni, "Regímenes del bienestar...", *op. cit.*; Carlos Barba Solano, "América Latina: regímenes de bienestar en transición", en José Luis Calva (coord.), *Agenda para el desarrollo*, vol. 11: Empleo, ingreso y bienestar, Cámara de Diputados/Miguel Ángel Porrúa/UNAM, 2007. Simone Cecchini, Fernando Filgueira y Claudia Robles, *Sistemas de protección social en América Latina y el Caribe: una perspectiva comparada*, CEPAL, Santiago de Chile, 2014.

⁷ Carmelo Mesa-Lago, *El desarrollo de la seguridad social en América Latina*, CEPAL, Santiago de Chile, 1985; Carmelo Mesa-Lago, "Portfolio Performance of Selected Social Security Institutes in Latin America", *World Bank Discussion Papers*, núm. 139, 1991.

⁸ Juliana Martínez Franzoni, *op. cit.*

⁹ Los países incluidos son Argentina, Bolivia, Brasil, Chile, Colombia, Costa Rica, Ecuador, El Salvador, Honduras, Guatemala, México, Nicaragua, Panamá, Paraguay, Perú, República Dominicana, Uruguay y Venezuela. Véase Simone Cecchini, Fernando Filgueira y Claudia Robles, *op. cit.*



ricos en integrales, intermedios y limitados, con base en un índice en el que se incorporan dimensiones como universalidad, solidaridad y gasto social.¹⁰

En general, el propósito de estos estudios fue construir medidas que permitieran dar cuenta de las características de las políticas sociales y agrupar los países según los valores que tenían en las variables de estudio. Con estos antecedentes, en el presente capítulo se utiliza una técnica —Análisis de Componentes Principales— que permite agregar diversas dimensiones, —en este caso presión, cobertura y eficacia— en un índice y, a partir de éste, estratificar en grupos para obtener un panorama de la situación de la seguridad social en los países del continente americano, en relación con las transformaciones demográficas y del mercado laboral que enfrentan, así como con el grado de cobertura y de protección efectiva que brindan.

Por consiguiente, la estrategia metodológica de este capítulo se dividió en dos fases. En la primera se construyó —con datos de 2009 y 2016— una serie de índices sobre la presión, la cobertura y la eficacia de los sistemas de seguridad social, que posteriormente se utilizaron para conformar el Índice de Desempeño de los Sistemas de Seguridad

Social (IDSS) y, únicamente para el año 2016, se construyó el Índice de Desempeño Específico de los Sistemas de Seguridad Social (IDES) con la dimensión de cobertura, eficacia y presión específica, la cual da cuenta de la presión que tienen los gobiernos para brindar seguridad social a grupos excluidos del sistema contributivo (ver Figura 1).

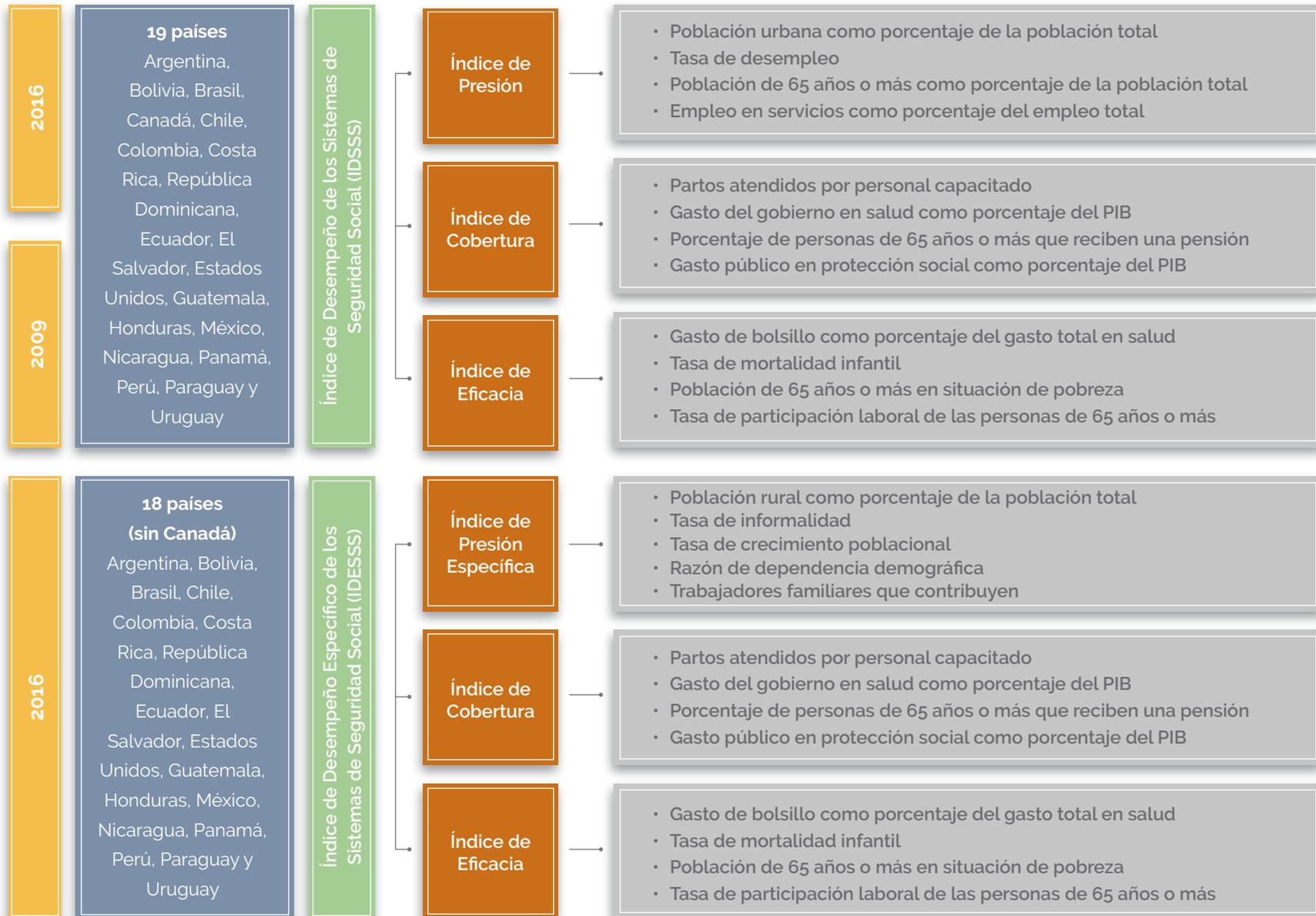
Los índices se construyeron con la técnica de Análisis de Componentes Principales (ACP), que permite sustraer de un conjunto de variables una medida resumen, la cual se basa en tres principales premisas:

- i. Las variables incluidas deben estar correlacionadas y con la misma dirección.
- ii. La prueba de Kaiser-Meyer Olkin (KMO), que indica la factibilidad del modelo, debe tener un valor igual o mayor a 0.6.
- iii. Se busca explicar la mayor proporción de la varianza con el primer componente.

En este sentido, los indicadores relacionados con la presión, la cobertura y la eficacia que no cumplieron con estas condiciones fueron eliminados de los índices. Asimismo, se utilizaron los coeficientes del índice del año 2016 para el año 2009, con la finalidad de hacerlos comparables.

¹⁰ Los países incluidos son Argentina, Bolivia, Brasil, Chile, Colombia, Costa Rica, Ecuador, El Salvador, Honduras, Guatemala, México, Nicaragua, Panamá, Paraguay, Perú, República Dominicana, Uruguay y Venezuela. Véase José Antonio Ocampo y Natalie Gómez-Arteaga, "Los sistemas de protección social, la redistribución y el crecimiento en América Latina", *Revista de la CEPAL*, núm. 122, 2017, pp. 7-33.

Figura 1. Estrategia metodológica



Fuente: Elaboración propia. La información con la que se construyeron los índices se puede encontrar en la base de datos disponible en <https://docs.google.com/spreadsheets/d/e/2PACX-1vS4-oneMc92fzi5l87MJftrla2DfoCE38ugDo3clEvllQZKWF7pfAwazoP964X1OiwqHAbzJGXklr/pub?output=xlsx>

Cabe señalar que los índices no son un *ranking* de los países en referencia a un estándar absoluto, sino una medición relativa entre los países seleccionados; es decir, los cambios de posición entre 2009 y 2016 son el resultado de las fluctuaciones observadas en las variables que componen el índice, tanto en el país que modificó su posición como en los demás.

En la segunda fase, todos los índices se dividieron en cuatro estratos (muy bajo, bajo, medio y alto) mediante la técnica de estratificación de

Dalenius y Hodges —la cual forma grupos con varianza mínima en el interior y máxima entre cada uno de ellos, lo que permite obtener grupos más homogéneos— (ver Figura 2).¹¹ Para los índices de presión, cobertura, eficacia, desempeño y desempeño específico, la direccionalidad es positiva, de manera que, a mayor valor, los resultados del país son mejores en la dimensión analizada, mientras que para el índice de presión específica, un valor más alto indica la presencia de mayores retos y, por lo tanto, tiene un sentido negativo.

Figura 2. Estratificación de los índices



Nota: *Esta direccionalidad aplica para todos los índices, con excepción del IPE, en el cual se mejora la situación del país conforme se acerca al cero.

Fuente: Elaboración propia.

A diferencia de los estudios mencionados, que clasifican a los países de América Latina en tres grupos, la elección de cuatro estratos se basó en que, al sumar Estados Unidos y Canadá al análisis, estos dos países —con similitudes entre sí y diferencias importantes respecto al resto— podían conformar un grupo aparte de los tres identificados de manera más o menos consistente en América Latina.



¹¹ Tore Dalenius y Joseph L. Hodges, "Minimum Variance Stratification", *Journal of the American Statistical Association*, núm. 54, 1959, pp. 88-101.

3.2. La presión a los sistemas de seguridad social

3.2.1. Dimensión y variables

Como se expuso antes, los sistemas de seguridad social surgieron históricamente para proteger a las personas del riesgo social de pérdida de ingreso monetario por empleo. La literatura ha identificado que el tratamiento de la falta de ingresos como un riesgo social que requiere de una respuesta colectiva y pública se relaciona con las transformaciones que acompañaron al desarrollo de las economías industriales,¹² lo que supone el crecimiento del sector industrial y las ciudades; la concentración del ingreso y altos niveles de pobreza; las crisis recurrentes que producen desempleo; el envejecimiento poblacional, los cambios en las estructuras familiares, de hogares extensos a nucleares o la conformación de familias donde los hombres participan en el mercado laboral remunerado y las mujeres se dedicaban

¹² Esto no quiere decir que, en el periodo preindustrial, las personas tuvieran asegurado su sustento, sea por vías monetarias o no monetarias, sino que fue únicamente hasta finales del siglo XIX e inicios del XX cuando se concibió la falta de ingresos como un problema estructural, resultado de procesos económicos, sociales y políticos, que requería un tipo de respuesta colectiva y, especialmente, pública. Como ha apuntado Esping-Andersen, una contingencia se convierte en riesgo social cuando: 1) el destino de una persona tiene consecuencias colectivas; 2) la sociedad la reconoce como tal riesgo social, que requiere una atención pública; 3) la complejidad social incrementa los riesgos que se originan fuera del ámbito de control individual. Véase Gøsta Esping-Andersen, *Social Foundations...*, *op. cit.*



a los trabajos de cuidado. Todos estos elementos crearon la presión suficiente para el surgimiento de los sistemas de seguridad social y la extensión de su cobertura en distintas regiones del mundo a lo largo del siglo XX.¹³ De todos modos, conviene señalar la influencia de factores más particulares, como los cambios impulsados por gobiernos o la influencia de demandas obreras o de las instituciones gubernamentales y no gubernamentales.

En América Latina, se ha estudiado la relación de factores estructurales con el desarrollo de la seguridad social desde diversos enfoques. Por ejemplo, Fernando Filgueira ha incluido variables como la tasa de dependencia infantil y para personas adultas mayores, las tasas de fertilidad y la urbanización, al análisis de las políticas sociales bajo la etiqueta de *estructura del riesgo social*, que se refiere a la manera en la que los riesgos sociales en cada país colocan a ciertos grupos en condición de vulnerabilidad, según criterios como la edad, el sexo o el nivel de ingresos.¹⁴

En tanto, investigadores como Andras Uthoff, Cecilia Vera y Nora Ruedi estudiaron la *demandas de protección social* para dar cuenta del esfuerzo económico que deberían hacer los Estados y las personas con empleo formal para garantizar políticas sociales universales, mediante indicadores como el tamaño de la población menor de 15 años, la población de 15 a 64 años que es inactiva económicamente, las personas mayores de 60 años, las personas desempleadas y las ocupadas en el sector informal.¹⁵

Juliana Martínez Franzoni utilizó, entre otros indicadores, la tasa de participación en la fuerza de trabajo, la tasa de desempleo, el producto interno bruto por habitante y la población rural para

identificar el grado de *mercantilización* de la fuerza de trabajo en los regímenes de bienestar latinoamericanos, y apunta que la “mercantilización de la fuerza de trabajo está lejos de ser algo dado y constituye más bien un reto”.¹⁶ Por ello, es importante tener en cuenta en qué medida se crean empleos remunerados que potencialmente podrían tener cobertura de protección social; además, incluyó elementos como la población menor de 12 años, la mayor de 65, el tamaño del trabajo infantil, el porcentaje de mujeres económicamente activas o las familias urbanas extendidas y compuestas, para estudiar el nivel de *familia-rización* de los regímenes de bienestar, es decir, la importancia del trabajo no remunerado de las mujeres en las labores de cuidado.

Por lo anterior, en esta sección se busca dar cuenta de los factores que, según la literatura, se relacionan con la necesidad de protección ante riesgos sociales, que *presionan* para la adopción de programas de seguridad social o para la ampliación de su cobertura. Con ese objeto se construyó el Índice de Presión (IP), con base en los siguientes indicadores:

El primer indicador —población urbana como porcentaje de la población total— se eligió porque, como se explicó, se relaciona con el surgimiento de una estructura laboral que supone una alta presencia de trabajo remunerado, sujeto a riesgos sociales que requieren atención del sistema de seguridad social. En este sentido, el incremento en los valores de este indicador representa un crecimiento en la presión para que los gobiernos creen programas para proveer prestaciones de la seguridad social o amplíen la cobertura de los existentes.

¹³ Algunos de los estudios que han aportado información al respecto son David Collier y Richard Messick, “Prerequisites versus Diffusion: Testing Alternative Explanations of Social Security Adoption”, *The American Political Science Review*, núm. 69, 1975, pp. 1299-1315. Carina Schmitt *et al.*, “The Global Emergence of Social Protection: Explaining Social Security Legislation 1820-2013”, *Politics & Society*, núm. 43, 2015, pp. 503-524. Tobias Böger y Lutz Leisering, “A New Pathway to Universalism? Explaining the Spread of ‘Social’ Pensions in the Global South, 1967-2011”, *Journal of International Development*, 2018.

¹⁴ Fernando Filgueira, *Cohesión, riesgo y arquitectura...*, *op. cit.*; Simone Cecchini, Fernando Filgueira y Claudia Robles, *op. cit.*

¹⁵ Andras Uthoff, Cecilia Vera y Nora Ruedi, *Relación de dependencia del trabajo formal y brechas de protección social en América Latina y el Caribe*, CEPAL, Santiago de Chile, 2006.

¹⁶ Juliana Martínez Franzoni, *op. cit.*, p. 11.

“ Se busca dar cuenta de los factores que, según la literatura, se relacionan con la necesidad de protección ante riesgos sociales, que presionan para la adopción de programas de seguridad social o para la ampliación de su cobertura. Con ese objeto se construyó el Índice de Presión (IP). ”

El segundo indicador —población de 65 años o más como porcentaje de la población total— se incluyó para tomar en cuenta el efecto del envejecimiento poblacional en los sistemas de seguridad social. El incremento de personas adultas mayores puede elevar la presión para ampliar la cobertura, sea mediante instrumentos contributivos o no contributivos.

Los indicadores tercero y cuarto buscan dar cuenta de características laborales relacionadas con la necesidad de protección ante la pérdida del ingreso por trabajo. En este sentido, se seleccionó la tasa de desempleo para incluir la presión que ejerce el número de personas sin ingreso por trabajo. Un crecimiento en el valor de este indicador representa mayor presión para que los gobiernos protejan a las personas mediante instrumentos de la seguridad social, sean de tipo contributivo o no contributivo.

El cuarto indicador —también referente a la dimensión laboral— es el empleo en servicios como porcentaje del empleo total. Como se explicó en el capítulo anterior, a partir de la apertura

comercial y las reformas estructurales de las economías latinoamericanas de la década de 1980, comenzó un proceso de desindustrialización que incrementó la inseguridad laboral en la región y, por lo tanto, creció la necesidad de protección ante riesgos sociales, dada la reducción del número de puestos de trabajo que garantizan acceso a la seguridad social. En este sentido, el crecimiento del empleo en servicios aumenta la presión para ampliar la cobertura mediante instrumentos no contributivos. Además, dado que el crecimiento de este sector se relaciona con una mayor inseguridad laboral y con presencia de trabajo independiente e informal, este indicador permite un acercamiento indirecto a la presencia de este tipo de empleo en los países estudiados.

Los resultados obtenidos con este índice son similares a los de otras investigaciones sobre política y seguridad social, particularmente en la región de América Latina y el Caribe, lo que permite tener cierto nivel de confianza en las agrupaciones de países que arroja (expuestas en la sección 3.1.1 y que se detallarán en las secciones subsecuentes). Sin embargo, como se mencionó, esta estrategia de *operacionalización* tiene una limitación importante debido a la disponibilidad de datos: no da cuenta de manera directa de ciertos factores estructurales vinculados a altos niveles de exclusión de la seguridad social, como la informalidad laboral, la importancia del trabajo no remunerado de cuidados —en su mayoría a cargo de las mujeres— o la demanda de protección ante riesgos sociales en las zonas rurales.

Para conseguir una aproximación a los factores relacionados con un menor acceso a la seguridad social —algo que es de suma importancia para este informe—, se construyó el Índice de Presión Específica (IPE) para 2016. Dada la dificultad de recolectar contribuciones salariales de las personas que se ocupan en el sector informal, de quienes se ocupan en la agricultura y otras actividades del ámbito rural, o de aquellos que realizan actividades no remuneradas, estos



factores ejercen presión principalmente en favor de la adopción de programas no contributivos. Sin embargo, esto está lejos de ser la norma, pues distintos países han adecuado sus esquemas contributivos para incorporar a personas que se ocupaban en actividades informales.¹⁷ También hay experiencias de adecuaciones para incorporar a personas ocupadas en actividades rurales.¹⁸ Incluso hay estrategias para incrementar el acceso de las mujeres a prestaciones contributivas, en particular a pensiones por vejez, que consideran las interrupciones a sus carreras laborales para proveer cuidados a sus familias.¹⁹

Así, la presión capturada en el IPE se puede dirigir tanto a los componentes contributivos como a los no contributivos de los sistemas de seguridad social. El IPE debe entenderse principalmente como una medida aproximada del grado de exclusión de la seguridad social.

Uno de los principales factores de exclusión es el alto nivel de informalidad laboral que predomina en la mayoría de los países de América Latina y el Caribe. Otro factor importante es el género, debido a que la división social del trabajo de cuidados ocasiona que las mujeres se incorporen en menor proporción que los hombres al mercado laboral remunerado, además, por esa división, suelen tener empleos con salarios menores y con

escaso acceso a la seguridad social. Puede hablarse también del lugar de residencia, en tanto que el acceso es menor en zonas rurales o de la pertenencia a comunidades indígenas —dada la discriminación estructural a la que se enfrenta este sector para acceder a empleos pagados o en el sector formal de la economía—. Sin embargo, una vez más, las limitaciones de la información disponible impidieron incluir todas estas variables de interés, por lo que se incluyeron sólo los siguientes indicadores:

- a) Razón de dependencia demográfica.
- b) Población rural como porcentaje de la población total.
- c) Tasa de crecimiento poblacional.
- d) Trabajadores familiares que contribuyen.
- e) Tasa de informalidad.

“ El IPE debe entenderse principalmente como una medida aproximada del grado de exclusión de la seguridad social. ”

¹⁷ El caso de las personas trabajadoras del hogar es ilustrativo de esto, pues en países tan diversos como Ecuador, México o Uruguay se han implementado estrategias de este tipo.

¹⁸ Por ejemplo, el caso del régimen de pensiones para trabajadores rurales en Brasil. También en Perú, Argentina y Uruguay se han impulsado programas de incorporación para personas ocupadas en el sector agrícola.

¹⁹ Ver los capítulos 6 y 7 de este Informe.

En cuanto a las características de la población, se seleccionó la razón de dependencia demográfica, es decir, el número de personas en edad inactiva —menores de 15 años y de 65 años o más— por cada 100 personas en edad activa —de 15 a 64 años—, puesto que es un indicador que da cuenta de la carga que deben solventar las personas que trabajan para proveer a la población en edades inactivas. Así pues, un valor alto en este indicador sugiere también una mayor presión para dar prestaciones a las personas en edad inactiva, sea mediante instrumentos contributivos o no contributivos.

Además, se incluyó a la población rural como porcentaje de la población total para medir tanto la magnitud de la población que puede ocuparse en la agricultura o actividades similares, que suelen tener menor acceso a la seguridad social, como para dar cuenta de las dificultades que impone la dispersión poblacional para la provisión de servicios. Dadas las experiencias en la creación de esquemas especiales para trabajadores rurales, como los que se dedican a la pesca u otras actividades en el campo (por ejemplo, en Brasil, Ecuador, Perú, Argentina o Uruguay),²⁰ la presión puede estar dirigida a la adopción de programas contributivos o no contributivos; es decir, este indicador da cuenta de la necesidad de aseguramiento social en general. También se eligió la tasa de crecimiento poblacional para capturar la presión que ésta ejerce sobre los sistemas de seguridad social. Esto es, a mayor tasa de crecimiento poblacional, mayor cantidad de personas que requieren atención de los sistemas de seguridad social.

Para dar cuenta de las condiciones del mercado laboral, se seleccionaron indicadores de las personas que trabajan en empresas familiares o

en la informalidad como porcentaje del empleo total. En el primer caso, se seleccionó el indicador de trabajo en empresas familiares como una vía para aproximarse a la magnitud del trabajo no remunerado en cada país, esto porque no había información disponible, actualizada y comparable sobre el número de personas que se dedican en exclusiva a actividades no retribuidas.²¹ Es decir, un crecimiento en el valor de este indicador se interpreta como una mayor presión para que se creen programas que protejan a este sector de la población. Dado que en este tipo de ocupaciones tiende a haber más empleo no remunerado, la presión sería para que los gobiernos pongan en práctica principalmente instrumentos no contributivos. En el segundo caso, un crecimiento en el valor del indicador señala un menor acceso a prestaciones de seguridad social y, por tanto, una mayor demanda insatisfecha de protección ante riesgos sociales, ya sea a través de medios contributivos o no contributivos.

En cuanto a la informalidad laboral, no se dispone de datos suficientes. La mejor fuente que se encontró sobre este tema es *Women and Men in the Informal Economy*, de la OIT, que cuenta con tres ediciones: 2002, 2013 y 2018. Sin embargo, estas publicaciones proveen de información limitada. Para los 17 países latinoamericanos sólo incluyen información de dos o tres años —principalmente de 2014 o 2016—. Además, tienen apenas un dato de 2013 para Estados Unidos y ninguno para Canadá.²² Ante estas dificultades, se desarrolló un ejercicio con los indicadores recién mencionados —razón de dependencia demográfica, población rural como porcentaje de la población total, tasa de crecimiento poblacional, trabajadores familiares que contribuyen y tasa de informalidad— para los 18

²⁰ Véase Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura (FAO), *Protección social en la pesca artesanal y la acuicultura de recursos limitados en América Latina y el Caribe*, Santiago de Chile, 2019.

²¹ Banco Mundial, *Trabajadores familiares que contribuyen (porcentaje del empleo total)*, *Banco de datos*. Disponible en <https://data.worldbank.org/indicator/SL.FAM.WORK.MA.ZS>

²² Es interesante notar cómo fue hasta la tercera edición de dicha publicación que se incluyó por primera vez un indicador para países desarrollados; en las dos primeras, 2002 y 2013, sólo se incorporaron indicadores de empleo no estándar, como el empleo a tiempo parcial o el autoempleo.

países que tenían al menos un dato disponible de informalidad —con el objetivo de observar la consistencia con los resultados obtenidos en el Índice de Presión—.

En la Tabla 1 se describen las variables seleccionadas para ambas estrategias de medición

de los factores que presionan a la expansión de la cobertura de los sistemas de seguridad social americanos. A continuación, se presentan los cambios entre 2000 y 2019 —según la disponibilidad de datos— en las variables que se utilizaron para el IP.

Tabla 1. Variables seleccionadas para la elaboración del Índice de Presión

Índice	Variables	Descripción	Fuente
Índice de Presión	Población urbana como porcentaje de la población total	De acuerdo con la definición de población urbana de las oficinas nacionales de estadísticas.	Banco Mundial
	Tasa de desempleo	Cantidad de personas desocupadas como porcentaje de la población económicamente activa.	OIT
	Población de 65 años o más como porcentaje de la población total	Por "población" se entiende a todos los residentes, independientemente de su situación legal o de ciudadanía, excluyendo a los refugiados no asentados permanentemente en el país de acogida, a quienes se les considera usualmente parte de la población de sus respectivos países de origen.	BM
	Empleos en servicios como porcentaje del empleo total	El sector servicios incluye "el comercio mayorista y minorista; restaurantes y hoteles; transporte, almacenamiento y comunicaciones; servicios financieros, de seguros, inmobiliarios y comerciales, y servicios comunitarios, sociales y personales, de acuerdo con las divisiones 6-9 (CIIU 2) o categorías G-Q (CIIU 3) o categorías G-U (CIIU 4)."	BM
Índice de Presión Específica	Población rural como porcentaje de la población total	De acuerdo con la definición de población rural de las oficinas nacionales de estadísticas.	BM
	Tasa de informalidad*	Se entiende por empleo informal aquel en el que los empleadores no hacen contribuciones a la seguridad social a nombre de sus empleados o, cuando esta información no está disponible, cuando los empleados no cuentan con vacaciones pagadas, licencias laborales pagadas por enfermedad, accidente de trabajo y maternidad. También se consideran trabajadores informales las personas que participan de manera subordinada en una empresa familiar y a los empleadores o a las personas autoempleadas en unidades de la economía informal. Se expresa como porcentaje del empleo total.	OIT, <i>Women and Men in the Informal Economy: A Statistical Picture</i> , Ginebra, 2002. OIT, <i>Women and Men in the Informal Economy: A Statistical Picture</i> , Ginebra, 2013. OIT, <i>Women and Men in the Informal Economy: a Statistical Picture</i> , Ginebra, 2018.
	Tasa de crecimiento poblacional	Es la tasa exponencial de crecimiento a mitad de año del año t-1 al t, expresado como porcentaje. La definición de población se basa en la definición de facto de población, la cual cuenta a todos los residentes sin importar su estatus legal o de ciudadanía.	Banco Mundial
	Razón de dependencia demográfica	Relación entre las personas dependientes, menores de 15 o mayores de 64, y la población en edad de trabajar, entre 15 y 64 años. Los datos se muestran como número de personas dependientes por 100 personas en edad de trabajar.	Banco Mundial
	Trabajadores familiares que contribuyen	Los trabajadores familiares contribuyentes son los que tienen "trabajos por cuenta propia" en un establecimiento orientado al mercado y que es operado por una persona relacionada que pertenece al mismo hogar.	Banco Mundial

Nota: *El valor en 2016 de Bolivia, Colombia y El Salvador se obtuvo al aplicar la tasa media de crecimiento entre los años disponibles inmediato anterior y posterior. El valor de 2016 corresponde a 2015, último año disponible para República Dominicana, México, Perú, Paraguay y Ecuador, y a 2013 para Estados Unidos.

Fuente: Elaboración propia.



3.2.2. Evolución de la presión por seguridad social

Al analizar las tendencias de las variables de interés en las últimas dos décadas, se puede observar un incremento de los factores que presionan para la expansión de la cobertura de los sistemas de seguridad social. En efecto, creció la población urbana, el porcentaje de personas de 65 años o más y el empleo en el sector servicios, aunque no hubo una tendencia clara en el comportamiento de la tasa de desempleo, esto último debido a los efectos de eventos como la recesión económica que afectó a varios países en 2001 y la crisis económica internacional de 2008-2009.

Población urbana como porcentaje de la población total

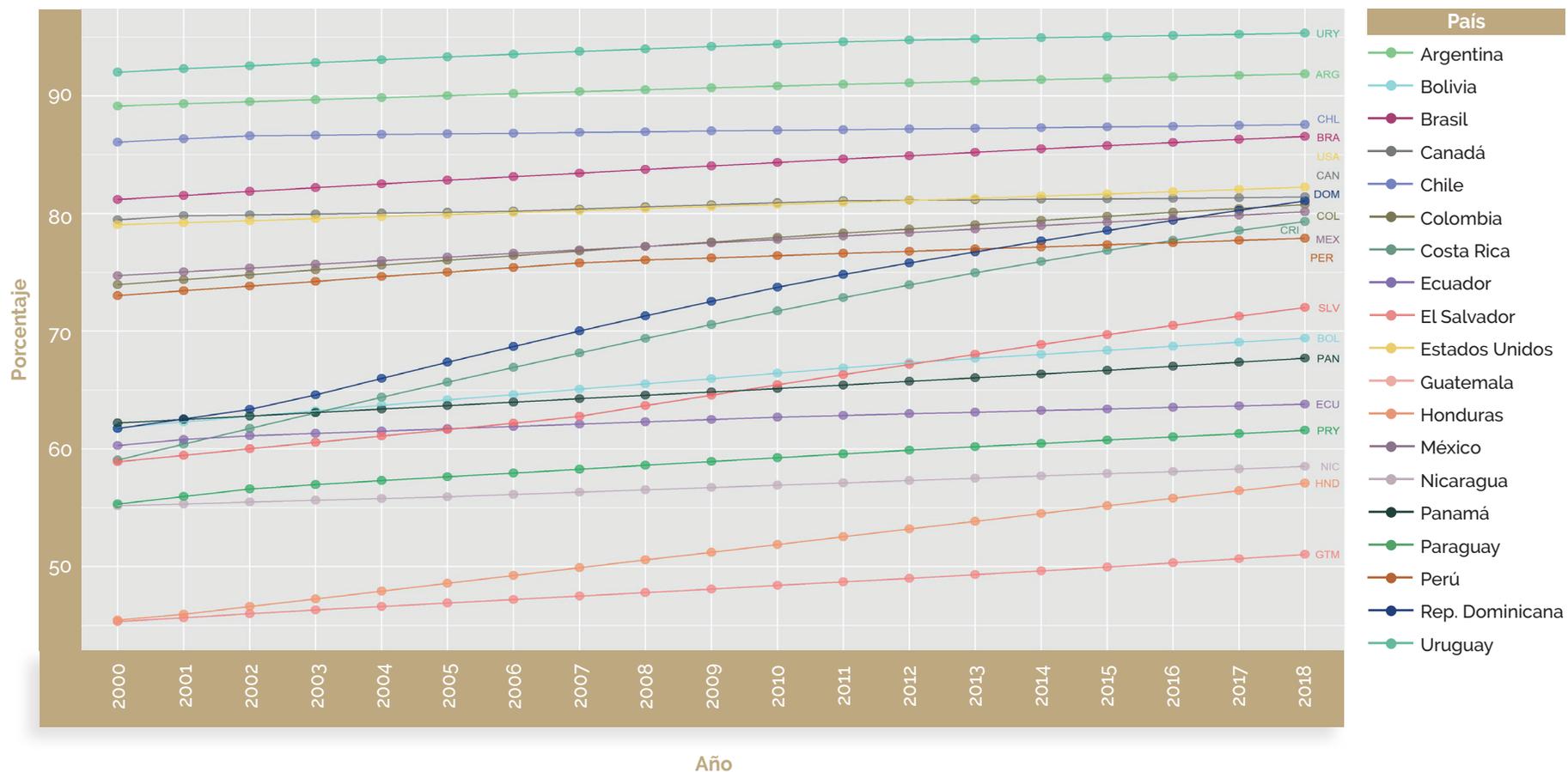
Como se puede observar en la Gráfica 6, hubo dos grandes tendencias en el indicador de población urbana: estabilidad y crecimiento. Los países orientados a la estabilidad —con un cambio porcentual de entre 1.5 y 3.5 entre 2000 y 2018— fueron Argentina, Canadá, Chile, Estados Unidos

y Uruguay, que tuvieron los más altos niveles de población urbana, y Ecuador y Nicaragua, que tuvieron niveles relativamente bajos.

La tendencia al crecimiento fue moderada en Bolivia, Brasil, Colombia, Guatemala, México, Panamá, Paraguay y Perú —con variaciones de entre 4.7 y 7.6 puntos porcentuales—. En este grupo, Brasil tuvo el porcentaje más alto de población urbana en todo el periodo, del 84 % en 2009 al 86 % en 2016, y Guatemala tuvo el menor nivel, del 48.1 % y del 50.3 %, respectivamente, mientras que el resto de los países se ubicó en algún punto intermedio.

Por último, hubo un crecimiento acelerado en Honduras, El Salvador, República Dominicana y Costa Rica —de entre 11.6 y 20.3 puntos porcentuales en el periodo—. Honduras fue uno de los dos países con menor porcentaje de población urbana al inicio y al final del periodo, aunque redujo la brecha que lo separaba de Nicaragua —de 9.7 puntos porcentuales en 2000 a 1.4 en 2018—. Por su parte, El Salvador, República Dominicana y Costa Rica iniciaron en una posición intermedia, con alrededor del 60 % de población urbana, y al final del periodo los últimos dos países habían alcanzado un valor relativamente alto, cercano al 80 %.

Gráfica 6. Población urbana como porcentaje de la población total en América, 2000-2018



Fuente: Elaboración propia con información del Banco Mundial, Población urbana (porcentaje de la población total), Banco de Datos, 2020. Disponible en <https://datos.bancomundial.org/indicador/SP.URB.TOTL.IN.ZS>



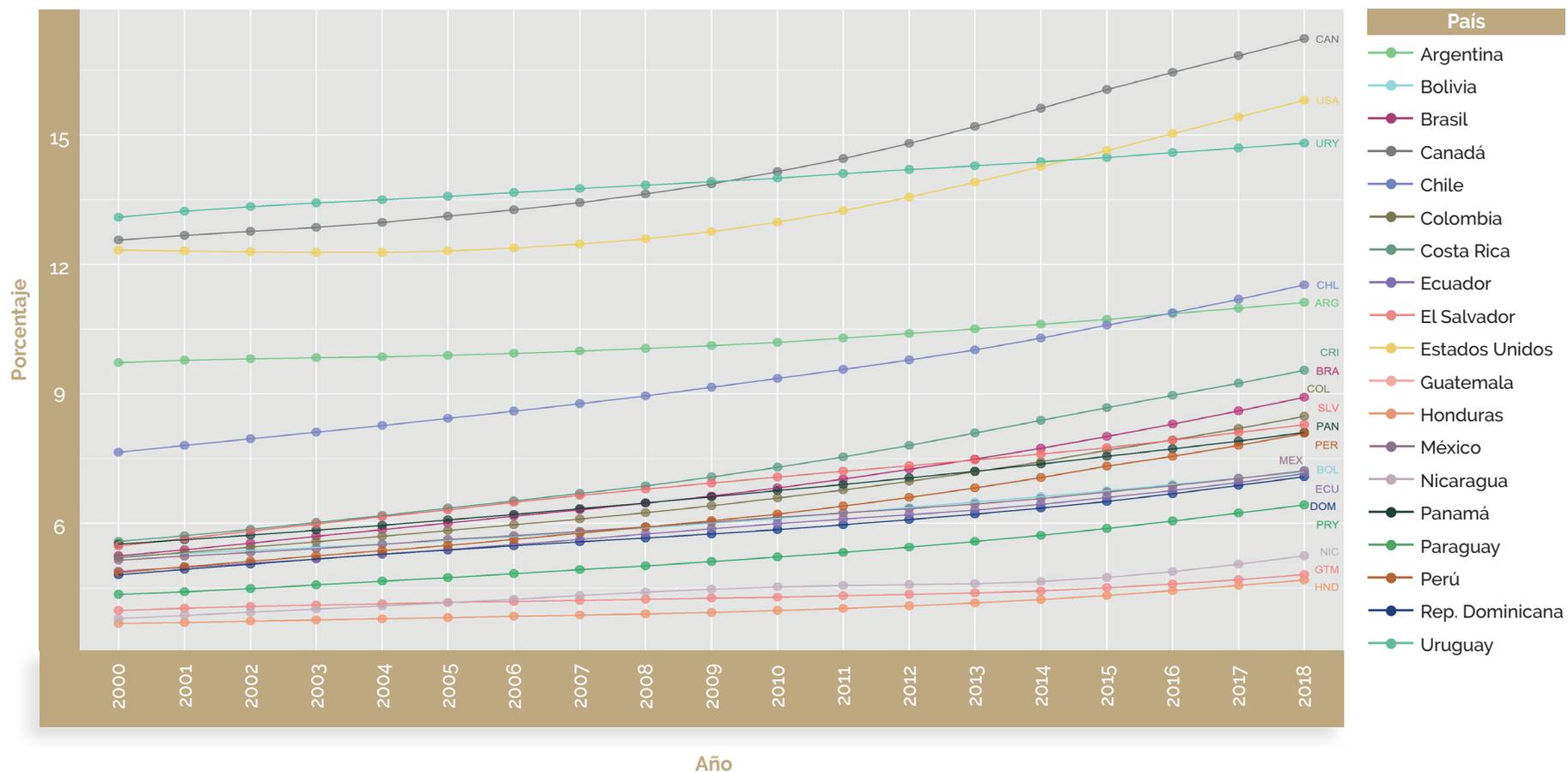
Población de 65 años o más como porcentaje de la población total

Como puede observarse en la Gráfica 7, durante el periodo 2000-2018 incrementó el número de personas de 65 años o más en el continente. En algunos países este crecimiento fue muy pequeño y en otros moderado o acelerado; los países donde se registró muy poco aumento fueron Guatemala, Honduras, Argentina y Nicaragua —con alzas de entre 0.8 y 1.5 puntos porcentuales—. Los países centroamericanos fueron los de menor población de 65 años o más, mientras que Argentina registró un nivel relativamente alto de población con esta edad, 11.1 %.

Los países con un crecimiento moderado —de entre 1.7 y 3.5 puntos porcentuales— de este grupo etario fueron Uruguay, Bolivia, Paraguay, México, Ecuador, República Dominicana, Panamá, El Salvador, Perú, Colombia y Estados Unidos. Aquí se distinguen Uruguay y Estados Unidos, con un 14.8 % y un 15.8 % de población adulta mayor en 2018, respectivamente, y el resto de los países tuvieron niveles intermedios, de entre el 6 % y el 8 %.

Donde hubo un crecimiento acelerado fue en Brasil, Chile, Costa Rica y Canadá. También en este caso se puede distinguir entre los países con un nivel alto de población mayor de 65 años (Canadá y Chile) y los que tienen un nivel medio (Brasil y Costa Rica).

Gráfica 7. Población de 65 años o más como porcentaje de la población total en América, 2000-2018



Fuente: Elaboración propia con información del Banco Mundial, Población de 65 años y más (porcentaje del total), Banco de Datos, 2020. Disponible en <https://datos.bancomundial.org/indicador/SP.POP.65UP.TO.ZS>

Empleo en servicios como porcentaje del empleo total

Respecto al empleo en el sector servicios, se distinguen tres grupos de países: los que mantuvieron estable la proporción del empleo, los que registraron aumentos moderados y los de incrementos acelerados. Como puede observarse en la Gráfica 8, el empleo en el sector se mantuvo estable en Panamá, Argentina, Nicaragua y Ecuador —puesto que creció entre 1.4 y 2.9 puntos porcentuales—. Los dos primeros países tienen un porcentaje alto de empleo en este sector, de entre el 67 % y el 77.9 % en 2018, mientras que los últimos dos se ubican en una posición intermedia —con alrededor del 52 %—.

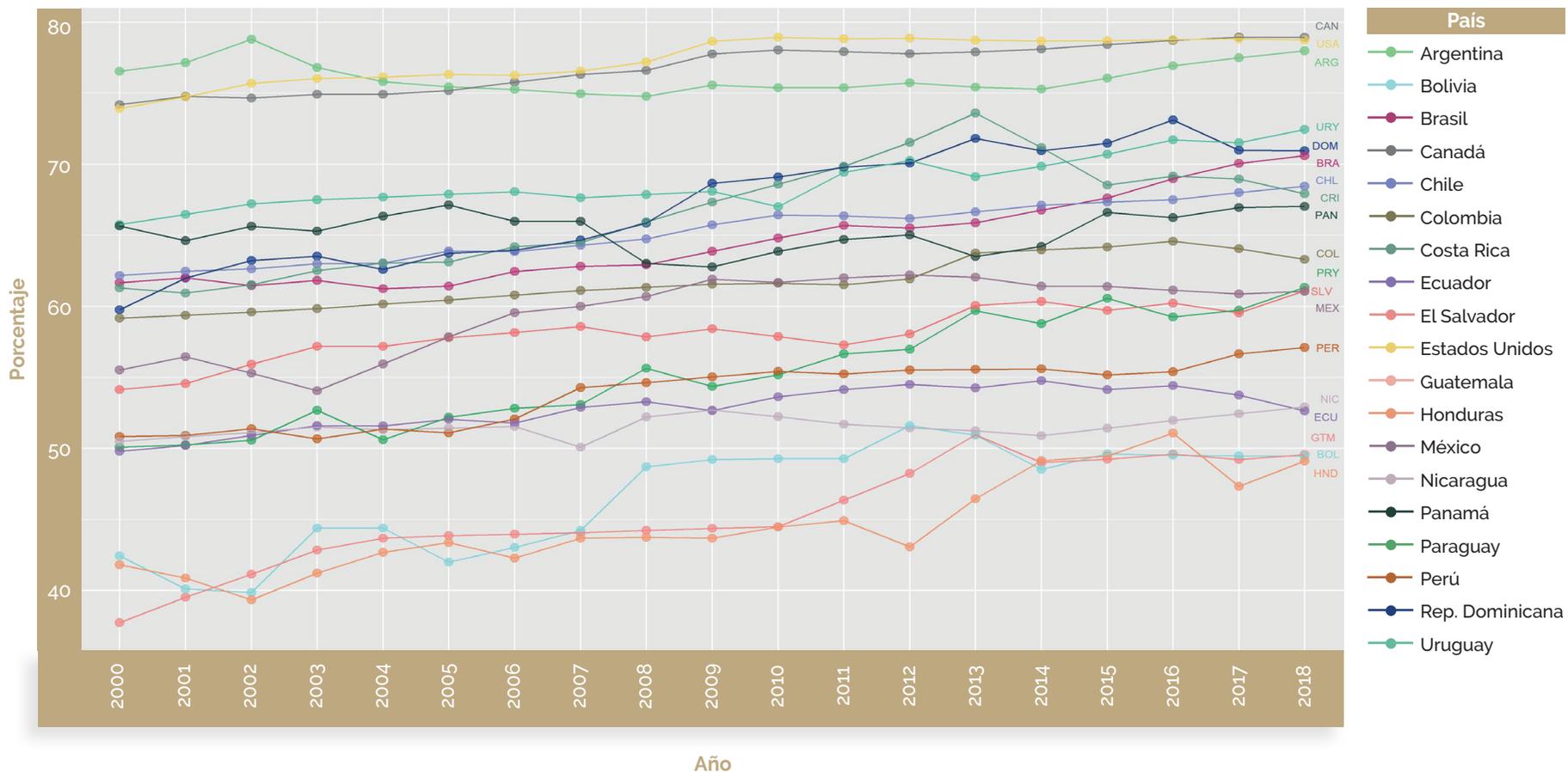
El crecimiento fue moderado para Colombia, Canadá, Estados Unidos, México, Perú, Chile, Costa Rica, Uruguay, El Salvador, Bolivia y Honduras. Entre ellos se pueden observar algunos casos con un bajo nivel de empleo en el sector —aproximadamente un 49 %, para Bolivia y Honduras—, otros con un nivel intermedio —entre el 57.1 % y el 63.3 % en 2018, como Colombia, México, Perú y El Salvador— y aquellos con niveles altos —Canadá, Estados Unidos, Chile, Costa Rica y Uruguay—. Finalmente, el crecimiento fue acelerado en Brasil, República Dominicana, Paraguay y Guatemala, que registraron incrementos de entre 8.9 y 11.8 puntos porcentuales. Los dos primeros tienen niveles altos de empleo en el sector servicios —el 70 % aproximadamente—, mientras que el tercero tiene un nivel intermedio —del 61.3 %— y el cuarto uno bajo —del 49.5 %—.

En las gráficas 9 y 10 se pueden ver también las tendencias del empleo en la agricultura y la industria, cuya tendencia decreciente corresponde con el crecimiento del sector servicios. Conviene detenerse en la industria, ya que —como se apuntó antes— la literatura comparada argumenta que el surgimiento y el desarrollo de la seguridad social se vincula con el aumento del empleo en el sector industrial.

Respecto a este indicador, entre 2000 y 2018 hubo cuatro grandes tendencias: crecimiento moderado, estabilidad, reducción moderada y reducción acelerada. La primera tendencia se presentó en Panamá, Colombia y Paraguay, que tuvo variaciones de entre 1.4 y 1.9 puntos porcentuales; la segunda, en México, Argentina, Bolivia y Perú, con variaciones entre 0.9 y -0.9 puntos porcentuales; la tercera, en Guatemala, Canadá, Uruguay, Costa Rica, Honduras, El Salvador, Ecuador, Brasil, Nicaragua y Chile, con reducciones de entre 1 y 3.8 puntos porcentuales; finalmente, la reducción acelerada se presentó en República Dominicana y Estados Unidos, donde fue de entre 4.6 y 4.9 puntos porcentuales. Es decir, en la mayoría de los países estudiados hubo un descenso en el empleo industrial, el cual no se incorporó al Índice de Presión debido a los criterios de inclusión que impone el método de ACP: alta correlación con el resto de las variables y un valor arriba de 0.6 en la prueba KMO. El empleo industrial tuvo una correlación menor a 0.331 en 2009 y un KMO igual a 0.39. Por ello no se incluyó en el índice.

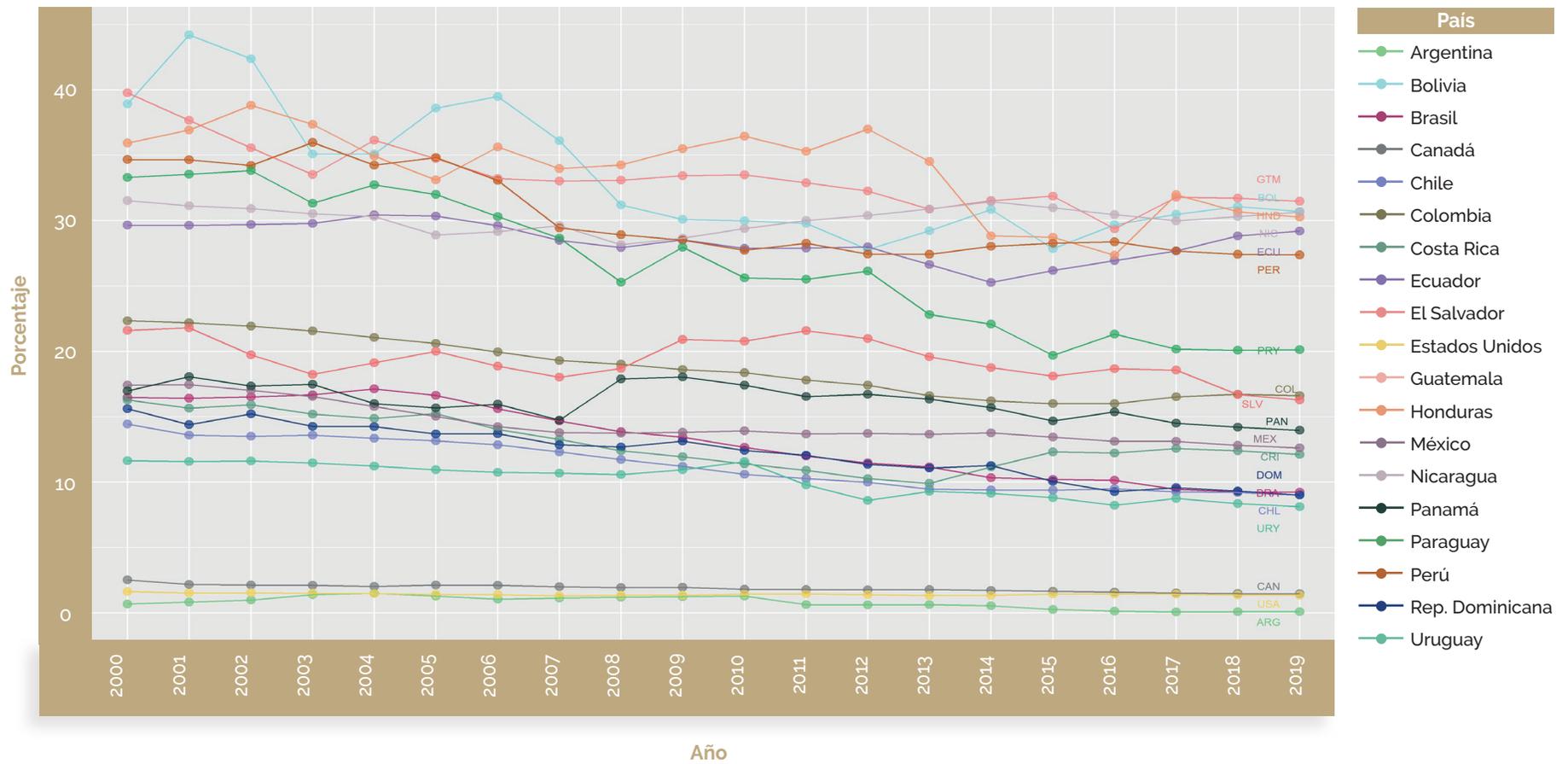


Gráfica 8. Empleo en servicios como porcentaje del total de empleos en América, 2000-2018



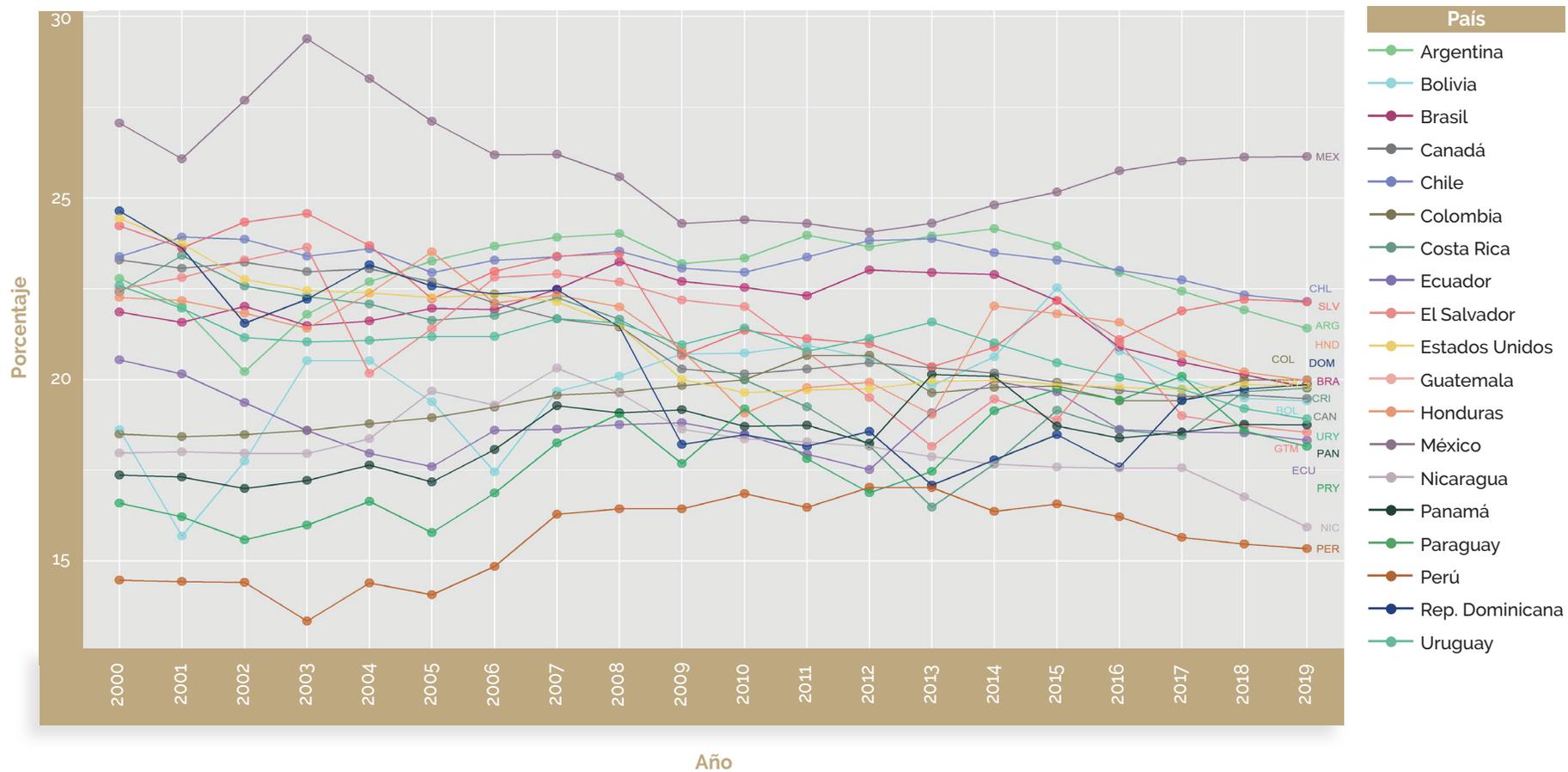
Fuente: Elaboración propia con información del Banco Mundial, Empleos en servicios (porcentaje del total de empleos), Banco de Datos, 2020. Disponible en <https://datos.bancomundial.org/indicador/SL.SRV.EMPL.ZS>

Gráfica 9. Empleo en agricultura como porcentaje del total de empleos en América, 2000-2019



Fuente: Elaboración propia con información del Banco Mundial, "Empleo en agricultura (porcentaje del empleo total)", Banco de Datos, 2020. Disponible en <https://datos.bancomundial.org/indicador/SL.AGR.EMPL.ZS>

Gráfica 10. Empleo en industria como porcentaje del total de empleos en América, 2000-2019



Fuente: Elaboración propia con información del Banco Mundial, "Empleos en la industria (porcentaje del total de empleos)", Banco de Datos, 2020. Disponible en <https://datos.bancomundial.org/indicador/SL.IND.EMPL.ZS>

Tasa de desempleo

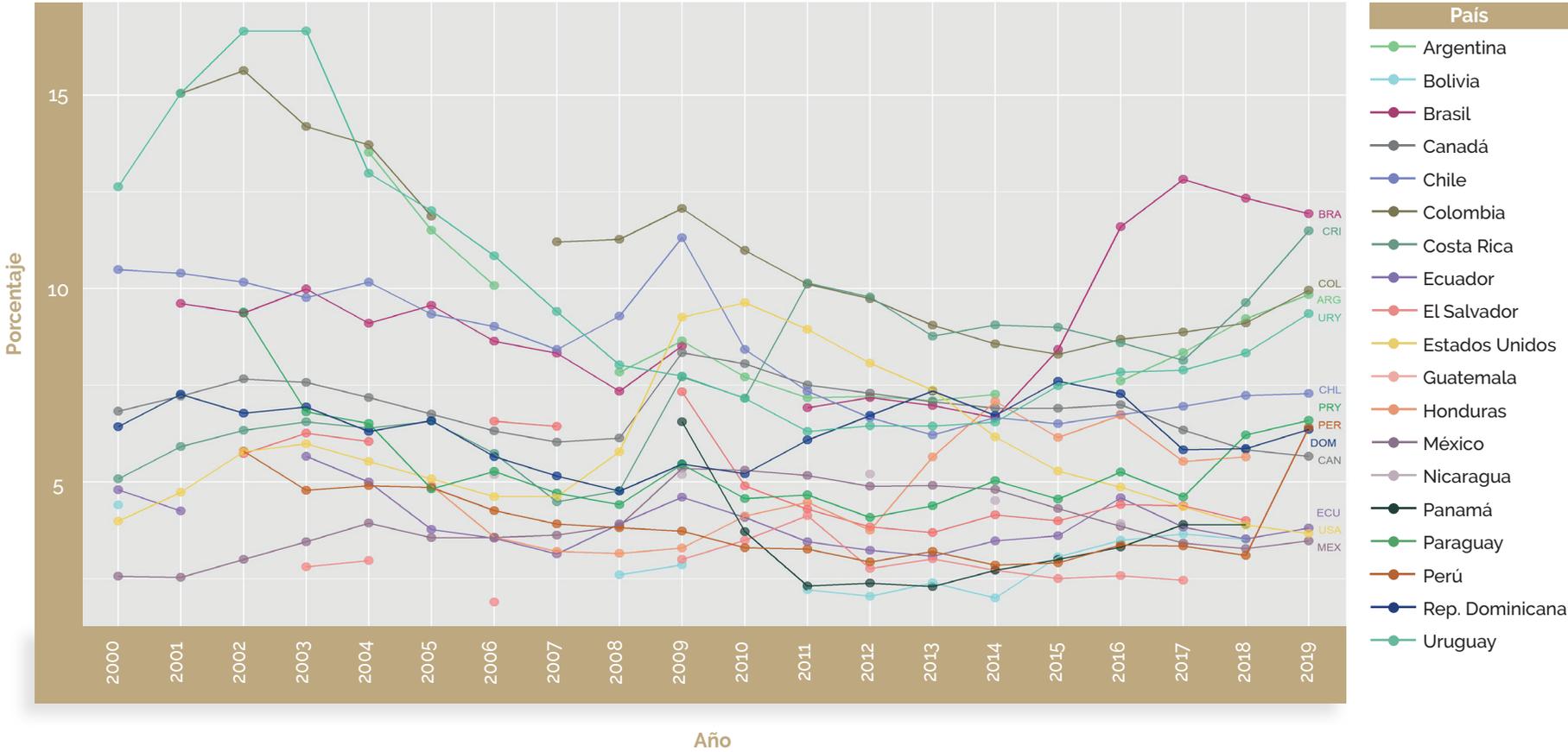
Como puede observarse en la Gráfica 11, en la tasa de desempleo no hubo cambios generales en un solo sentido, y en la mayoría de los casos hubo fluctuaciones importantes, en particular por la crisis económica de 2008 y 2009. Sin embargo, se pueden identificar cuatro tendencias: incremento, estabilidad, reducción moderada y reducción acelerada.

Los países en los que, en general, hubo un incremento de la tasa de desempleo fueron Costa Rica y Brasil —aunque con ciertas fluctuaciones en el periodo—. En el primero, el incremento fue

de 2.7 puntos porcentuales, y en el segundo, de 4.6. En Canadá, Bolivia, República Dominicana, Guatemala, Estados Unidos, México y Honduras hubo una relativa estabilidad —la variación de su tasa de desempleo se ubicó entre 0.7 y -0.9 puntos porcentuales—. Los países en los que hubo, *grosso modo*, una reducción moderada —de entre 1.6 y 2.7 puntos porcentuales— fueron Perú, Panamá, El Salvador, Ecuador y Nicaragua —la reducción de la tasa fue de entre 1.6 y 2.7 puntos porcentuales—. Por último, en Colombia, Argentina, Uruguay, Chile y Paraguay la tendencia fue acelerada a la baja —con reducciones de 3.2 a 5.9 puntos porcentuales—.



Gráfica 11. Tasa de desempleo en América, 2000-2019



Fuente: Elaboración propia con información de la OIT, Tasa de desempleo por sexo y edad (porcentaje anual), ILOSTAT, 2020. Disponible en https://www.ilo.org/shinyapps/bulkexplorer31/?lang=en&segment=indicator&id=UNE_DEAP_SEX_AGE_RT_A

3.2.3. Índice de Presión en 2009 y 2016

Las tendencias que se presentaron muestran, en general, una inclinación hacia el crecimiento de la presión para que los sistemas de seguridad so-

cial protejan a las personas, y el IP parece confirmar esta observación. En la Tabla 2 se presentan los resultados del IP; en la Tabla 3, las principales transiciones de los países entre los grupos de la dimensión de presión.

Tabla 2. Índice de Presión, 2009 y 2016

Posición	2009		Estrato	Posición	2016		Estrato
1	Canadá	1	Alta	1	Uruguay	1	Alta
2	Estados Unidos	0.999		2	Canadá	0.985	
3	Uruguay	0.992		3	Argentina	0.920	
4	Argentina	0.951		4	Estados Unidos	0.887	
5	Chile	0.874		5	Brasil	0.854	
6	Colombia	0.702		6	Chile	0.765	
7	Brasil	0.681	Media	7	Costa Rica	0.714	Media
8	Costa Rica	0.604		8	República Dominicana	0.667	
9	República Dominicana	0.530		9	Colombia	0.662	
10	México	0.507	Baja	10	México	0.445	Baja
11	Panamá	0.472		11	El Salvador	0.410	
12	El Salvador	0.459		12	Panamá	0.404	
13	Perú	0.387		13	Perú	0.374	
14	Ecuador	0.280		14	Paraguay	0.303	
15	Paraguay	0.271	15	Ecuador	0.272		
16	Bolivia	0.228	Muy baja	16	Bolivia	0.232	Muy baja
17	Nicaragua	0.212		17	Honduras	0.183	
18	Honduras	0.015		18	Nicaragua	0.134	
19	Guatemala	0		19	Guatemala	0	

Fuente: Elaboración propia.

El IP se estratificó en cuatro grupos: presión alta, media, baja y muy baja. En el primer estrato, en general, hubo los mayores niveles de población urbana y de población de 65 años o más, además de una alta presencia de empleo en el sector servicios y de desempleo. Por esta razón, esos países son los que tienen mayor presión para que el sistema de seguridad proteja ante el riesgo de pérdida de ingreso monetario por empleo. En el estrato de presión media, fueron menores los niveles de población urbana y adulta mayor, y de empleo en servicios, aunque no hubo diferencias importantes en la tasa de desempleo. En contraste, hay una diferencia notable entre la tasa de desempleo de los países de este estrato y los de presión baja, donde las tasas fueron inferiores. En este último grupo, hubo también menores niveles de población urbana y de 65 años o más, así como de empleo en servicios. Finalmente, el estrato de presión muy baja tuvo los valores más reducidos en estos tres indicadores, aunque no hubo diferencias importantes en el nivel de desempleo respecto del grupo inmediato anterior. En este último estrato es donde se puede identificar menor presión en el sistema de seguridad social contributivo. Para abordar la presión ejercida por la presencia de grupos poblacionales generalmente excluidos de los esquemas contributivos y cuya cobertura es fundamental para garantizar su bienestar y la seguridad social como derecho humano, en el Recuadro 1, se desarrollan los resultados del IPE.

En 2009, el grupo de presión alta lo integraban Canadá, Estados Unidos, Uruguay, Argentina, Chile y Colombia. En 2016, Brasil se les sumó, mientras que Chile y Colombia pasaron al estrato de presión media. Los países de este grupo son los que tienen un mayor porcentaje de población urbana, que en 2016 fue de entre el 81 % y el 95 %. También tienen un porcentaje alto de población de 65 años o más, mayor del 10 %, con excepción de Colombia (7.9 %) y Brasil (8.3 %). La mayoría (Canadá, Estados Unidos, Argentina y Uruguay) tienen de los niveles más altos de empleo en el

sector servicios, entre el 71.7 % y el 78 %, aunque Chile, Brasil y Colombia tienen niveles intermedios (entre el 64.6 % y el 68.9 %). De igual manera, la tasa de desempleo tiene niveles relativamente altos, que oscilaron entre el 4.9 % y el 11.6 %.

Es probable que el descenso de Chile y Colombia se relacione con una reducción importante de su tasa de desempleo, de entre 3.4 y 4.6 puntos porcentuales —aunque Estados Unidos también tuvo una reducción importante, de 4.4 puntos porcentuales—, y con un crecimiento moderado de la población urbana, lo que, como se explica a continuación, los acercó a los porcentajes del estrato de presión media. En tanto, la incorporación de Brasil a este estrato se debió a un gran crecimiento del empleo en servicios, de 5.1 puntos porcentuales, y de la tasa de desempleo, de 3.1 puntos porcentuales, que fueron los más altos de entre los países de estrato medio y alto.

En 2009, en el estrato de presión media se encontraban Brasil, Costa Rica y República Dominicana, y en 2016, Chile, Costa Rica, República Dominicana, Colombia, México y El Salvador. En este grupo, en ambos años, el tamaño de la población urbana fue notablemente menor que en el grupo anterior (entre el 64.6 % y el 87 %); también tuvo un porcentaje relativamente menor de población de 65 años o más (entre el 5.6 % y el 10.9 %), y un menor empleo en servicios (entre el 58.4 % y el 73.1 %); en el caso de la tasa de desempleo no hubo diferencias destacables respecto al grupo anterior.

El tránsito de México del estrato bajo al medio se debió a dos razones principales: por un lado, a que tenía niveles de población urbana —el 79.6 % en 2016— y empleo en servicios —el 61.1 %— similares a los de los países del estrato medio; por el otro, a crecimientos moderados en la población urbana y la población de 65 años o más. En tanto, la incorporación de El Salvador a este grupo se debió a un crecimiento importante de la población urbana —de 5.9 puntos porcentuales— tendencia que lo distinguió del resto de los países del estrato de presión media, al que pertenecía en 2009.

Tabla 3. Transiciones en el Índice de Presión, 2009 y 2016

País	Estrato		Transición
	2009	2016	
Chile	Alta	Media	▼
Colombia	Alta	Media	▼
Brasil	Media	Alta	▲
México	Baja	Media	▲
El Salvador	Baja	Media	▲
Paraguay	Muy baja	Baja	▲

Fuente: Elaboración propia.

En 2009, el estrato de presión baja estuvo integrado por México, Panamá, El Salvador, Perú y Ecuador, y en 2016, Paraguay ingresó al grupo, mientras que El Salvador y México, como ya se explicó, pasaron al de presión media. En general, los porcentajes de población urbana del grupo de presión baja son menores que los del estrato de presión media, también los de población de 65 años o más, y tuvieron menores tasas de desempleo.

El cambio más importante en Paraguay, que explica su incorporación desde el estrato de presión muy baja, fue el crecimiento del empleo en el sector servicios, que en 2009 fue del 54.4 % y alcanzó el 59.3 % en 2016. Este nivel de empleo en servicios fue similar al de los países que integraron el estrato de presión baja, de entre el 54.4 % y el 66.2 %, mientras que en el estrato de presión muy baja ese año se ubicó entre el 49.5 % y el 51.9 %.

Finalmente, en 2009 Paraguay, Bolivia, Nicaragua, Honduras y Guatemala ocuparon el estrato de presión muy baja. Este grupo tuvo los menores niveles de población urbana, población de 65 años o más, y empleo en el sector servicios, aunque no necesariamente es el de las menores tasas de desempleo.

Los resultados del Índice de Presión Específica, presentados en el Recuadro 1, generan agrupaciones similares a las que se obtienen en el IP, sólo que en un sentido contrario, puesto que, en

este caso, países como Guatemala, Bolivia, Honduras y Nicaragua pertenecen al estrato de presión alta, mientras que Brasil, Uruguay y Estados Unidos conforman el de presión muy baja. Es decir, el IPE y el IP reflejan dinámicas complementarias. Lo anterior debido a que los indicadores utilizados en la construcción de la presión específica capturan la prevalencia de segmentos de la población que usualmente son excluidos de los esquemas de seguridad social contributiva. Por ello, los países que pertenecen al estrato de presión alta en el IPE son los que enfrentan mayores retos para incluir en los beneficios de la seguridad social a grandes grupos poblacionales y, en este sentido, tienen una mayor necesidad de cobertura.

“Los países que pertenecen al estrato de presión alta en el IPE son los que enfrentan mayores retos para incluir en los beneficios de la seguridad social a grandes grupos poblacionales y, en este sentido, tienen una mayor necesidad de cobertura.”

Recuadro 1. Índice de Presión Específica, 2016

Posición	País	Estrato	
1	Guatemala		1
2	Bolivia		0.889
3	Honduras	Alta	0.847
4	Nicaragua		0.727
5	Ecuador		0.710
6	Paraguay		0.664
7	Perú		0.655
8	Panamá	Media	0.551
9	El Salvador		0.461
10	México		0.374
11	República Dominicana		0.356
12	Colombia	Baja	0.355
13	Argentina		0.230
14	Costa Rica		0.184
15	Chile		0.165
16	Brasil		0.118
17	Estados Unidos	Muy baja	0.062
18	Uruguay		0

Fuente: Elaboración propia

Para la elaboración del IPE, se incluyeron los indicadores de población rural como porcentaje de la población total, tasa de informalidad, tasa de crecimiento poblacional, razón de dependencia demográfica y trabajadores familiares que contribuyen.

Entre 2000 y 2018, en general, descendió la población rural, aunque en Argentina y Chile el descenso fue mínimo, y en Costa Rica, República Dominicana, El Salvador y Honduras fue acelerado. El resto de los países tuvo disminuciones moderadas.

En la mayoría de los países descendió de manera constante la razón de dependencia demográfica (principalmente por la reducción de la base de la pirámide poblacional, y porque todavía no cuentan con una cantidad importante de personas adultas mayores), aunque en países como Estados Unidos y Brasil se alcanzó el punto más bajo en algún momento del periodo, y para 2018 mostraba una tendencia ascendente (incluso con niveles más altos que en 2000, en el caso de los dos países norteamericanos).

Asimismo, hubo una tendencia a la baja en el porcentaje de trabajadores familiares que contribuyen, aunque con algunas fluctuaciones en el periodo, con excepción de República Dominicana y Panamá, donde al final del periodo era mayor que en el 2000.

Finalmente, la tasa de crecimiento poblacional subió en Chile y Perú, y permaneció relativamente estable en Ecuador, Colombia, Argentina y Uruguay, mientras que en el resto de los países disminuyó.

En el estrato de presión alta, la tasa de dependencia fue alta, entre 54.9 y 67.4 personas en edad inactiva por cada 100 personas en edad activa. También hubo un nivel alto de población rural, entre el 31.3 % y el 49.7 % de la población total. El crecimiento poblacional osciló entre 1.3 % y 2 %. La presencia de trabajadores familiares que contribuyen también es importante en este estrato, pues alcanzó entre el 8.4 % y el 15.4 %. La informalidad laboral es alta, mínimo el 50 % del empleo total y, máximo, el 79.9 %.

En el estrato de presión media, la tasa de dependencia demográfica fue menor que en el estrato de presión alta: osciló entre el 51.9 % y el 55.7 %; la población rural fue notablemente menor, pues fue de entre el 20.4 % y el 29.5 %; la tasa de crecimiento poblacional fue ligeramente inferior a la del estrato anterior, con entre el 0.5 % y el 1.7 %, salvo en el caso de Perú (15.6 %). Los trabajadores familiares que contribuyeron fueron entre el 4.9 % y el 7.1 %; finalmente, la informalidad laboral también fue menor, de entre el 52.3 % y el 69.6 %.

En los 5 países del estrato de presión baja, también es inferior la tasa de dependencia demográfica, entre 45.3 y 56.1 personas en edad inactiva por cada 100 en edad activa. Sucede algo similar con la población rural, que osciló entre el 8.4 % y el 22.3 % de la población total; la tasa de crecimiento poblacional fue de entre el 1.1 % y el 1.4 %; la proporción de trabajadores familiares fue notablemente menor, de entre el 0.6 % y el 3.7 %; mientras que la informalidad laboral en el grupo se ubicó entre el 39.1 % y el 60.6 %.

El último estrato, el de presión muy baja, tuvo niveles bajos de dependencia demográfica, entre 43.6 y 55.1 personas en edad inactiva por cada 100 en edad activa; de igual manera tuvo niveles bajos de población rural, entre el 4.9 % y el 18.1 %; además, presentó los niveles más bajos de crecimiento poblacional, entre el 0.4 % y el 0.8 %, y los menores porcentajes de trabajadores familiares, entre el 0.1 % y el 2.3 %, mientras que la informalidad laboral osciló entre el 18.6 % y el 46 %.



Hasta el momento, se han presentado las tendencias de los indicadores relacionados con la presión para que los sistemas de seguridad social amplíen su cobertura, así como los resultados de un índice que los incluye y las estratificaciones resultantes. Además, el IPE permitió identificar que en los países en donde los indicadores del IP presentaron los menores niveles, principalmente en los de los estratos muy bajo y bajo, es donde hay una mayor presencia de factores relacionados con un menor acceso a la seguridad social. Sin embargo, la falta de información disponible impidió elaborar el IPE para los 19 países analizados en este capítulo. Las agrupaciones del IPE sugieren que, de cierta manera, mide dimensio-

nes de análisis parecidas o altamente relacionadas con las del IP, por lo que se considera que, a pesar de las limitaciones y diferencias, el IP es una herramienta útil para aproximarse a los factores sociales, demográficos y laborales que influyen en la cobertura universal de la seguridad social. Más adelante, sin embargo, se presentan los resultados del índice que agrega el IPE, el Índice de Cobertura y el Índice de Eficacia (ver Recuadro 2).

En la siguiente sección se presentan algunos planteamientos sobre la manera en la que se mide la cobertura de la seguridad social; después, las tendencias de las variables incluidas para el periodo 2000 a 2018, y, finalmente, los resultados del índice y las agrupaciones.

3.3. La cobertura de los sistemas de seguridad social

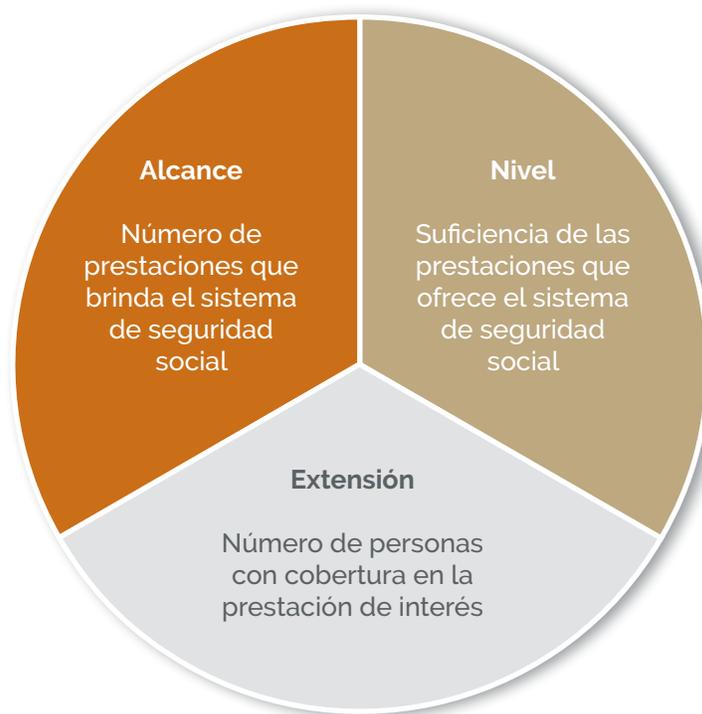
3.3.1. Dimensión y variables

Según la OIT, la cobertura tiene tres dimensiones.²³ La primera, *alcance*, se refiere al número de prestaciones que ofrece el sistema de seguridad social. La segunda, *extensión*, se refiere al número de personas que tienen cobertura en la prestación de interés, y se expresa como porcentaje del grupo de referencia —por ejemplo, el porcentaje de la población económicamente activa que contribuye a un sistema de pensiones—. La tercera, *nivel*, y se relaciona con la suficiencia de las prestaciones que ofrece el sistema —en el ejemplo de las pensiones, corresponde a la tasa de reemplazo que otorgan—. En cada uno de estos componentes se diferencia entre cobertura legal —la que establecen las leyes nacionales— y cobertura efectiva.

²³ ILO, *World Social Protection Report 2014/15: Building Economy Recovery, Inclusive Development and Social Justice*, Ginebra, 2014; OIT, *Informe Mundial sobre la Protección Social 2017-2019...*, op. cit.



Figura 3. Cobertura de la seguridad social



Fuente: Elaboración propia con base en ILO, *World Social Protection Report 2014/15: Building Economy Recovery, Inclusive Development and Social Justice*, Ginebra, 2014.

En esta sección, el análisis se centra en las prestaciones de atención a la salud y pensiones por vejez, y en particular en la extensión de la cobertura. Primero, porque estas prestaciones fueron de las primeras en surgir alrededor del mundo, también son de las que tienen mayor cobertura y concentran una porción importante del gasto social.²⁴ Segundo, porque el interés es identificar qué proporción de la población se beneficia. Sobre ellas hay, además, información estadística comparable, confiable y actualizada, en contraste con el alcance, el nivel o la cober-

tura legal que no están contempladas en este apartado. En este sentido, se construyó un Índice de Cobertura (IC) con los siguientes indicadores:

- a) Porcentaje de personas de 65 años o más que reciben una pensión.
- b) Partos atendidos por personal capacitado.
- c) Gasto del gobierno en salud como porcentaje del PIB.
- d) Gasto público en protección social como porcentaje del PIB.

²⁴ Por ejemplo, en los cuatro países americanos con membresía en la OCDE (Canadá, Chile, México y Estados Unidos), el gasto en pensiones y salud representó alrededor del 60 % del gasto público social —que incluye el gasto en prestaciones monetarias y en especie en los siguientes rubros: vejez, discapacidad, sobrevivientes, salud, familia, programas activos de empleo, prestaciones por desempleo, para vivienda, y otros gastos sociales—. Cálculos propios con base en información de OECD, *Social Expenditure Database (SOCX)*, 2019. Disponible en <https://stats.oecd.org/>. Para la región de América Latina y el Caribe, con base en estimaciones de la CEPAL, el promedio de gasto público en pensiones como porcentaje del gasto público total fue del 16.4 %, pero en países como Argentina y Brasil fue de más del 32 %, mientras que en Uruguay y Colombia fue de alrededor del 26 %. Véase Alberto Arenas de Mesa, *Los sistemas de pensiones en la encrucijada. Desafíos para la sostenibilidad en América Latina*, CEPAL, Santiago de Chile, 2019, p. 279.

“ El análisis se centra en las prestaciones de atención a la salud y pensiones por vejez, y en particular en la extensión de la cobertura. Primero, porque estas prestaciones fueron de las primeras en surgir alrededor del mundo, también son de las que tienen mayor cobertura y concentran una porción importante del gasto social. Segundo, porque el interés es identificar qué proporción de la población se beneficia. ”

La cobertura en pensiones se puede medir de dos maneras. En primer lugar, en el caso de las pensiones contributivas, se puede identificar el número de personas que cotizan a algún esquema y representarlo como porcentaje del total de personas ocupadas o como porcentaje de la población económicamente activa (PEA). Por otro lado, como el porcentaje de personas adultas mayores que reciben una pensión por vejez —puede ser contributiva, no contributiva o una medida que sintetice la cobertura de ambos tipos de instrumentos—.

Se decidió utilizar un indicador que diera cuenta de la cobertura total del sistema de pensiones provista por ambos tipos de esquemas (contributivo y no contributivo). Además, se buscó capturar la proporción de personas que reciben una pensión, más que el número de personas que cotizan y que, quizás, obtendrán una pensión al momento de retirarse. Así pues, para la elaboración del IC se utilizó el indicador del número de personas de 65 años y más que reciben una pensión (de contribución directa o indi-

recta) como porcentaje de la población total de ese grupo de edad.

Recientemente, Mira Bierbaum, Cécilie Schildberg y Michael Cichon propusieron el Índice de los Pisos de Protección Social (IPPS) basado en dos brechas: una de salud y la otra de seguridad en el ingreso.²⁵ La brecha de salud busca identificar si un país garantiza acceso a la atención médica a todos los habitantes. Se calcula con base en dos elementos: el primero es la diferencia entre el gasto público en salud y un umbral derivado empíricamente, que consiste en el gasto público promedio en salud de los países que se ubican a no más de una desviación estándar del número promedio de profesionales de la salud —médicos, enfermeras y parteras— por cada 1000 habitantes; el segundo es la diferencia entre el porcentaje de partos atendidos por personal capacitado y un porcentaje considerado deseable (el 95 %). El primer indicador da cuenta de los recursos que se gastan y los que se deberían gastar para proveer de servicios de salud a toda la población; el segundo, de la ade-

²⁵ Mira Bierbaum, Cécilie Schildberg y Michael Cichon, *Social Protection Floor Index 2017: Update and Country Studies*, Friedrich Ebert Stiftung, 2017.

cuada distribución de esos recursos para atender a todas las personas que requieran atención —en este caso mujeres embarazadas—, en tanto un valor bajo en este indicador señala que hay personas que quedan sin acceso a servicios médicos básicos. Por ello, en la elaboración del IC se utilizaron los indicadores de partos atendidos por personal capacitado y gasto del gobierno en salud como porcentaje del PIB.

En este sentido, el IC se parece a la propuesta de Bierbaum, Schildberg y Cichon, pero sin calcular brechas, ya que en este análisis no se busca identificar los montos que debería gastar el gobierno para alcanzar lo que se consideran mínimos para la provisión universal de la salud.

Por último, se incluyó el indicador de gasto público en protección social como porcentaje del PIB. Es decir, el gasto gubernamental en programas monetarios y en especie en rubros como vejez, discapacidad, desempleo, prestaciones familiares y programas de vivienda, entre otros.²⁶ Este indicador se incluyó para tener una aproximación general a las siete prestaciones restantes de la seguridad social.

En la Tabla 4 se describen las variables seleccionadas para la medición de la cobertura de los sistemas de seguridad social americanos; además, se presentan los cambios entre 2000 y 2018 —según la disponibilidad de datos— en las variables que se utilizaron para el IC.

Tabla 4. Variables seleccionadas para la elaboración del Índice de Cobertura

Índice	Variabes	Descripción	Fuente
Índice de Cobertura	Partos atendidos por personal capacitado	En rigor, no se refiere solamente a los partos, sino al porcentaje de casos en que se contó con asistencia, asesoramiento y supervisión médica profesional durante el embarazo, el parto y el puerperio.	OMS
	Gasto del gobierno en salud como porcentaje del PIB	Los recursos utilizados para el gasto en salud provienen de ingresos internos (presupuestos gubernamentales), transferencias y subvenciones (incluidas donaciones), y de contribuciones obligatorias a la seguridad social.	BM
	Porcentaje de personas de 65 años o más que reciben una pensión.	Incluye tanto a las pensiones contributivas como a las no contributivas.	Alberto Arenas de Mesa, <i>op. cit.</i> , 2019; OCDE
	Gasto público en protección social como porcentaje del PIB*	Se refiere a los desembolsos destinados a servicios y transferencias a personas y familias que cubren las siguientes subfunciones de la protección social: enfermedad e incapacidad, edad avanzada, sobrevivientes, familia e hijos, desempleo, vivienda y exclusión social.	CEPAL, OCDE

Nota: *El valor en 2009 de Bolivia, Canadá y Estados Unidos, así como en 2016 para Canadá, se obtuvo al aplicar la tasa de crecimiento entre los años disponibles inmediato anterior y posterior.

Fuente: Elaboración propia.

²⁶ La categoría "Otros" viene en la base de datos original. Para más información, consultar OCDE, *Social Expenditure Database (SOCX)*, 2019. Disponible en <https://www.oecd.org/social/expenditure.htm>



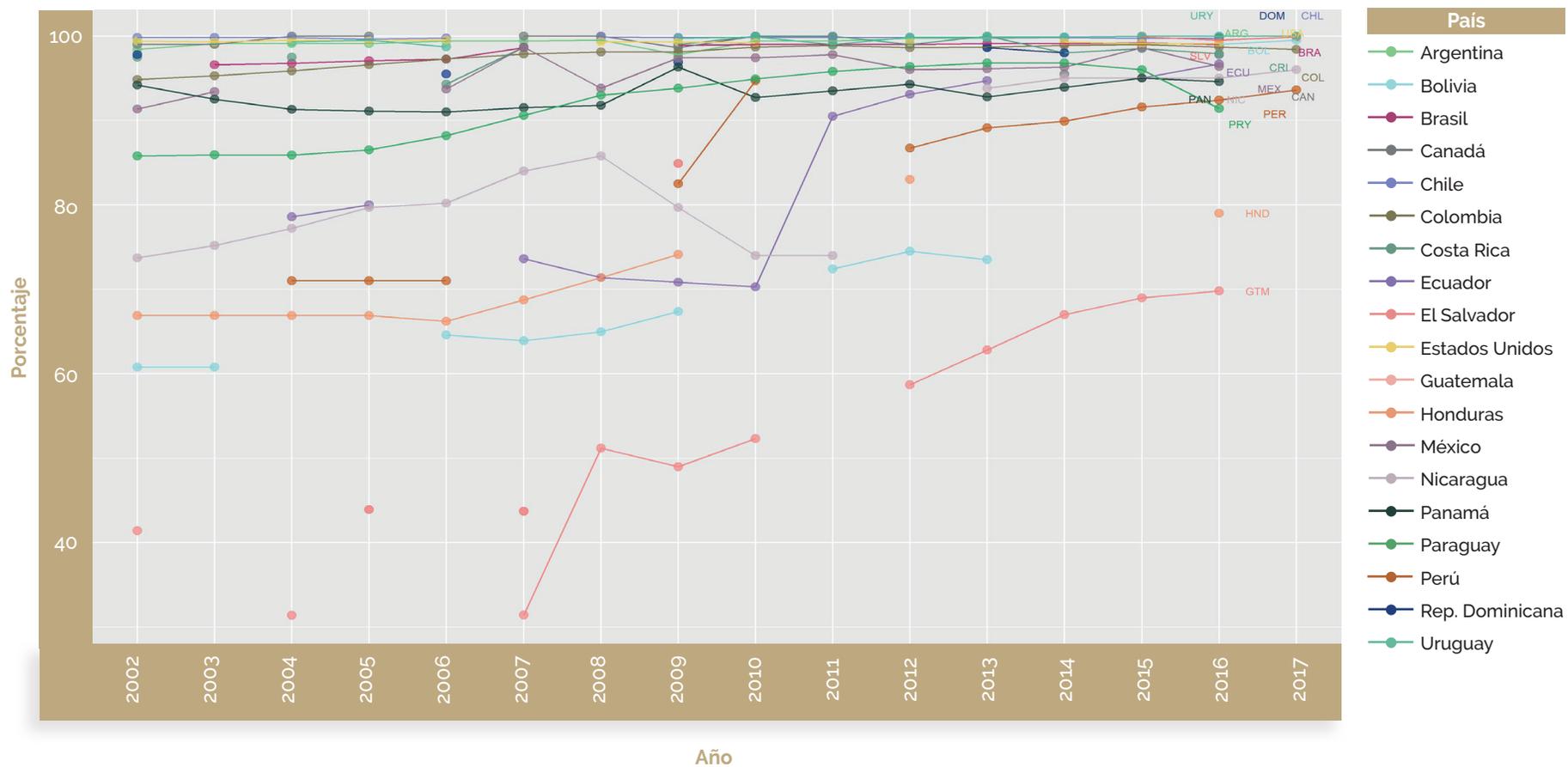
3.3.2. Evolución de la cobertura en seguridad social

Partos atendidos por personal capacitado

Como se puede observar en la Gráfica 12, durante el periodo 2002-2017 hubo avances en el porcentaje de partos atendidos por personal capacitado, si bien pueden encontrarse también dos grandes tendencias: estable y creciente. En la primera de ellas se ubican los países que al inicio del periodo ya cubrían entre el 91.4 % y el 99.8 % de los partos y para el final de éste se mantuvieron con altos niveles de cobertura: Canadá, Estados Unidos, Chile, Costa Rica, Panamá,

Uruguay, Argentina, República Dominicana, Brasil, Colombia y México. Dentro de los países que tuvieron incrementos, pueden distinguirse a su vez en tres grupos: en el primero se encuentran Paraguay, Ecuador, Nicaragua y Perú, que al inicio del periodo cubrían entre el 71 % y el 85.8 %, que tuvieron incrementos de entre 6 y 23 puntos porcentuales. En segundo lugar, están Honduras y Bolivia, que en 2002 cubrían el 66.9 % y el 60.8 %, y tuvieron incrementos de 12 y 39 puntos porcentuales, respectivamente. En el último grupo se encuentra Guatemala, que en 2002 cubría el 41 %, y El Salvador, que en 2005 cubrió el 44 %, y, al final del periodo, en 2016 y 2017, avanzaron al 70 % y al 99.9 %, respectivamente.

Gráfica 12. Partos atendidos por personal capacitado en América, 2002-2017



Fuente: Elaboración propia con información del Repositorio de datos del *Observatorio Mundial de Salud*, "Partos atendidos por personal entrenado". Disponible en <https://apps.who.int/gho/data/view.main.GSWCAH02v>

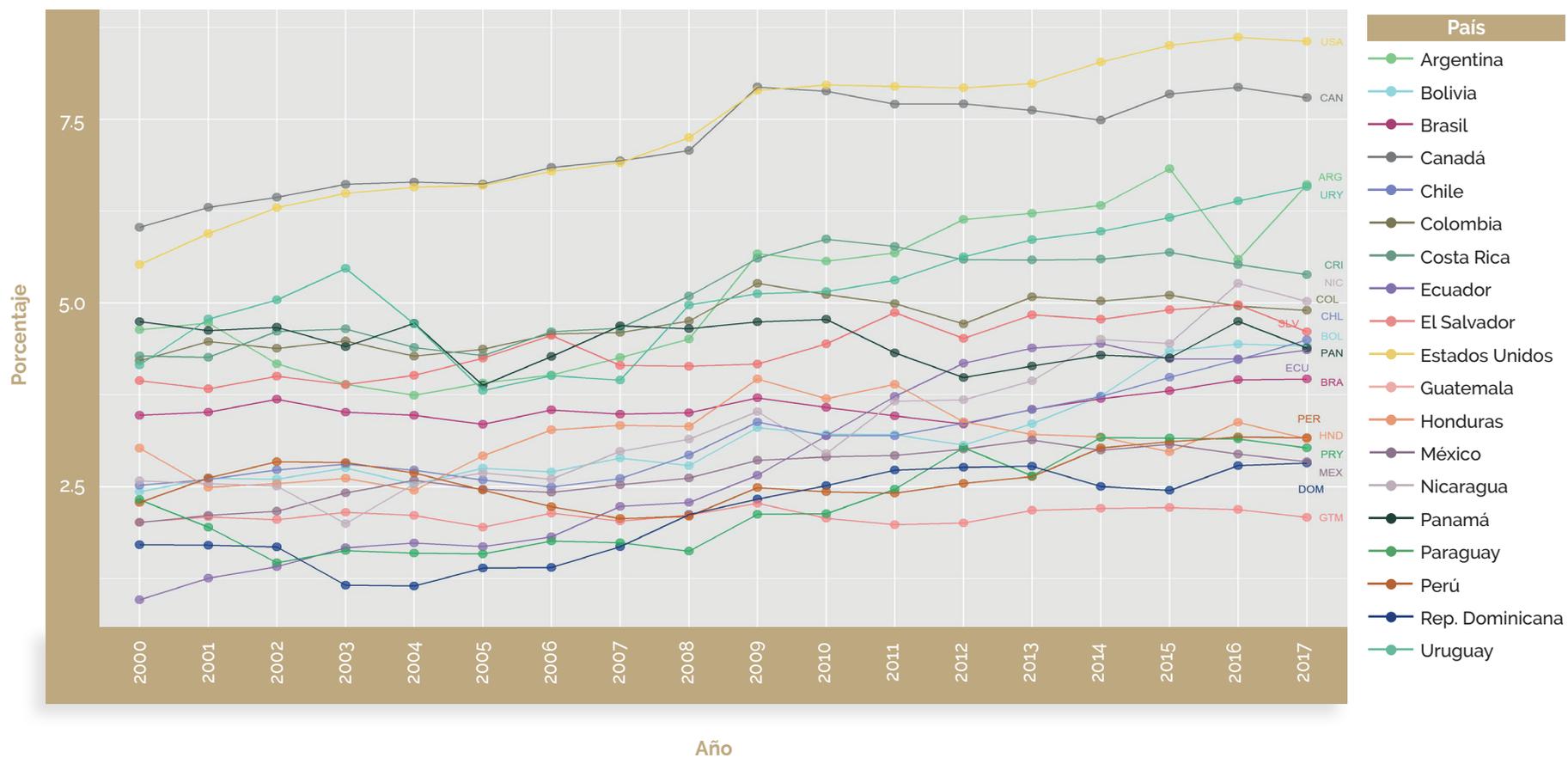
Gasto del gobierno en salud como porcentaje del PIB

Como se puede observar en la Gráfica 13, durante el periodo 2000-2017 el gasto del gobierno en salud aumentó en todos los países analizados, salvo en Panamá, que pasó de gastar el 4.7 % al 4.4 % del PIB. De acuerdo con su nivel de crecimiento en este rubro, los países se dividieron en cuatro grupos. Primero se encuentran los que al inicio del periodo gastaban más en salud: Canadá y Estados Unidos, que tuvieron un crecimiento promedio anual del 1.5 % y del 2.6 %, respectivamente.

En el segundo grupo están Argentina, Costa Rica, Colombia, Uruguay, El Salvador, Brasil y Honduras —gastaron entre el 3 % y el 4.6 % del PIB en salud y registraron incrementos de entre el 0.2 % y el 2.7 % promedio anual—. En el tercero se ubican Nicaragua, Chile, Bolivia, Paraguay, Perú, Guatemala y México —al inicio del periodo gastaron entre el 2 % y el 2.6 %, y crecieron a un ritmo de entre el 2 % y el 4 % anualmente, salvo por Guatemala, que apenas aumentó 0.2 % en promedio anual—. El último grupo se compone por República Dominicana y Ecuador —pasaron de gastar el 1.7 % y el 0.9 % en el año 2000, al 2.8 % y el 4.4 % en 2017, respectivamente—.



Gráfica 13. Gasto del gobierno en salud como porcentaje del PIB en América, 2000-2017



Fuente: Elaboración propia con información del Banco Mundial, Gasto interno en salud del gobierno general (porcentaje del PIB), Banco de Datos, 2020. Disponible en <https://data.worldbank.org/indicador/SH.XPD.GHED.GD.ZS>



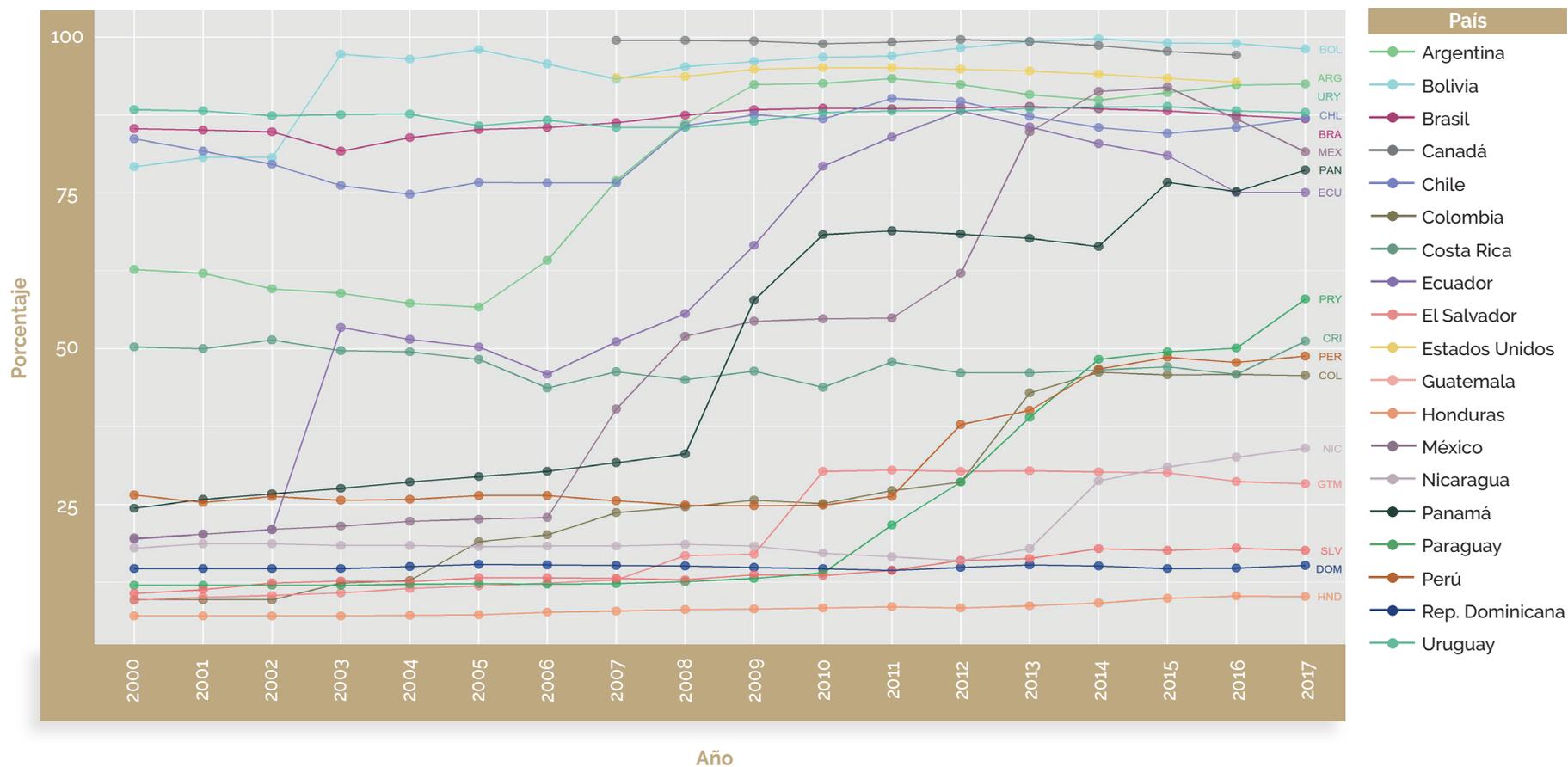
Porcentaje de personas de 65 años o más que recibe una pensión

Como se puede observar en la Gráfica 14, durante el periodo 2000-2017, se observan dos comportamientos en la cobertura de las pensiones en la población de 65 años o más: estable y al alza. El comportamiento estable se divide en dos categorías: los países con alta cobertura y los países con baja cobertura. En la primera se encuentran Uruguay, Brasil y Chile, que al comienzo del periodo cubrían entre el 84 % y el 88 %, y al final no alcanzaron una cobertura del 90 %; también están Canadá y Estados Unidos, que en el 2007 cubrían el 99 % y el 94 %, y aunque al final del periodo tuvieron una reducción mínima, su cobertura se mantuvo en el 97 % y el 93 %, respectivamente. Entre los países de cobertura baja se encuentran Costa Rica y República Dominicana, que en el 2000 apenas cubrían el 50 % y el 15 %, respectivamente, y al final del periodo sólo Costa Rica creció un punto porcentual.

Los países en los que aumentó la cobertura del sistema de pensiones se dividen en tres grupos. En el primero se encuentran Argentina y Bolivia, que al inicio del periodo brindaban pensiones al 63 % y al 79 %, y en 2017 habían aumentado al 93 % y al 98 %, respectivamente. El segundo grupo se compone por Perú, Panamá, México, Ecuador, Nicaragua, Paraguay, Colombia y Guatemala, que en el año 2000 cubrían apenas entre el 10 % y el 27 % y terminaron con coberturas de entre el 28 % y el 82 %. El último grupo se compone por El Salvador y Honduras, que al inicio del periodo cubrían el 11 % y el 7 %, respectivamente, y aumentaron a 18 % y 10 %, respectivamente, al final del periodo.

Cabe señalar que el porcentaje de la población de 65 años o más que recibe una pensión da cuenta únicamente de la extensión en la cobertura, y no implica necesariamente suficiencia en las tasas de reemplazo o en las transferencias de los programas de contribución indirecta.

Gráfica 14. Porcentaje de personas de 65 años o más que reciben una pensión en América, 2000-2017



Fuente: Elaboración propia con información de Alberto Arenas de Mesa, *Los sistemas de pensiones en la encrucijada. Desafíos para la sostenibilidad en América Latina*, CEPAL, Santiago de Chile, 2019; OCDE, Social Benefit Recipients Database (SOCR), 2019. Disponible en <https://www.oecd.org/social/recipients.htm>

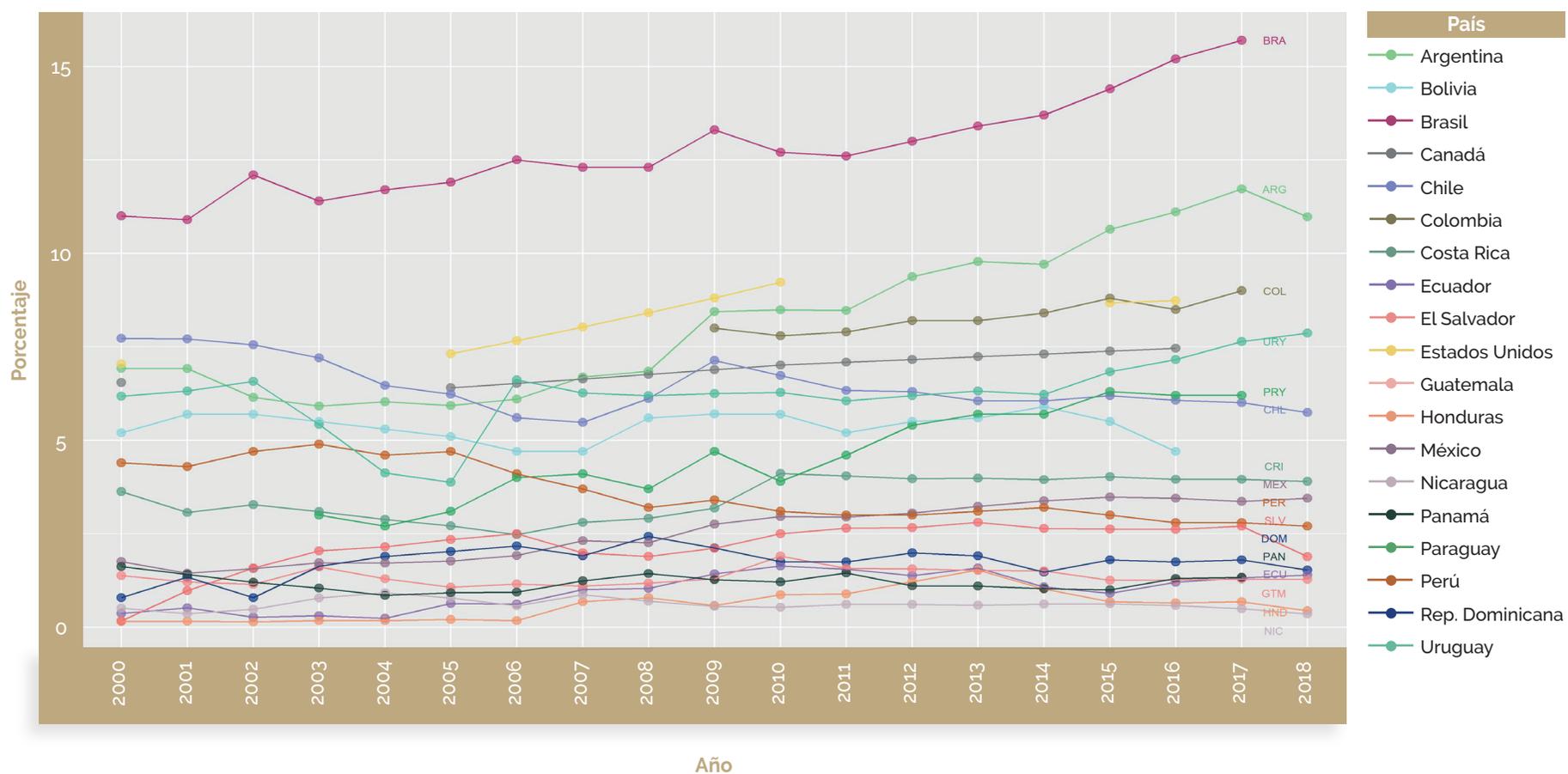
Gasto público en protección social como porcentaje del PIB

Como se puede observar en la Gráfica 15, entre 2000 y 2018 la mayoría de los países incrementó su gasto en protección social, mientras otros registraron una caída mínima. Los países que tuvieron incrementos se dividen en dos grupos: los de mayor y los de menor gasto. En el primero se encuentran Canadá, Uruguay, Estados Unidos, Colombia, Brasil y Argentina —al inicio del periodo (que en el caso de Colombia corresponde a 2009), gastaron entre el 6.1 % y el 11 % del PIB en protección social y tuvieron un crecimiento promedio anual que va del 0.08 % al 0.3 %—. En

el segundo grupo están República Dominicana, México, Paraguay, Honduras, Ecuador y El Salvador —a inicios del periodo su gasto estuvo entre el 0.17 % y el 1.8 % del PIB, y tuvieron un crecimiento promedio anual entre el 0.4 % y el 1.5 %—. De los países que disminuyeron su gasto, también hay dos grupos: primero los que gastaron más en protección social: Perú, Chile, Bolivia y Costa Rica —al principio destinaban a este rubro entre el 3.6 % y el 7.7 %, y al final del periodo tuvieron decrementos entre 0.3 y 2 puntos porcentuales—; segundo, los que tuvieron una caída que oscila entre 0.1 y 0.3 puntos porcentuales: Nicaragua, Panamá y Guatemala —apenas gastaron entre el 0.5 % y el 1.6 %—.



Gráfica 15. Gasto público en protección social como porcentaje del PIB en América, 2000-2018



Fuente: Elaboración propia con información de CEPAL, "Gasto público según clasificación por funciones de gobierno (en porcentajes del PIB)", CEPALSTAT, 2020. Disponible en <https://cepalstat-prod.cepal.org/cepalstat/tabulador/ConsultaIntegrada.asp?idIndicador=3127&idioma=e>; OCDE, *OECD Social Expenditure Database (SOCX)*, 2019.

3.3.3 Índice de Cobertura en 2009 y 2016

El Índice de Cobertura (IC) se construyó con el objetivo de tener una medida que permita evaluar la extensión de la cobertura de los sistemas de segu-

ridad social del continente. En la Tabla 5 se presentan los resultados del índice, que tiene un sentido positivo, por lo que un incremento en el puntaje significa un aumento de la cobertura. Asimismo, en la Tabla 6 se presentan las principales transiciones de países entre los grupos de cobertura.

Tabla 5. Índice de Cobertura, 2009 y 2016

Posición	2009		Estrato	Posición	2016		Estrato	
1	Estados Unidos	1	Alta	1	Estados Unidos	1	Alta	
2	Canadá	0.961		2	Canadá	0.937		
3	Brasil	0.887		3	Argentina	0.906		
4	Argentina	0.864		4	Brasil	0.891		Media
5	Uruguay	0.775		5	Uruguay	0.85		
6	Chile	0.715		6	Bolivia	0.721		
7	Colombia	0.65		7	Chile	0.707		
8	Costa Rica	0.606	Media	8	Colombia	0.666		
9	Panamá	0.528		9	Costa Rica	0.587		
10	Bolivia	0.495	Baja	10	México	0.554		
11	México	0.47		11	Panamá	0.543		
12	Paraguay	0.347		12	Ecuador	0.538		
13	El Salvador	0.329		13	El Salvador	0.464		
14	República Dominicana	0.315	Muy baja	14	Paraguay	0.458		
15	Ecuador	0.295		15	Nicaragua	0.428		
16	Perú	0.294	Muy baja	16	Perú	0.39		
17	Nicaragua	0.237		17	República Dominicana	0.33		
18	Honduras	0.198		18	Honduras	0.092		
19	Guatemala	0		19	Guatemala	0		

Fuente: Elaboración propia.

De acuerdo con su IC, los países se estratificaron en cuatro grupos, según su cobertura: alta, media, baja y muy baja. El estrato alto da cuenta de una mayor cobertura en seguridad social, para que un país se ubique en este grupo, cubre casi todos los partos con personal capacitado, y en pensiones para personas de 65 años o más tienen

los valores más altos; asimismo, el gasto en salud oscila entre el 4 % y el 8 %, y el gasto en protección social entre el 6 % y el 13 % del PIB. El estrato medio se caracteriza por tener amplia cobertura en partos y menor cobertura en pensiones, además, en salud y protección social la mayoría gasta entre el 4 % y el 5 %, y el 4 % y el 8.5 %, respectivamen-

te. En el estrato bajo, la cobertura en partos aún es importante —entre el 80 % y el 97 %—, pero en la cobertura de pensiones hay heterogeneidad, con países que cubren el 13 % y otros entre el 70 % y el 87 %; de igual manera, el gasto en salud se encuentra entre el 3 % y el 5 %, y en protección social entre el 1 % y el 3,5 %, ambos como porcentaje del PIB. El estrato muy bajo se caracterizó por tener los menores valores en los indicadores incluidos en el índice, aunque en partos tienen una cobertura considerable; en pensiones, la mayoría de los países cubre menos del 50 %, y también en salud y en protección social son los que menos gastan.

En 2009, el estrato de cobertura alta lo integraron Estados Unidos, Canadá, Brasil, Argentina, Uruguay, Chile y Colombia, y para 2016 sólo se mantuvieron en él Estados Unidos, Canadá y Argentina; el resto pasó al estrato de cobertura media. En ambos años, el grupo se caracterizó por una amplia cobertura de partos atendidos por personal capacitado (entre el 98,1 % y el 99,8 %), y de pensiones a personas de 65 años o más (entre el 88 % y el 99 %), salvo por Colombia, que apenas brindó pensiones al 25,7 % en 2009. Ese mismo año, Colombia gastó más en salud que Brasil, Chile y Uruguay, y en protección social, más que Canadá, Chile y Uruguay. En general, en ambos años, los países de este estrato tuvieron un amplio gasto en salud y protección social en relación con su PIB: entre el 3,4 % y el 8,6 %, y entre el 7,1 % y el 13,3 %, respectivamente.

La salida de Brasil, Uruguay, Chile y Colombia de este grupo no se debió a que su cobertura haya disminuido, sino a que aumentó menos que en el resto de los países, lo que empeoró su posición *relativa*. Por ejemplo, entre 2009 y 2016 en el grupo del estrato alto, Estados Unidos pasó de gastar del 7,9 % al 8,6 % del PIB en salud, y Argentina, incrementó su cobertura en partos, del 97,8 % al 99,7 % y su gasto en protección social cambió del 8 % al 11 % del PIB. Asimismo, en el estrato medio, Bolivia pasó de gastar en salud del 3,3 % al 4,4 % del PIB, que fue mayor que el gasto de

Brasil y el de Chile en 2016. Costa Rica aumentó su gasto en protección social del 3,2 % al 4 % con respecto del PIB, y en 2016 gastó más en salud que Brasil, Colombia y Chile. En este sentido, la cobertura de estos cuatro países quedó más cerca de los países del estrato medio que de los del estrato alto.

El estrato de cobertura media se integró en 2009 por Costa Rica, Panamá y Bolivia, y en 2016 se incorporaron a él Brasil, Uruguay, Chile y Colombia, mientras que Panamá bajó al estrato de cobertura baja. En ambos años, el estrato se caracterizó por niveles altos de atención de partos por personal capacitado, salvo por Bolivia, que en 2009 apenas cubría al 67,4 %, y en 2016 aumentó al 99 %. Asimismo, el gasto del gobierno en salud en 2009 osciló entre el 3,3 % y el 5,6 %, mientras que en 2016 fue de entre el 4 % y el 6,4 % del PIB. En cuanto a las pensiones, los niveles de cobertura variaron bastante dentro del grupo. En 2009, Costa Rica apenas cubría al 46,4 % y Bolivia al 96 %, y en 2016, Costa Rica y Colombia cubrían al 46 %, y Bolivia aumentó al 99 %. En protección social, en 2009, el gasto osciló entre el 1,3 % y el 5,6 %, mientras que en 2016 incrementó a un rango de entre el 4 % y el 15,2 %.

La transición de Panamá se debió a que durante el periodo prácticamente no aumentó la cobertura en ninguno de los indicadores medidos. Salvo por la cobertura de pensiones, que tuvo un aumento del 57,8 % al 75,2 %, en el resto de los indicadores hubo un estancamiento: en los partos atendidos por personal entrenado, pasó del 96,3 % al 96,4 %; el gasto del gobierno en salud también se estancó entre el 4,7 % y el 4,8 %, y el gasto en protección social se mantuvo en un 1,3 % en ambos años.

De este grupo resalta Bolivia por el aumento de su cobertura: los partos atendidos por personal capacitado incrementaron del 67,4 % al 99 %; el gasto del gobierno en salud pasó del 3,3 % al 4,4 %; la cobertura en pensiones subió del 96,1 % al 99 %; sin embargo, el gasto en protección social disminuyó del 5,7 % al 4,7 % del PIB.

Tabla 6. Transiciones en el Índice de Cobertura, 2009 y 2016

País	Estrato		Transición
	2009	2016	
Brasil	Alta	Media	▼
Uruguay	Alta	Media	▼
Chile	Alta	Media	▼
Colombia	Alta	Media	▼
Panamá	Media	Baja	▼
Paraguay	Baja	Muy baja	▼
El Salvador	Baja	Muy baja	▼
República Dominicana	Baja	Muy baja	▼
Ecuador	Muy baja	Baja	▲

Fuente: Elaboración propia.

El estrato de cobertura baja se integró en 2009 por México, Paraguay, El Salvador y República Dominicana, y en 2016 por México, Panamá y Ecuador. En este estrato, la cobertura de partos fue alta en ambos años: entre el 85 % y el 97 % en 2009, y entre el 95 % y el 97 % en 2016. Aunque la cobertura de pensiones fue muy baja en 2009 (entre el 13 % y el 15 % a excepción de México, que alcanzó a cubrir el 54.4 %), para 2016 aumentó a un rango de entre el 75 % y el 87 %. En cuanto al gasto del gobierno en salud, en ambos años osciló entre el 2 % y el 5 % del PIB: en 2009 el gasto estaba entre el 2.1 % y el 4.7 %, y en 2016 disminuyó a un nivel de entre el 1.2 % y el 3.5 %.

Paraguay y República Dominicana descendieron al estrato de cobertura muy baja. En el primer caso, porque disminuyó la cobertura en partos del 94 % al 91 %, pero principalmente a que los países del estrato muy bajo aumentaron su cobertura de seguridad social y se ubicaron cerca de Paraguay, por lo que bajó una posición. En el caso de República Dominicana, el cambio de estrato se debe a que no aumentó su cobertura de pensiones, que pasó de 14.9 % a 14.8 %, y disminuyó su gasto en protección social de 2.1 % a 1.8 %.

En 2009, en el estrato de cobertura muy baja estuvieron Ecuador, Perú, Nicaragua, Honduras y

Guatemala, y en 2016, El Salvador, Paraguay, Nicaragua, Perú, República Dominicana, Honduras y Guatemala. En general, estos países brindaron la menor cobertura de seguridad social a su población. En cuanto a los partos atendidos por personal capacitado, en 2009, en Guatemala apenas se cubría al 50 %, y en Perú al 82 %; en 2016, todos los países aumentaron su cobertura y el porcentaje mínimo de partos atendidos correspondió a Honduras, con el 79 %. El rango del gasto del gobierno en salud no varió mucho entre los años de estudio: en 2009 osciló entre el 2.3 % y el 4 %, y en 2016, entre el 2.2 % y el 5.3 %. El gasto en protección social osciló entre el 0.6 % y el 3.4 % en el primer año, y entre el 0.7 % y el 6 % en 2016. En cobertura de pensiones, en 2009, Ecuador alcanzó a cubrir al 66.6 %, y Honduras únicamente al 8.4 % de la población de 65 años o más. En 2016, Paraguay fue el país con mayor cobertura en pensiones, con el 50.1 %, y Honduras apenas aumentó su cobertura a 10.3 %.

Ecuador sobresale porque ascendió del último estrato al de cobertura baja; este cambio se debió al incremento de partos atendidos por personal entrenado, del 70.8 % al 96.7 %; el gasto del gobierno en salud pasó del 2.7 % al 4.2 %, y la cobertura en pensiones del 66.6 % al 75.1 %.

3.4. La eficacia de los sistemas de seguridad social

3.4.1. Dimensión y variables

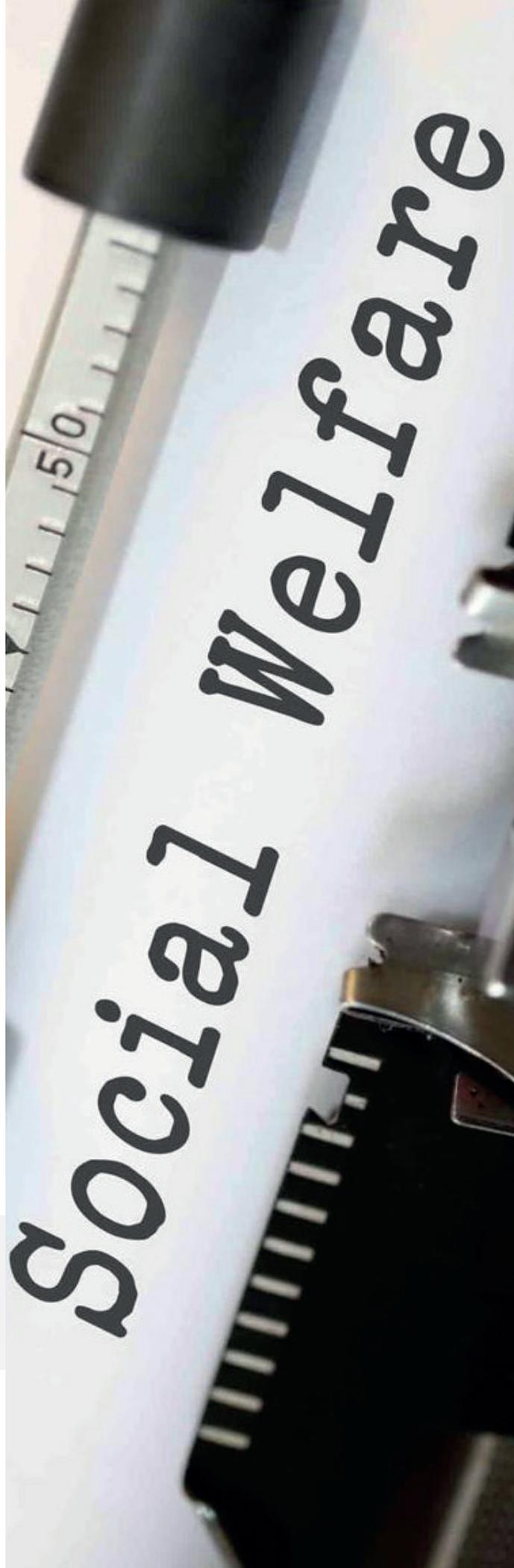
En la tercera dimensión, denominada *eficacia*, se estudia el grado en el que los sistemas de seguridad social alcanzan los objetivos para los que fueron planeados.²⁷ De acuerdo con la OIT, la seguridad social tiene dos objetivos mínimos: proteger financieramente a las personas para mitigar y prevenir la pobreza, y brindar asistencia médica.²⁸

La cobertura universal de salud —entendida como el acceso a servicios preventivos, curativos y de especialidad— es esencial para procurar el bienestar de las personas y evitar que incurran en gastos onerosos e inesperados que podrían derivar en el empobrecimiento. En cuanto a la protección del ingreso, la vejez es la etapa de vida mayormente cubierta y con las estadísticas internacionales más comparables y disponibles, y las pensiones son el mecanismo de seguridad social más frecuente en el mundo.²⁹ En este sentido, se construyó el Índice de Eficacia (IE) con los siguientes indicadores:

²⁷ Juan Cristóbal Bonnefoy y Marianela Armijo, *Indicadores de desempeño en el sector público*, CEPAL/GTZ, Santiago de Chile, 2005, p. 22.

²⁸ ILO, *Social Security for All: Investing in Social Justice and Economic Development*, Ginebra, 2009.

²⁹ OIT, *op. cit.*



- a) Gasto de bolsillo como porcentaje del gasto total en salud.
- b) Tasa de mortalidad infantil.
- c) Población de 65 años o más en situación de pobreza.
- d) Tasa de participación laboral para personas de 65 años o más.

Para la eficacia en salud se incluyó como indicador de protección financiera el gasto de bolsillo como porcentaje del gasto total en salud,³⁰ éste es útil para valorar el desempeño de los sistemas de salud en la protección financiera, ya que refleja su capacidad de evitar gastos catastróficos que conlleven al empobrecimiento. Asimismo, el incremento del gasto de bolsillo puede estar relacionado con la percepción de calidad de los servicios, de manera que segmentos de población con capacidad de pago optan por acudir con proveedores privados.

Además, se incluyó el indicador de mortalidad infantil por cada 1000 nacidos vivos, el cual es sensible a la oferta de servicios de salud preventivos y curativos —así como de alimentos en los hogares, estado nutricional de las madres o acceso a agua potable y servicios de saneamiento—, por lo que se usa con frecuencia como medida de disponibilidad y accesibilidad de los servicios de salud en comparaciones internacionales.

Respecto a la capacidad de protección del ingreso de los sistemas pensionarios y la disponibilidad de servicios de cuidado y de salud públicos, se incluyó el porcentaje de personas de 65 años o más en situación de pobreza y la tasa de participación laboral de este grupo. En general, la po-

breza en la vejez se asocia con la falta de acceso a pensiones —cuando se cuenta con ellas—, con la insuficiencia de su monto y, en algunos casos, con la carencia de acceso a servicios de salud. La falta o escasez de ingresos puede orillar a las personas a seguir laborando a fin de procurar su subsistencia, a una edad en la que la sociedad en general y el sistema de seguridad social en particular deberían garantizar condiciones para una vejez digna. Es decir, bajo un enfoque de derechos en el que la seguridad social es universal, las personas adultas mayores no deberían tener la necesidad de laborar y sus ingresos tendrían que ser suficientes para evitar que se encuentren en situación de pobreza.³¹

Es importante mencionar que los cambios que se observaron en los indicadores de eficacia no se pueden atribuir por completo a la cobertura de la seguridad social, ya que hay otros factores involucrados que no se incluyen en este estudio —como el ciclo económico, la ocurrencia de desastres, las mejoras en el acceso a infraestructura u otros bienes públicos que pueden contribuir a la salud de las personas y su nivel de ingreso—. No obstante, se decidió utilizar estos indicadores para aproximarse a una medida de qué tanto los sistemas de seguridad social cumplen con los objetivos de proteger el ingreso y proveer servicios de salud.

En la Tabla 7 se describen las variables seleccionadas para la medición de la eficacia de los sistemas de seguridad social americanos. A continuación, se presentan los cambios entre 2000 y 2019, según la disponibilidad de datos, en las variables que se utilizaron para el IE.

³⁰ El gasto de bolsillo en salud excluye cualquier pago anticipado por servicios de salud, por ejemplo, en forma de impuestos, primas o contribuciones específicas a seguros.

³¹ Conviene mencionar, sin embargo, que hay evidencias de que, en países con un porcentaje importante de población adulta mayor, con amplia cobertura del sistema de pensiones (cercana a la universalidad), y niveles relativamente bajos de pobreza en personas adultas mayores, como Canadá, Estados Unidos y Uruguay, la participación laboral de las personas de 65 años o más creció en los últimos años. Esto se puede deber no tanto a deficiencias en el sistema de pensiones, sino al crecimiento de la esperanza de vida que permite que las personas permanezcan en el mercado laboral a pesar de que han alcanzado la edad legal de jubilación. Una reforma reciente al sistema de pensiones uruguayo para permitir que las personas jubiladas regresen parcialmente al mercado laboral (presentada en el Capítulo 6 de este informe) refuerza esta interpretación.

“En la tercera dimensión, denominada *eficacia*, se estudia el grado en el que los sistemas de seguridad social alcanzan los objetivos para los que fueron planeados. De acuerdo con la OIT, la seguridad social tiene dos objetivos mínimos: proteger financieramente a las personas para mitigar y prevenir la pobreza, y brindar asistencia médica.”

Tabla 7. Variables seleccionadas para la elaboración del Índice de Eficacia

Índice	Variables	Descripción	Fuente
Índice de Eficacia	Gasto de bolsillo como porcentaje del gasto total en salud	Gasto en salud hecho directamente por los hogares. Excluye cualquier pago anticipado por servicios de salud, por ejemplo, en forma de impuestos, primas o contribuciones específicas a seguros.	BM
	Tasa de mortalidad infantil	Número de niños que mueren antes de cumplir un año por cada 1000 nacidos vivos.	BM
	Población de 65 años o más en situación de pobreza*	Porcentaje respecto del total de la población cuyo ingreso per cápita medio está por debajo de la línea de pobreza.**	CEPAL
			US Census Bureau, Income, Poverty and Health Insurance Coverage in the United States: 2009, Washington, 2009, p. 16.
Tasa de participación laboral para personas de 65 años o más***	Número de personas de 65 años o más dedicadas a la producción de bienes y servicios económicos por cada 100 personas de 65 años o más.	OIT	

Notas:

*El valor en 2009 para Canadá, Guatemala y México se obtuvo al aplicar la tasa media de crecimiento entre los años disponibles inmediato anterior y posterior. Lo mismo se hizo en 2016 para Chile, Guatemala y Nicaragua.

**Los datos para Estados Unidos y Canadá se refieren a la metodología utilizada en cada país. En Estados Unidos, la Oficina del Censo (Census Bureau) utiliza una serie de umbrales de ingreso que varían según el tamaño y composición de las familias para determinar quién está en pobreza. Si el ingreso total de una familia es menor que el umbral, entonces se considera a esa familia y a cada uno de sus integrantes como en situación de pobreza. En Canadá, se utiliza la Medida de Canasta Básica como umbral de referencia.

***El valor en 2009 para Guatemala y Nicaragua, así como en 2016 para Argentina y Nicaragua, se obtuvo al aplicar la tasa media de crecimiento entre los años disponibles inmediato anterior y posterior.

Fuente: Elaboración propia.



3.4.2. Evolución de la eficacia en seguridad social

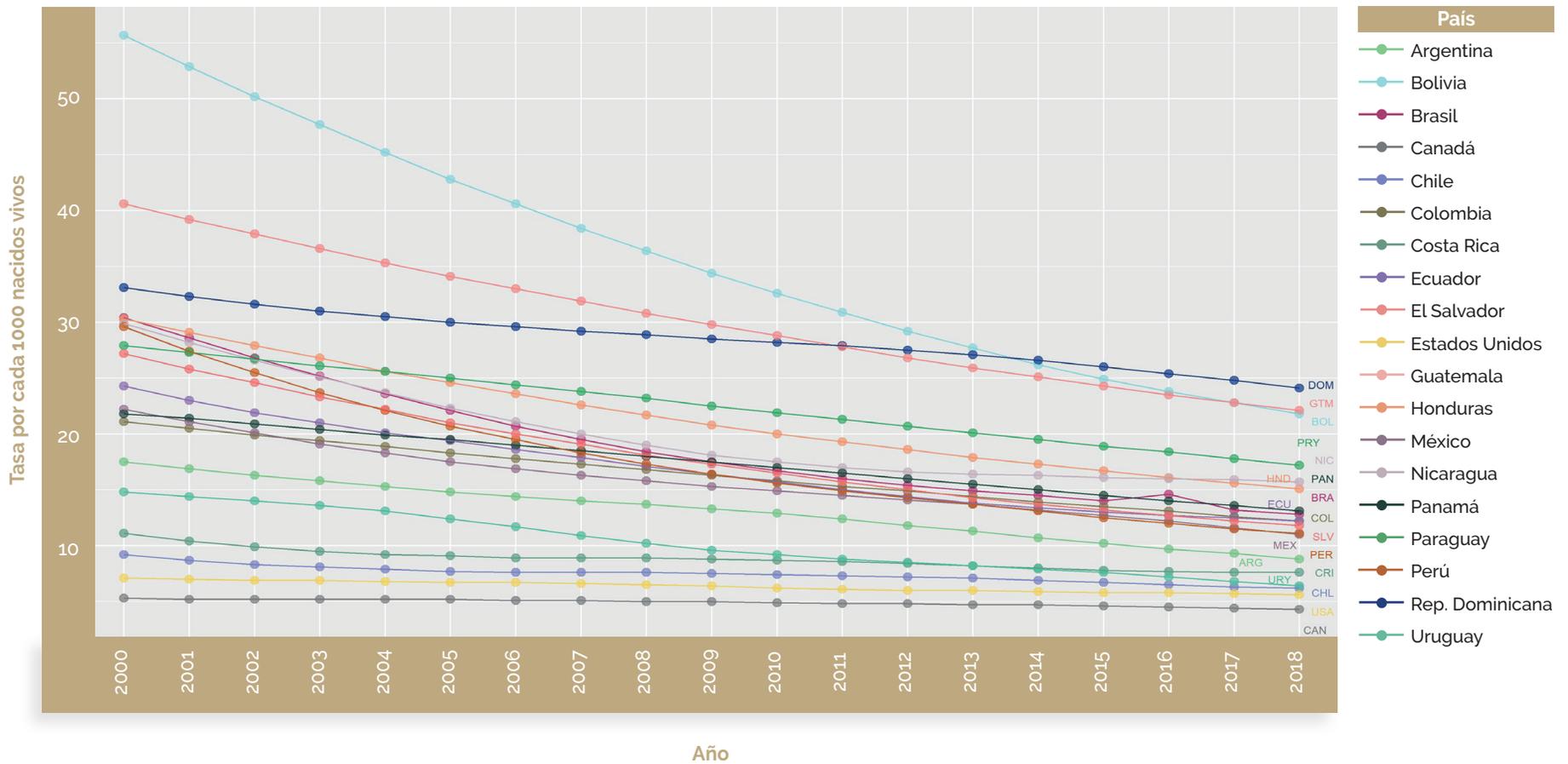
Tasa de mortalidad infantil

Como puede verse en la Gráfica 16, entre 2000 y 2018, los países analizados registraron tres tipos de comportamiento respecto a la mortalidad infantil: estable, tendencia moderada a la baja y tendencia acelerada a la baja. En la primera categoría se encuentran Estados Unidos y Canadá, que tenían niveles bajos de mortalidad infantil a principios del periodo —inferiores a 8 por cada 1000 nacidos vivos— y mantuvieron tasas medias de decrecimiento menores del 1 %.

Entre los países con tendencia moderada a la baja se ubican Uruguay, Argentina, Costa Rica y Chile, que se mantuvieron como los países latinoamericanos con las tasas de mortalidad infantil más bajas —entre 9 y 17 por cada 1000 nacidos vivos—. A esta categoría también pertenecen Perú, Ecuador, El Salvador, México, Colombia, Paraguay y Panamá, con tasas de entre 20 y 30 por cada 1000 nacidos vivos, y tasas medias de decrecimiento de entre el 3 % y el 5 %.

Por último, los países con tendencia acelerada a la baja son los que al principio del periodo tenían tasas superiores a 30 por cada 1000 nacidos vivos y registraron tasas de decrecimiento mayores del 5 %: Bolivia, Guatemala, República Dominicana, Honduras, Nicaragua y Brasil.

Gráfica 16. Tasa de mortalidad infantil en América, 2000-2018



Fuente: Elaboración propia con información del Banco Mundial, "Tasa de mortalidad infantil", *Indicadores de Desarrollo del Banco Mundial*, 2000-2018. Disponible en <https://datos.bancomundial.org/indicador/SP.DYN.IMRT.IN>



Gasto de bolsillo como porcentaje del gasto total en salud

Respecto al gasto de bolsillo en salud, en la Gráfica 17 se observan cuatro comportamientos: estable, tendencia acelerada a la baja, tendencia moderada a la baja e incremento. El primero corresponde a Estados Unidos³² y Canadá, que fueron los países con el valor más bajo del indicador para la región en el periodo analizado.

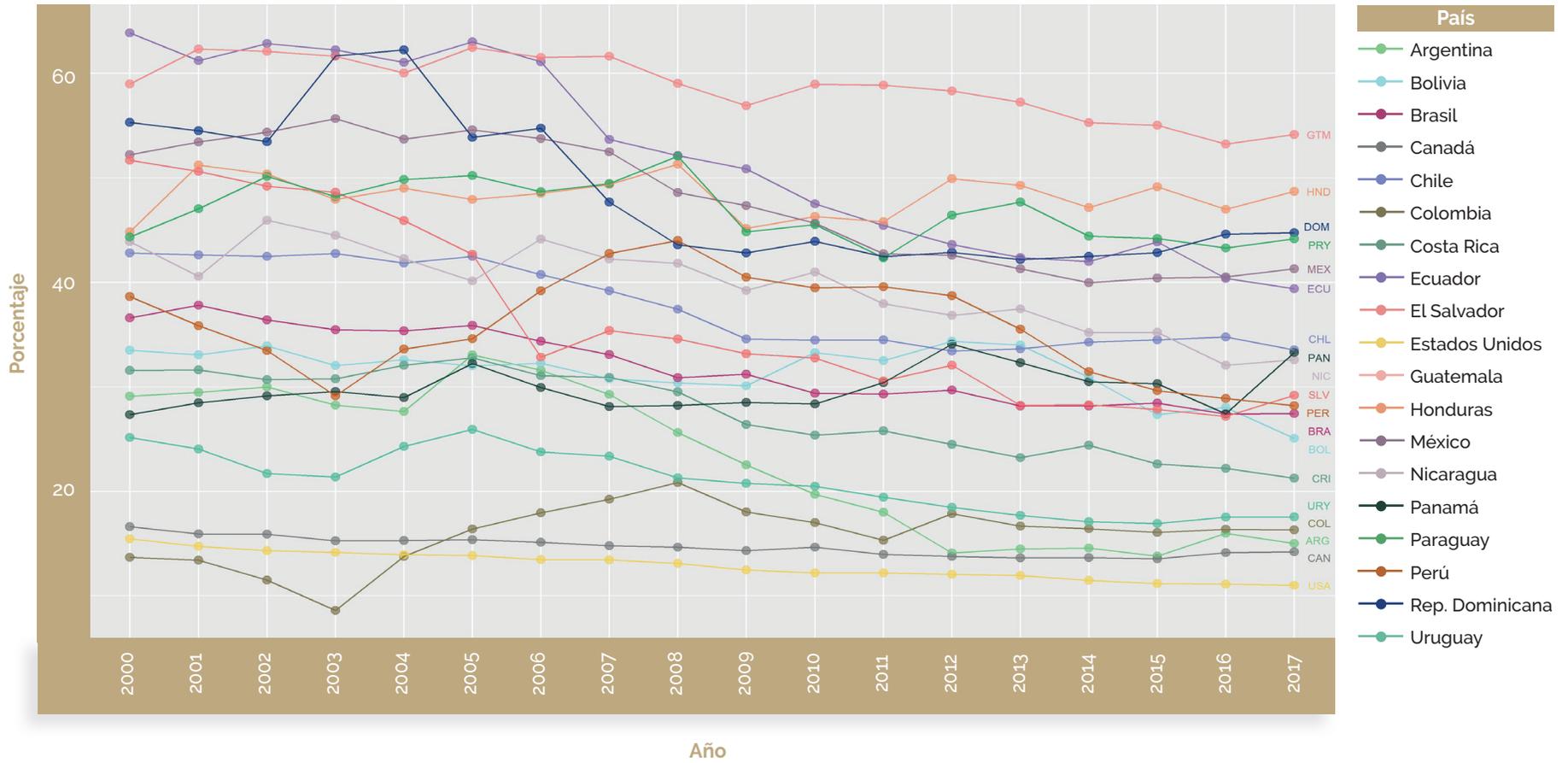
La tendencia acelerada a la baja describe a países con reducciones del gasto de bolsillo superiores a 8 puntos porcentuales, divididos en tres categorías. En la primera se encuentran Ecuador y El Salvador, que en el año 2000 tenían el mayor nivel de gasto de bolsillo y lo

redujeron en 20 puntos porcentuales para 2017. En la segunda se ubican Brasil, México, Perú, Chile, Bolivia, República Dominicana y Nicaragua, cuyo gasto de bolsillo en el año 2000 era de nivel intermedio —entre el 33 % y el 58 %— y disminuyó alrededor de 10 puntos porcentuales. A la tercera pertenecen Argentina, Uruguay y Costa Rica, que tenían valores bajos —inferiores al 30 %— y que disminuyeron entre 8 y 14 puntos porcentuales.

La tendencia moderada a la baja incluye a Guatemala y Paraguay, con reducciones inferiores a 5 puntos porcentuales y niveles elevados de gasto de bolsillo. Por último, Panamá, Honduras y Colombia registraron incrementos de entre 3 y 6 puntos porcentuales.

³² El gasto de bolsillo en salud excluye cualquier pago anticipado por servicios de salud como las primas o contribuciones específicas a seguros; por ello, aunque el sistema de salud de Estados Unidos sea preponderantemente privado, la situación no se corresponde con un nivel alto del indicador.

Gráfica 17. Gasto de bolsillo como porcentaje del gasto total en salud en América, 2000-2017



Fuente: Elaboración propia con información del Banco Mundial, Gasto de bolsillo (porcentaje del gasto en salud), *Banco de Datos*, 2020. Disponible en <https://datos.bancomundial.org/indicador/SH.XPD.OOPC.CH.ZS>

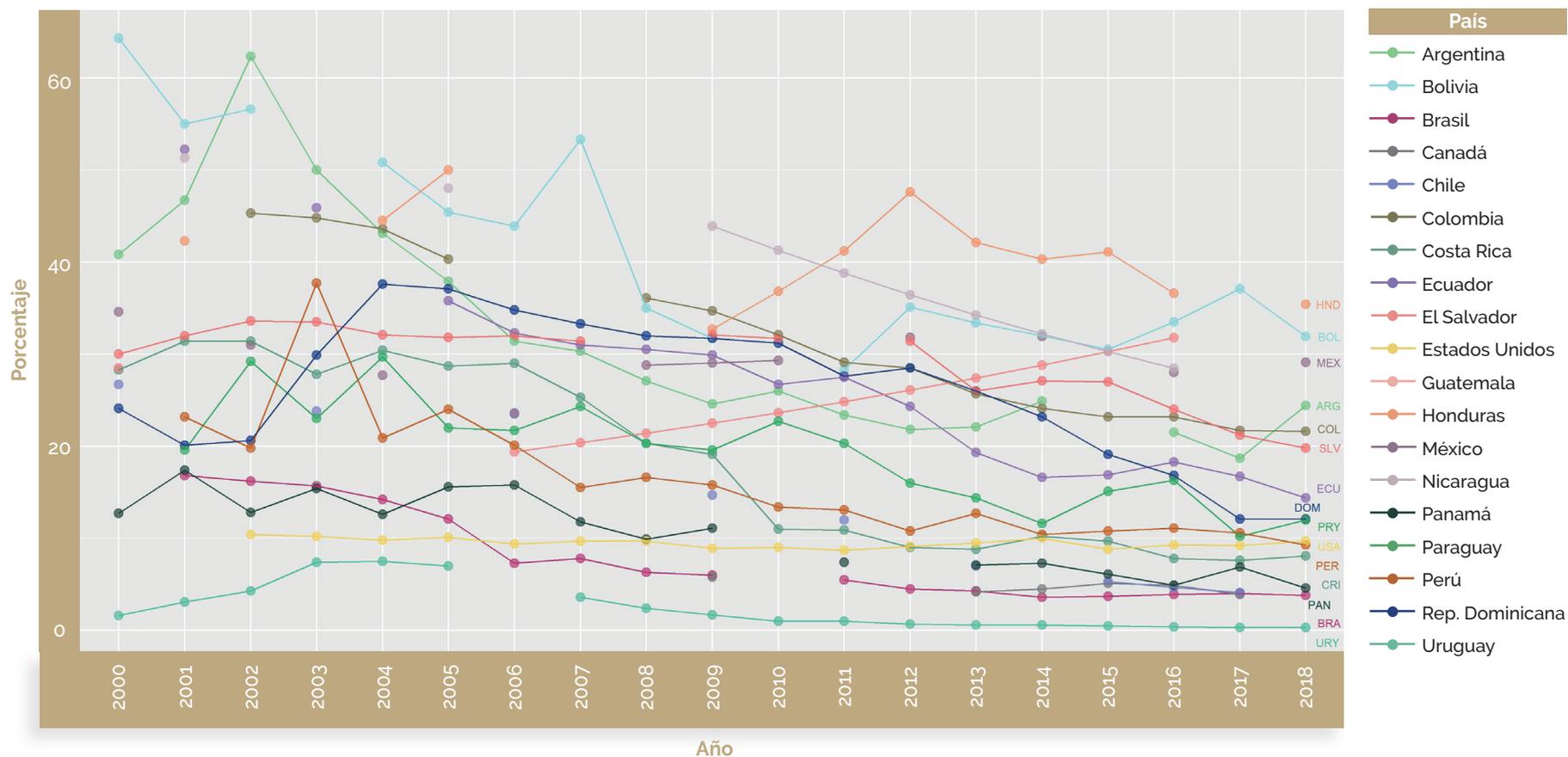
Población de 65 años o más en situación de pobreza

Como puede observarse en la Gráfica 18, el porcentaje de personas de 65 años o más que vive en pobreza disminuyó en la mayor parte de los países, excepto en Guatemala. En Uruguay, Costa Rica, Chile, Brasil y Ecuador la reducción fue su-

perior al 6 % del promedio anual; en Colombia, Perú, Panamá, Bolivia y República Dominicana decreció entre el 4 % y el 5,5 % del promedio anual; Nicaragua, Paraguay, Argentina y El Salvador tuvieron tasas de decrecimiento de alrededor del 3 %, mientras que, en México, Canadá, Estados Unidos y Honduras la reducción fue inferior al 1 % promedio anual.



Gráfica 18. Población de 65 años o más en situación de pobreza en América, 2000-2018



Nota: En Estados Unidos, la Oficina del Censo (Census Bureau) utiliza una serie de umbrales de ingreso que varían según el tamaño y composición de las familias para determinar quién está en pobreza. Si el ingreso total de una familia es menor que el umbral, entonces se considera que esa familia y cada uno de sus integrantes está en situación de pobreza. En Canadá se utiliza la Medida de Canasta Básica como umbral de referencia.

Fuente: Elaboración propia con información de CEPAL, "Población en situación de pobreza extrema y pobreza según edad, sexo y área geográfica", CEPALSTAT, 2020. Disponible en <https://cepalstat-prod.cepal.org/cepalstat/tabulador/ConsultaIntegrada.asp?idIndicador=3341&idioma=e>; US Census Bureau, *Income and Poverty in the United States 2000-2018*; Statistics Canada, "Persons Living Below Canada's official Poverty Line (Market Basket Measure), 2013 to 2017", 2017. Disponible en <https://www150.statcan.gc.ca/n1/daily-quotidien/190226/t002b-eng.htm>

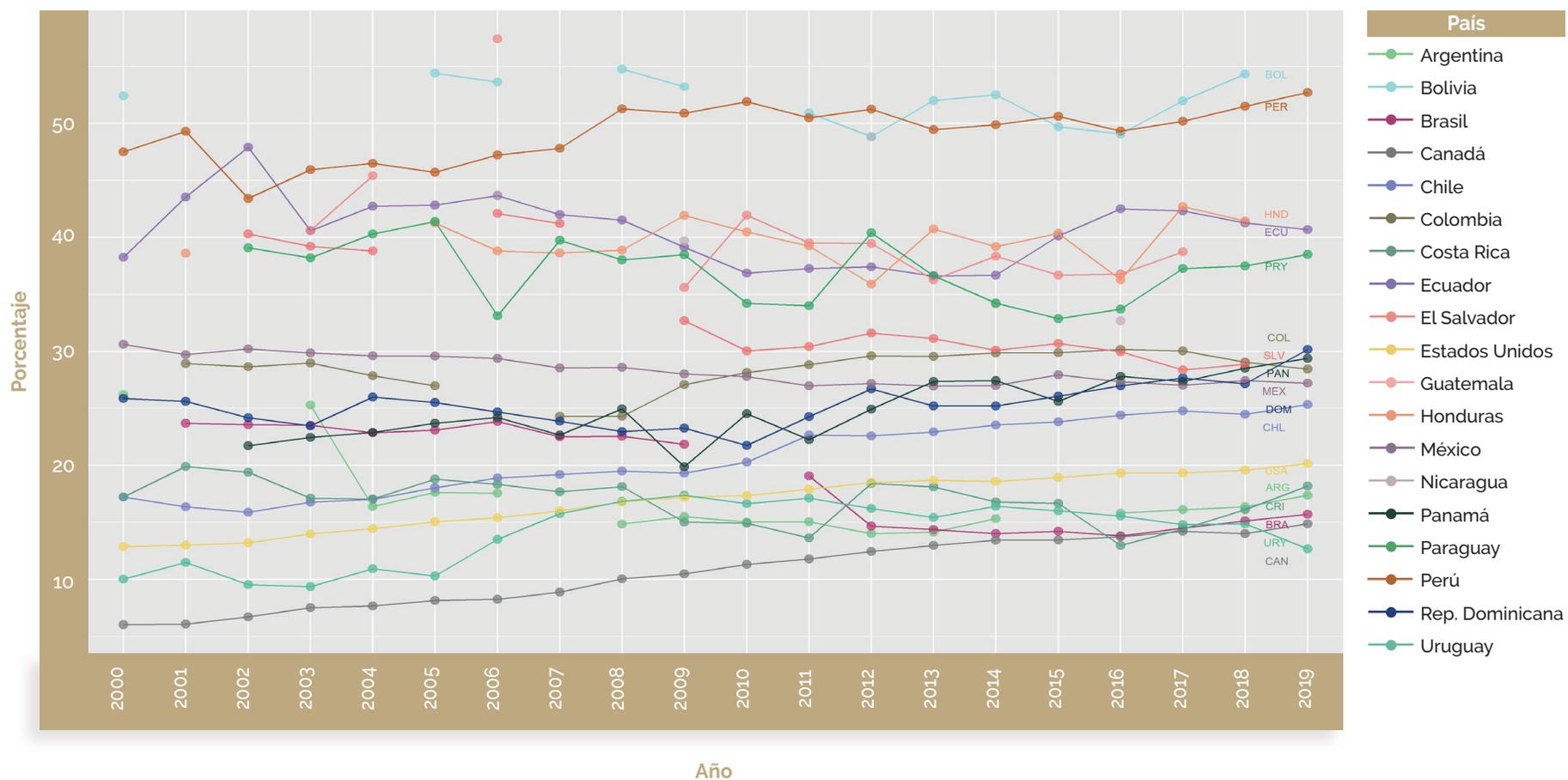


Tasa de participación laboral de las personas de 65 años o más

Como puede observarse en la Gráfica 19, las tendencias de la tasa de participación laboral de las personas de 65 años o más tienen tres comportamientos: al alza, sin crecimiento y a la baja. La tasa de participación laboral de las personas adultas mayores en Estados Unidos aumentó en casi un 5 % del promedio anual, seguido de Canadá, Uruguay, Chile y Panamá, que registraron incrementos de entre el 1 % y el 2 % del prome-

dio anual, y Costa Rica, cuya tasa de crecimiento promedio fue del 0.3 %. Al igual que Costa Rica, algunos países con tasas de participación laboral media —Colombia, México y República Dominicana— y alta —Honduras, Guatemala, Bolivia, Paraguay, Ecuador y Perú— registraron tasas de crecimiento de alrededor de 0. Finalmente, el indicador disminuyó alrededor de un 2 % en Argentina y Brasil, que se situaban en un nivel intermedio al principio del periodo —entre el 23 % y el 26 %—, y en El Salvador y Nicaragua, que tenían niveles elevados.

Gráfica 19. Tasa de participación laboral de las personas de 65 años o más en América, 2000-2019



Fuente: Elaboración propia con base en OIT, "Labour Force Participation rate by sex and age (percentage) -Annual", ILOSTAT, 2020. Disponible en https://www.ilo.org/shinyapps/bulkexplorer15/?lang=en&segment=indicator&id=EAP_DWAP_SEX_AGE_RT_A

3.4.3. Índice de Eficacia en 2009 y 2016

Los países se estratificaron en cuatro grupos de acuerdo con el IE: eficacia alta, media, baja y muy baja (ver Tabla 8). Asimismo, en la Tabla 9 se pueden apreciar los cambios entre estratos. En el estrato de eficacia alta se encontraban los países con menor tasa de mortalidad infantil, menor gasto de bolsillo, un escaso porcentaje de adultos mayores en situación de pobreza y activos laboralmente; en el segundo estaban países con resultados medios en los indicadores, por ejemplo,

la participación laboral de las personas adultas mayores se encontraba entre el 15 % y el 27 % y el porcentaje de personas de 65 años o más entre el 9 % y el 35 %; en cuanto a la mortalidad infantil, el rango oscilaba entre 9 y 16 defunciones por cada 1000 nacidos vivos. El estrato bajo se compuso por países cuyos indicadores tenían valores superiores al del estrato previo; por ejemplo, el gasto de bolsillo oscilaba entre el 34 % y el 51 %; finalmente, en el estrato muy bajo se ubicaron los países con los valores más elevados en los indicadores que componen el índice.

Tabla 8. Índice de Eficacia, 2009 y 2016

Posición	2009		Estrato	Posición	2016		Estrato
1	Canadá	1.000	Alta	1	Canadá	1.000	Alta
2	Estados Unidos	0.944		2	Uruguay	0.953	
3	Uruguay	0.853		3	Estados Unidos	0.922	
4	Chile	0.850	Media	4	Costa Rica	0.870	Media
5	Costa Rica	0.830		5	Argentina	0.752	
6	Argentina	0.699		6	Brasil	0.745	
7	Brasil	0.592		7	Chile	0.730	
8	Panamá	0.590		8	Panamá	0.635	
9	Colombia	0.578	Baja	9	Colombia	0.566	Baja
10	México	0.556		10	El Salvador	0.487	
11	Perú	0.522		11	Perú	0.434	
12	El Salvador	0.513	Muy baja	12	México	0.383	Muy baja
13	Ecuador	0.494		13	Nicaragua	0.339	
14	Nicaragua	0.438		14	Ecuador	0.333	
15	Honduras	0.370		15	Paraguay	0.306	
16	Paraguay	0.359		16	República Dominicana	0.233	
17	República Dominicana	0.200	Muy baja	17	Honduras	0.131	Muy baja
18	Guatemala	0.130		18	Bolivia	0.073	
19	Bolivia	0.000		19	Guatemala	0.000	

Fuente: Elaboración propia.

En 2009 y 2016, los países con mejores resultados y que integraron el estrato de eficacia alta fueron Canadá, Estados Unidos, Uruguay, Argentina y Costa Rica. En general, estos países tienen las menores cifras de la región en mortalidad infantil, en gasto de bolsillo, en el porcentaje de personas mayores en situación de pobreza y en la tasa de participación laboral de las personas de 65 años o más.

Canadá, Estados Unidos y Uruguay mantuvieron su posición en ambos años, mientras que, en 2016, Argentina y Costa Rica ascendieron a este grupo desde el estrato de eficacia media. La transición puede estar asociada con la reducción de la mortalidad infantil, del gasto de bolsillo y de la participación laboral de las personas de 65 años o más y, en el caso de Costa Rica, con la disminución de la proporción de personas adultas mayores en situación de pobreza.

El segundo estrato, eficacia media, estuvo conformado, en 2009, por Chile, Costa Rica, Argentina, Brasil, Panamá y Colombia; y en 2016, por Brasil, Chile, Panamá, Colombia y El Salvador. En ambos años, el grupo se caracterizó por niveles medios de mortalidad infantil —entre 9 y 16 por cada 1000 nacidos vivos— y de gasto de

bolsillo —entre el 22 % y el 34 %, con excepción de Colombia, que mantuvo un gasto de bolsillo inferior al 19 % del gasto total en salud. La tasa de participación laboral de las personas adultas mayores también se situó en un nivel medio en 2009, entre el 15 % y el 27 %, pero en 2016 Colombia y El Salvador tuvieron tasas de alrededor del 30 %. En cuanto a la pobreza durante la vejez, los resultados son mixtos: por un lado, Brasil, Panamá y Chile tuvieron bajos porcentajes —menores del 11 %— y, por el otro, Costa Rica, Argentina y El Salvador tuvieron valores de alrededor del 20 % y el 25 %; mientras que Colombia pasó del 34 % al 23 % de población adulta mayor en pobreza.

Así, Brasil, Chile, Panamá y Colombia se mantuvieron en el estrato de eficacia media durante los dos años; Costa Rica y Argentina ascendieron a eficacia alta, y El Salvador se incorporó en 2016, por ascenso de estrato. Esto lo consiguió en parte por reducciones moderadas de la tasa de mortalidad infantil, del porcentaje de pobreza en la vejez y de la tasa de participación laboral de las personas de 65 años o más, pero el factor principal del cambio fue la disminución del gasto de bolsillo, del 33,2 al 27,2 %.

Tabla 9. Transiciones en el Índice de Eficacia, 2009 y 2016

País	Estrato		Transición
	2009	2016	
Costa Rica	Media	Alta	▲
Argentina	Media	Alta	▲
El Salvador	Baja	Media	▲
Nicaragua	Muy baja	Baja	▲
Ecuador	Muy baja	Baja	▲

Fuente: Elaboración propia.

El tercer estrato, de eficacia baja, contenía en 2009 a México, Perú y El Salvador; y en 2016, a México, Perú, Ecuador y Nicaragua. En ambos años, la tasa de mortalidad infantil fue ligeramente superior a la que presentaron los países del estrato previo, de entre 12 y 17 por cada 1000 nacidos vivos. El gasto de bolsillo tuvo reducciones considerables, ya que en 2009 su valor era de entre el 34 % y el 51 %, mientras que en 2016 se redujo a un rango de entre un 29 % y un 41 %. En cuanto a los indicadores de protección del ingreso en la vejez, en 2009 México, Ecuador y El Salvador presentaron valores superiores al 30 % e inferiores al 40 % de adultos mayores en situación de pobreza; mientras que la participación laboral de las personas de 65 años o más en Perú ascendía al 51 %, pero el porcentaje de pobreza para ese mismo grupo etario era bajo, del 16 %. En 2016, los rangos de los indicadores tuvieron variaciones de 3 puntos porcentuales a la baja, excepto en Ecuador, donde la pobreza en la vejez disminuyó del 29,9 % al 18,3 %.

Este estrato tuvo tres cambios en su composición: el ascenso de El Salvador al estrato de eficacia media y la inclusión de Nicaragua y Ecuador, que en 2009 pertenecían al de eficacia muy baja. El movimiento de Nicaragua se relaciona con la reducción moderada de la tasa de mortalidad infantil, del gasto de bolsillo, del porcentaje de pobreza en personas adultas mayores y, en especial, con el descenso de la tasa de participación laboral de las personas de 65 años o más, que fue

la segunda más grande del periodo (del 39,7 % al 32,7 %), después de Brasil (del 21,8 % al 13,8 %).

Por su parte, la incorporación de Ecuador fue impulsada, principalmente, por la reducción del porcentaje de personas adultas mayores que viven en situación de pobreza, del 29,9 % al 18,3 %, así como por disminuciones moderadas en el resto de los indicadores.

El cuarto y último estrato, eficacia muy baja, incluía en 2009 a Ecuador, Nicaragua, Honduras, Paraguay, República Dominicana, Guatemala y Bolivia; y en 2016 salieron de él Nicaragua y Ecuador. En general, los indicadores analizados en estos países se caracterizan por ser los más elevados de la región y tener poca variabilidad, es decir, presentaron las mayores tasas de mortalidad infantil, el mayor gasto de bolsillo y la mayor pobreza y participación laboral de personas de 65 años o más, en ambos años. Sin embargo, se reconocen algunas excepciones y avances notables en los indicadores de protección del ingreso durante la vejez. Como se mencionó anteriormente, Nicaragua fue uno de los países que más redujo la tasa de participación laboral de las personas adultas mayores; Honduras y Paraguay la bajaron en más del 13 %. Además, República Dominicana, Nicaragua y Paraguay disminuyeron el porcentaje de pobreza de personas de 65 años o más del 31,7 al 16,8 %, del 43,9 % al 28,4 % y del 19,6 % al 12 %, respectivamente; si bien no fueron los más elevados de la región, sí son reducciones considerables.



3.5. El desempeño en la seguridad social

3.5.1. Índice de Desempeño de los Sistemas de Seguridad Social

A partir de los índices de presión, cobertura y eficacia descritos anteriormente, se formó —mediante la técnica de ACP— el Índice de Desempeño de los Sistemas de Seguridad Social (IDSS), con la intención de representar de manera agregada la situación de dichos sistemas en las Américas y visualizar la relevancia que tiene —en la valoración y el análisis de su capacidad para proteger a la población ante riesgos y vulnerabilidades— la interacción de factores como las condiciones demográficas y del mercado laboral o la estructura productiva, con el nivel de cobertura y la protección efectiva que brinda.

Estos factores no son los únicos importantes, ya que se reconocen otros aspectos que repercuten en el desempeño de los sistemas de seguridad social, pero que no fueron incorporados por restricciones en la disponibilidad de información comparable entre países y en el tiempo.



De manera que el IDSSS debe entenderse como una aproximación al desempeño de los sistemas de seguridad social, que permite analizar a los países en relación con las condiciones y los resultados propios y de los demás; es decir, se trata de una medida relativa.

El IDSSS se dividió en cuatro estratos: desempeño alto, medio, bajo y muy bajo. Esta composición fue estable entre 2009 y 2016, con el descenso o ascenso de uno a dos países entre estratos vecinos (ver tablas 10 y 11).

Tabla 10. Índice de Desempeño de los Sistemas de Seguridad Social, 2009 y 2016

Posición	2009		Estrato	Posición	2016		Estrato
1	Canadá	1.000		1	Canadá	1.000	
2	Estados Unidos	0.992		2	Estados Unidos	0.964	
3	Uruguay	0.875	Alto	3	Uruguay	0.958	Alto
4	Argentina	0.834		4	Argentina	0.885	
5	Chile	0.814		5	Brasil	0.855	
6	Brasil	0.713		6	Chile	0.754	
7	Costa Rica	0.680		7	Costa Rica	0.740	
8	Colombia	0.631	Medio	8	Colombia	0.650	Medio
9	Panamá	0.517		9	Panamá	0.543	
10	México	0.495		10	México	0.477	
11	El Salvador	0.413		11	El Salvador	0.467	
12	Perú	0.381	Bajo	12	República Dominicana	0.418	Bajo
13	Ecuador	0.335		13	Perú	0.410	
14	República Dominicana	0.311		14	Ecuador	0.397	
15	Paraguay	0.299		15	Paraguay	0.369	
16	Nicaragua	0.271		16	Bolivia	0.364	Muy bajo
17	Bolivia	0.200	Muy bajo	17	Nicaragua	0.313	
18	Honduras	0.168		18	Honduras	0.138	
19	Guatemala	0.000		19	Guatemala	0.000	

Fuente: Elaboración propia.

En 2009 y 2016, los países con mejores resultados en el índice, ubicados en el estrato de desempeño alto, fueron Canadá, Estados Unidos, Uruguay, Argentina, Chile y Brasil. En general, estos países presentaron alta presión al sistema, elevada cobertura, así como buenos resultados en la provisión de servicios de salud y protección del ingreso de las personas adultas mayores. Brasil es la excepción en cuanto a eficacia del sistema, ya que se ubicó en el estrato medio en ambos años.

Canadá, Estados Unidos, Uruguay, Argentina y Brasil mantuvieron su posición en los dos años analizados, mientras que, en 2016, Chile descendió al estrato de desempeño medio. Esta transición se relaciona con los cambios de estrato alto a medio que experimentó en los índices de presión y cobertura, así como su pérdida de posiciones dentro del estrato de eficacia media. Su descenso en el primero (presión) fue impulsado por la reducción de la tasa de desempleo y el crecimiento moderado del empleo en el sector servicios; su descenso en el segundo (cobertura) se debió a la mengua del gasto en salud y en protección social, así como a la disminución de la cobertura pensionaria, y en el tercero (eficacia), por el incremento de la participación laboral de las personas de 65 años o más.

Al segundo estrato, desempeño medio, pertenecían Costa Rica, Colombia, Panamá y México en 2009 y en 2016 Costa Rica, Colombia, Panamá, México y Chile. Estos países también formaban parte del estrato medio en el resto de los índices, salvo por Costa Rica, que estaba en el estrato alto de eficacia, y México, que ocupaba la primera posición en el estrato de cobertura baja y la segunda en el estrato de eficacia baja. Además de las salvedades anteriores se distingue Chile, que se incorporó por descenso en el segundo año, y cuyos factores asociados a la transición se expusieron con anterioridad.

“A partir de los índices de presión, cobertura y eficacia descritos anteriormente, se formó el Índice de Desempeño de los Sistemas de Seguridad Social (IDSS), con la intención de representar de manera agregada la situación de dichos sistemas en las Américas y visualizar la relevancia que tiene —en la valoración y el análisis de su capacidad para proteger a la población ante riesgos y vulnerabilidades— la interacción de factores como las condiciones demográficas y del mercado laboral o la estructura productiva, con el nivel de cobertura y la protección efectiva que brinda.”

Tabla 11. Transiciones en el Índice de Desempeño de los Sistemas de Seguridad Social, 2009 y 2016

País	Estrato		Transición
	2009	2016	
Chile	Alta	Media	▼
Ecuador	Baja	Muy baja	▼

Fuente: Elaboración propia.

El tercer estrato, desempeño bajo, estaba formado por El Salvador, Perú, Ecuador y República Dominicana en 2009, pero en 2016 salió Ecuador. La posición de los países en los índices de presión, cobertura y eficacia es ligeramente más variada que en el resto de los estratos y tuvo más transiciones. Así, Perú y Ecuador pertenecían al estrato de presión baja, República Dominicana al de presión media en ambos años y El Salvador pasó de baja a media. En cuanto a cobertura, República Dominicana y El Salvador transitaron de baja a muy baja, Perú se mantuvo en muy baja y Ecuador cambió de muy baja a baja. En eficacia, República Dominicana pertenecía al estrato muy bajo en ambos años, El Salvador y Perú estaban en el bajo, pero en 2016, El Salvador cambió a eficacia media, mientras que Ecuador pasó de muy baja a baja.

La única variación en la composición de este estrato, el descenso de Ecuador, se debe a la interacción de cambios con otros países, ya que si bien Ecuador tuvo mejoras en su cobertura, éstas no alcanzaron a compensar la mejor posición de República Dominicana en el índice de presión, debido a su aumento en la población urbana como

porcentaje de la población total y de personas adultas mayores.

El último estrato, desempeño muy bajo, incluía a Paraguay, Nicaragua, Bolivia, Honduras y Guatemala en 2009, y en 2016, a todos los anteriores más Ecuador. En general, los países que conforman este estrato se ubicaron en la misma categoría en los índices de presión, cobertura y eficacia. No obstante, Paraguay mejoró su posición de presión muy baja a baja por la mayor concentración de empleo en el sector servicios, Bolivia registró cobertura media en ambos años y Nicaragua transitó de eficacia muy baja a baja, gracias al descenso de la tasa de participación laboral de las personas de 65 años o más, y a la reducción de la mortalidad infantil, gasto de bolsillo y pobreza en personas adultas mayores.

En el Recuadro 3 se presentan los resultados del Índice de Desempeño Específico de los Sistemas de Seguridad Social (IDESSS), el cual incorpora el Índice de Presión Específica. Como se puede observar, los resultados presentan ordenamientos y agrupaciones similares a las que se obtienen con el IDSSS.



Recuadro 2. Índice de Desempeño Específico de los Sistemas de Seguridad Social, 2016

Posición	Desempeño específico		Presión específica		Cobertura		Eficacia		
1	Estados Unidos	1.000		Guatemala		Estados Unidos		Uruguay	
2	Uruguay	0.975	Alto	Bolivia	Alta	Argentina		Estados Unidos	
3	Brasil	0.872		Honduras		Brasil	Alta	Costa Rica	Alta
4	Argentina	0.846		Nicaragua		Uruguay		Argentina	
5	Costa Rica	0.790		Ecuador		Bolivia		Brasil	
6	Chile	0.788		Paraguay		Chile		Chile	
7	Colombia	0.654	Medio	Perú	Media	Colombia		Panamá	
8	Panamá	0.568		Panamá		Costa Rica	Media	Colombia	Media
9	México	0.542		El Salvador		México		El Salvador	
10	El Salvador	0.520		México		Panamá		Perú	
11	República Dominicana	0.414	Bajo	República Dominicana	Baja	Ecuador	Baja	México	
12	Ecuador	0.409		Colombia		El Salvador		Nicaragua	Baja
13	Perú	0.408		Argentina	Baja	Paraguay		Ecuador	
14	Paraguay	0.383		Costa Rica		Nicaragua		Paraguay	
15	Nicaragua	0.368		Chile		Perú		República Dominicana	
16	Bolivia	0.322	Muy bajo	Brasil	Muy baja	República Dominicana	Muy baja	Honduras	Muy baja
17	Honduras	0.133		Estados Unidos		Honduras		Bolivia	
18	Guatemala	0.000		Uruguay		Guatemala		Guatemala	

A partir de los índices de presión específica, cobertura y eficacia se formó el Índice de Desempeño Específico de los Sistemas de Seguridad Social (IDESSS), con la finalidad de contar con una medida que incorpore la influencia de factores como la informalidad laboral o la población rural en su desenvolvimiento general. Como se explicó con anterioridad, en el IPE no se incluyó a Canadá debido a la falta de información sobre informalidad laboral; esta limitación conllevó a que los índices de cobertura y eficacia se recalcularan para los 18 países restantes, con el objetivo de evitar distorsiones en el IDESSS derivadas del dato faltante de Canadá.

El IDESSS se dividió en cuatro estratos: alto, medio, bajo y muy bajo. Los países con mejores resultados en él, fueron Estados Unidos, Uruguay, Brasil y Argentina. En general, estos países se ubicaron en las posiciones con menor presión específica —excepto Argentina, que tenía presión baja— y mayor cobertura y eficacia. Es decir, son los casos en los que los indicadores relacionados con menor acceso a la seguridad social tuvieron, en general, los valores más bajos.

Al segundo estrato, desempeño específico medio, pertenecían Costa Rica, Chile, Colombia, Panamá y México. La posición de estos países en los índices de presión específica, cobertura y eficacia es relativamente diversa: Panamá, Colombia y México oscilaron entre el estrato medio y el bajo, mientras que Costa Rica y Chile lo hicieron entre el estrato medio y alto.

El tercer estrato, desempeño específico bajo, estaba conformado por El Salvador, República Dominicana y Ecuador. El Salvador se ubicó en el estrato medio del IPE y del IE, y en el bajo de cobertura; República Dominicana pertenecía al estrato bajo de cobertura y eficacia, y al de presión específica alta; finalmente, Ecuador estaba en el estrato muy bajo de cobertura y eficacia y en el de presión específica baja.

Por último, el estrato de desempeño específico muy bajo incluía a Perú, Paraguay, Nicaragua, Bolivia, Honduras y Guatemala. En general, estos países presentaban presión específica alta, así como cobertura y eficacia muy baja, excepto por Nicaragua y Perú que estaban en el estrato de eficacia baja y media, respectivamente.



A continuación, en la Tabla 12 se sintetiza el conjunto de índices elaborados para brindar un panorama de la seguridad social en los países americanos en 2016. Todos ellos se agruparon en cuatro estratos: alto, medio, bajo y muy bajo, y tienen un sentido positivo, en la medida que el valor se acerca a uno los resultados son mejores, salvo por el IPE que tiene un sentido contrario. Cabe señalar que en el IPE y en el IDESSS no se incluyó a Canadá debido a la falta de información sobre informalidad laboral.

La inspección de la tabla permite visualizar algunos elementos importantes tales como:

a) El cambio de posición y de estrato de los países, por ejemplo, Costa Rica se encuentra en

la novena posición en el IC y en el IE en la cuarta posición, lo cual indica que, pese a su cobertura de nivel medio, tiene buenos resultados en sus indicadores de eficacia.

- b) El flujo de los países entre el IP, que da cuenta del sistema de seguridad social desde las transformaciones sociodemográficas y de la estructura productiva que impulsaron el surgimiento de los primeros sistemas de seguridad social.
- c) El flujo de los países entre el IPE, que da cuenta del sistema de seguridad social desde un enfoque universal, entendiendo el IPE como una medida aproximada del grado de exclusión de la seguridad social.

Tabla 12. Resumen de resultados de los índices, 2016

IP				IPE				IC			
Posición	País	Puntaje	Estrato	Posición	País	Puntaje	Estrato	Posición	País	Puntaje	Estrato
1	Uruguay	1		1	Guatemala		1	1	Estados Unidos	1	
2	Canadá	0.985		2	Bolivia		0.889	2	Canadá	0.937	Alta
3	Argentina	0.920	Alta	3	Honduras	Alta	0.847	3	Argentina	0.906	
4	Estados Unidos	0.887		4	Nicaragua		0.727	4	Brasil	0.891	
5	Brasil	0.854		5	Ecuador		0.710	5	Uruguay	0.850	
6	Chile	0.765		6	Paraguay		0.664	6	Bolivia	0.721	Media
7	Costa Rica	0.714		7	Perú		0.655	7	Chile	0.707	
8	República Dominicana	0.667		8	Panamá	Media	0.551	8	Colombia	0.666	
9	Colombia	0.662	Media	9	El Salvador		0.461	9	Costa Rica	0.587	
10	México	0.445		10	México		0.374	10	México	0.554	
11	El Salvador	0.410		11	República Dominicana		0.356	11	Panamá	0.543	Baja
12	Panamá	0.404		12	Colombia		0.355	12	Ecuador	0.538	
13	Perú	0.374	Baja	13	Argentina	Baja	0.230	13	El Salvador	0.464	
14	Paraguay	0.303		14	Costa Rica		0.184	14	Paraguay	0.458	
15	Ecuador	0.272		15	Chile		0.165	15	Nicaragua	0.428	
16	Bolivia	0.232		16	Brasil		0.118	16	Perú	0.390	Muy baja
17	Honduras	0.183	Muy baja	17	Estados Unidos	Muy baja	0.062	17	República Dominicana	0.330	
18	Nicaragua	0.134		18	Uruguay		0	18	Honduras	0.092	
19	Guatemala	0		19	Guatemala			19	Guatemala	0	

Fuente: Elaboración propia.

IE				IDSSS				IDESSS			
----	--	--	--	-------	--	--	--	--------	--	--	--

Posición	País	Puntaje	Estrato	Posición	País	puntaje	Estrato	Posición	País	puntaje	Estrato
1	Canadá	1		1	Canadá	1		1	Estados Unidos	1	
2	Uruguay	0.953		2	Estados Unidos	0.964		2	Uruguay	0.975	
3	Estados Unidos	0.922	Alta	3	Uruguay	0.958	Alto	3	Brasil	0.872	Alto
4	Costa Rica	0.870		4	Argentina	0.885		4	Argentina	0.846	
5	Argentina	0.752		5	Brasil	0.855		5	Costa Rica	0.790	
6	Brasil	0.745		6	Chile	0.754		6	Chile	0.788	
7	Chile	0.730		7	Costa Rica	0.740		7	Colombia	0.654	Medio
8	Panamá	0.635	Media	8	Colombia	0.650	Medio	8	Panamá	0.568	
9	Colombia	0.566		9	Panamá	0.543		9	México	0.542	
10	El Salvador	0.487		10	México	0.477		10	El Salvador	0.520	
11	Perú	0.434		11	El Salvador	0.467		11	República Dominicana	0.414	Bajo
12	México	0.383	Baja	12	República Dominicana	0.418	Bajo	12	Ecuador	0.409	
13	Nicaragua	0.339		13	Perú	0.410		13	Perú	0.408	
14	Ecuador	0.333		14	Ecuador	0.397		14	Paraguay	0.383	
15	Paraguay	0.306		15	Paraguay	0.369		15	Nicaragua	0.368	
16	República Dominicana	0.233		16	Bolivia	0.364		16	Bolivia	0.322	Muy bajo
17	Honduras	0.131	Muy baja	17	Nicaragua	0.313	Muy bajo	17	Honduras	0.133	
18	Bolivia	0.073		18	Honduras	0.138		18	Guatemala	0	
19	Guatemala	0		19	Guatemala	0					

3.5.2. Correspondencia de los índices

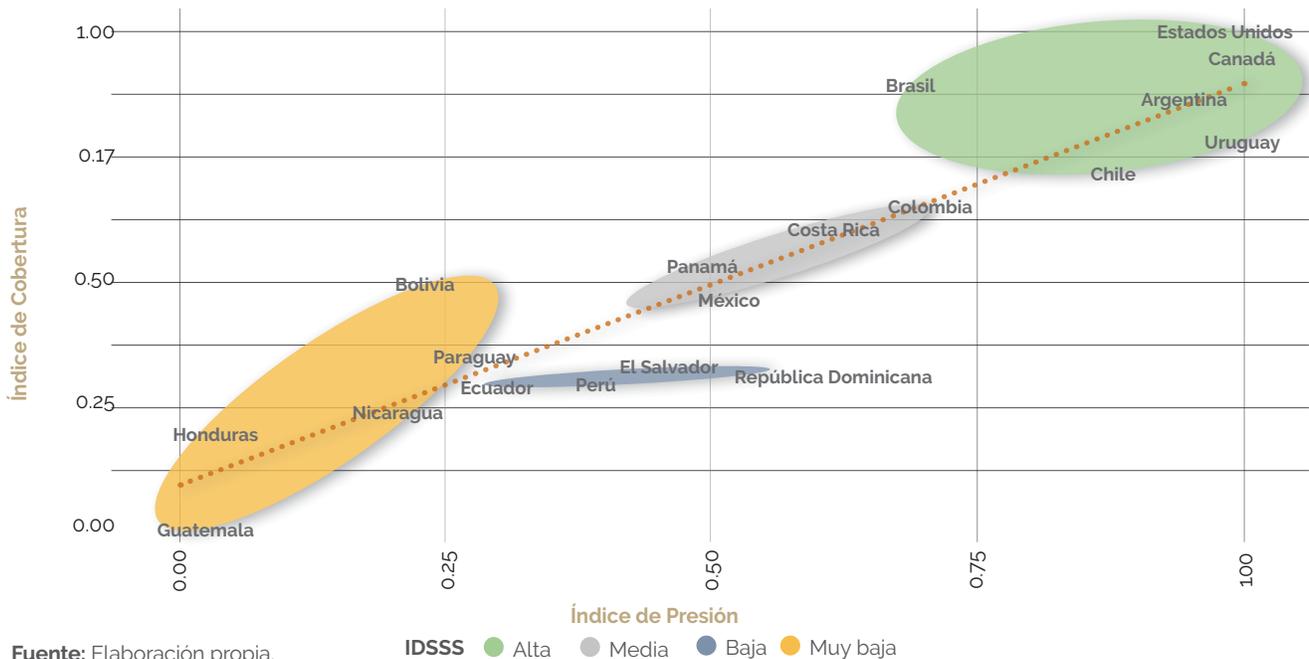
En la sección anterior se describieron los resultados del IDSSS y su correspondencia con los resultados en cada uno de los índices que lo componen; además, se señalaron algunas posibles explicaciones de las transiciones de países entre estratos. En esta parte, la exposición anterior se complementa con unas breves consideraciones sobre la consistencia entre los resultados de los índices de presión que se observaron y el de eficacia con relación al de cobertura.

La relación presión-cobertura da cuenta, parcialmente, de la capacidad de los sistemas de seguridad social para brindar protección a las personas ante las transformaciones demográficas, del mercado laboral y de la estructura productiva. Así, países con cobertura y presión altas pueden enfrentar retos para que las tendencias del nivel de protec-

ción persistan. En esta situación se encontraban, en 2016, Estados Unidos, Uruguay y Canadá, seguidos por Argentina y Brasil (ver Gráfica 21). En 2009, Chile pertenecía al grupo de países con estas características, pero bajó debido al incremento de personas en edad de jubilarse y a una disminución en la cobertura general y pensionaria del país (ver Gráfica 20).

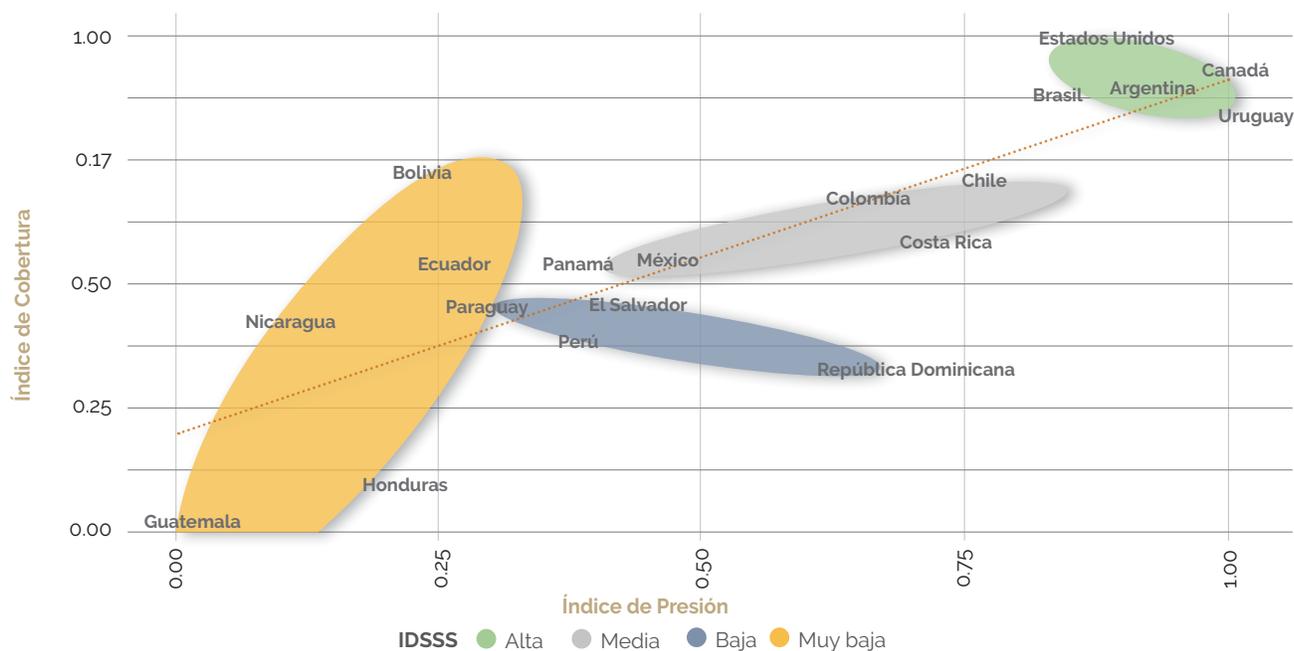
Asimismo, la conjunción de presión alta y cobertura baja apunta a que una fracción creciente de la población tendrá necesidad de protección mediante prestaciones de seguridad social y quedaría excluida de éstas si los esquemas actuales no buscan mecanismos para ampliar su cobertura. En 2009, República Dominicana, El Salvador y Nicaragua cumplían con esta descripción, pero en 2016 Nicaragua amplió su cobertura —en cada una de las variables consideradas en el índice— y pasó a tener alta cobertura en relación con su nivel de presión (ver gráficas 20 y 21).³³

Gráfica 20. Relación presión-cobertura, 2009



³³ Sin embargo, Nicaragua se ubicó en el estrato de cobertura muy baja. Esto implica que, aunque mejoró su nivel de cobertura, la magnitud del aumento no fue tan grande como para impulsar un cambio de estrato.

Gráfica 21. Relación presión-cobertura, 2016



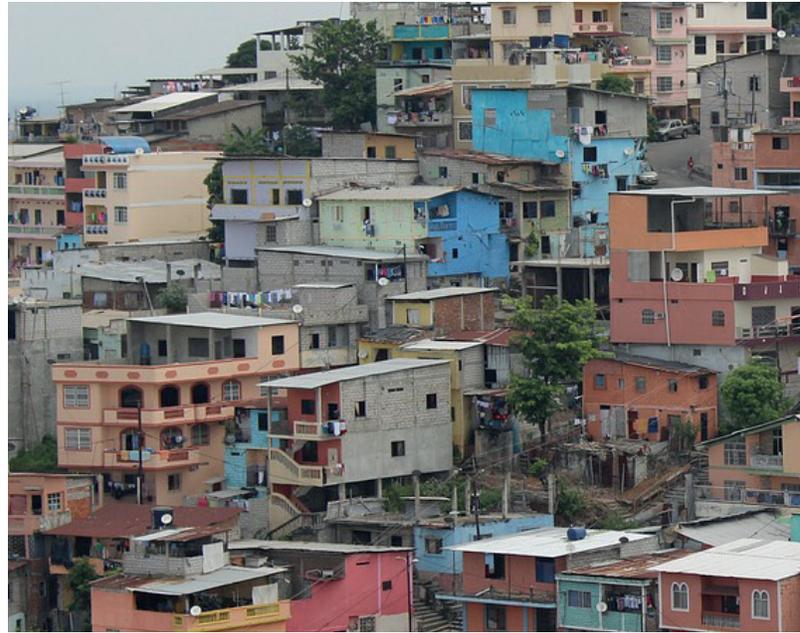
Fuente: Elaboración propia.

La alta cobertura en relación con el nivel de presión caracterizó a Bolivia y Paraguay en 2009, y a Bolivia, Ecuador, Paraguay y Nicaragua en 2016. Podría parecer que esta relación indica la escasa presencia de amenazas a la capacidad del sistema para continuar brindando protección a la misma proporción de personas en el futuro; sin embargo, habría que incorporar al análisis el nivel de eficacia. En este sentido, aunque Nicaragua, Paraguay, Ecuador y Bolivia hayan ampliado su cobertura, cabe recordar que estos mismos países están en el estrato de eficacia muy baja, lo cual puede indicar que sus beneficios no son adecuados para proteger a las personas ante riesgos sociales.

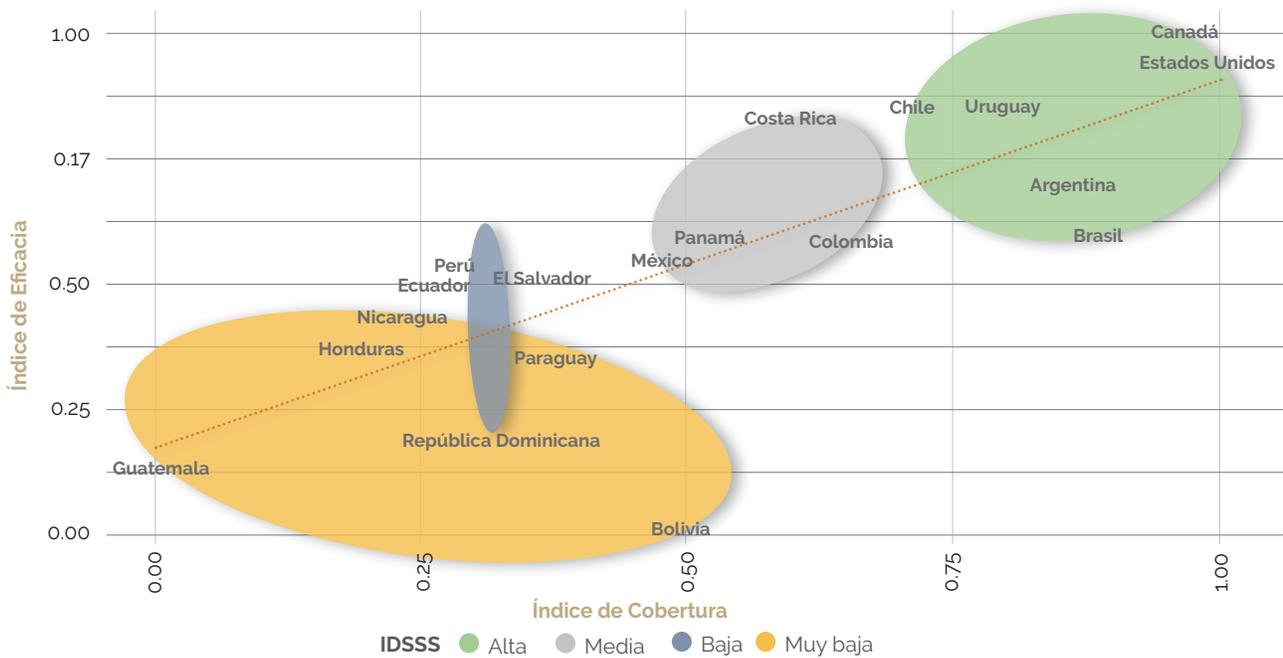
Así, la relación cobertura-eficacia muestra la suficiencia o la insuficiencia de los beneficios ofrecidos por los sistemas de seguridad social. La conjunción de eficacia baja y cobertura alta puede ser indicio de que los niveles de prestaciones

“ La conjunción de presión alta y cobertura baja apunta a que una fracción creciente de la población tendrá necesidad de protección mediante prestaciones de seguridad social y quedaría excluida de éstas si los esquemas actuales no buscan mecanismos para ampliar su cobertura. ”

que ofrecían los sistemas de seguridad social no eran suficientes para prevenir o mitigar la pobreza y vulnerabilidad de las personas. En 2009, el nivel de eficacia de Bolivia, Nicaragua, El Salvador, Ecuador y Perú era relativamente bajo en comparación con su cobertura, que se ubicaba en un nivel superior. En 2016, Bolivia y Ecuador se mantuvieron en un nivel de eficacia baja en relación con su cobertura (ver Gráfica 22). Si la eficacia es alta, pero la cobertura baja, eso significaría que los beneficios de la seguridad social son adecuados para evitar el empobrecimiento, pero que éstos no han llegado a buena parte de la población. Ése es el caso de Costa Rica en 2009 y 2016, y de Chile en 2009 (ver gráficas 22 y 23).



Gráfica 22. Relación cobertura-eficacia, 2009

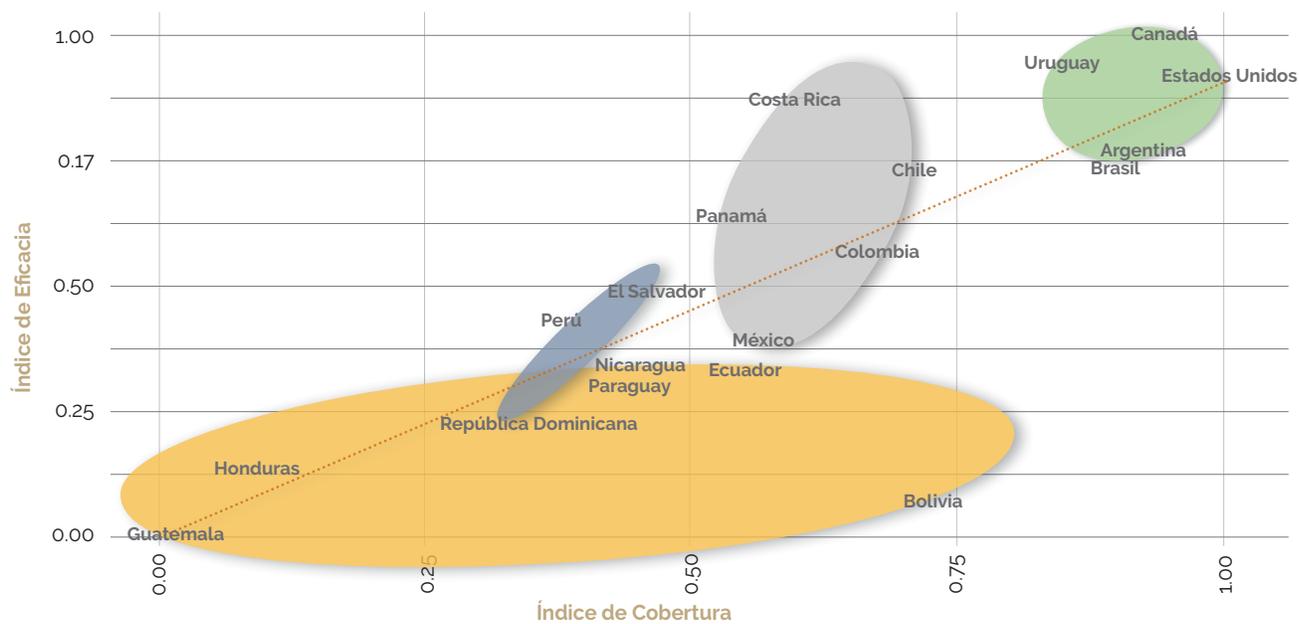


Fuente: Elaboración propia.



“La relación cobertura-eficacia muestra la suficiencia o la insuficiencia de los beneficios ofrecidos por los sistemas de seguridad social. La conjunción de eficacia baja y cobertura alta puede ser indicio de que los niveles de prestaciones que ofrecían los sistemas de seguridad social no eran suficientes para prevenir o mitigar la pobreza y vulnerabilidad de las personas.”

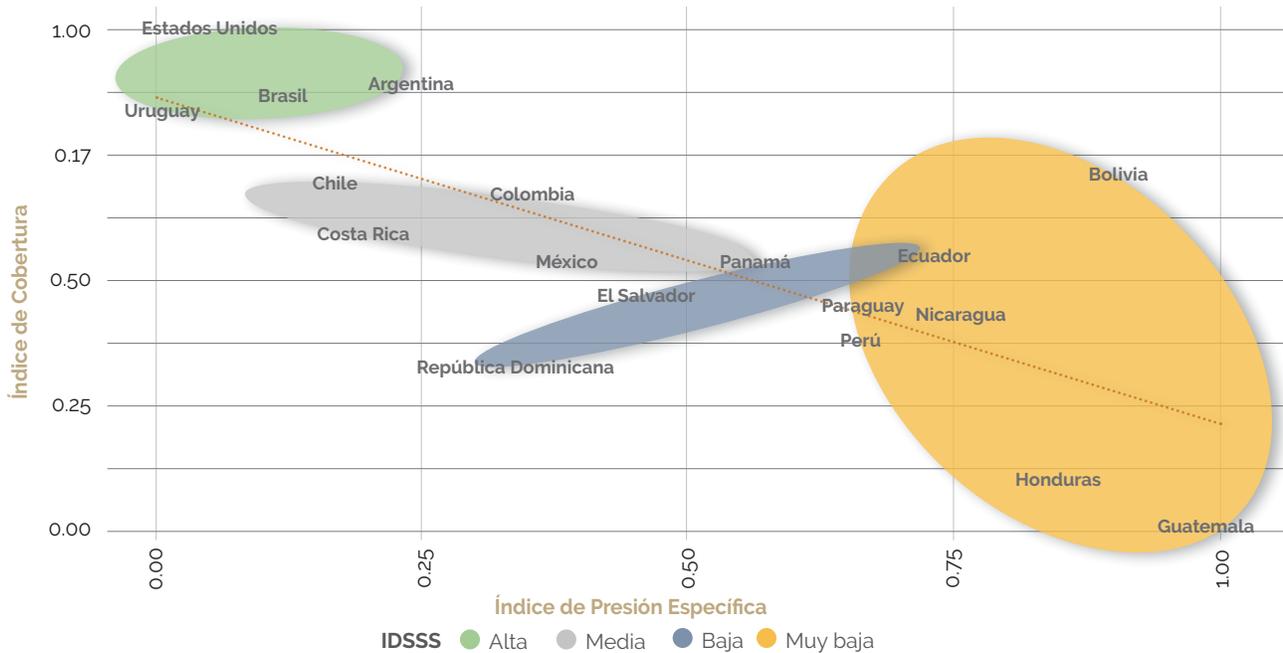
Gráfica 23. Relación cobertura-eficacia, 2016



Fuente: Elaboración propia.

IDSS ● Alta ● Media ● Baja ● Muy baja

Recuadro 3. Relación del IPE y cobertura, 2016



Fuente: Elaboración propia.

Las variables seleccionadas para el IPE permiten dar cuenta de las presiones que enfrentan los sistemas de seguridad social desde un enfoque de derechos, en el que todas las personas, durante cada una de las etapas de la vida, deben estar protegidas ante riesgos y contingencias sociales. En este sentido, en el IPE se incorporaron indicadores que buscan capturar, por un lado, la prevalencia de segmentos poblacionales, en general, excluidos de la seguridad social (contributiva) y, por el otro, el conjunto creciente de personas que requerirán ser integradas a algún esquema de seguridad social. A diferencia del IP, que se aproxima más a una medida del tipo de transformaciones demográficas, del mercado laboral y de la estructura productiva que impulsaron la fundación de los sistemas de seguridad social y la ampliación de su cobertura.

Debido a que el IPE y el IP reflejan dinámicas distintas —pero complementarias—, su relación con el Índice de Cobertura no es igual. Al comparar el IPE con el IC se observa, al contrario de lo que sucedía con el IP, una relación negativa, que advierte sobre las dificultades que enfrentan algunos países para ampliar la cobertura de la seguridad social hacia segmentos tradicionalmente excluidos de los esquemas contributivos, como los trabajadores informales o familiares y la población rural, así como para ampliar

los ya existentes ante el incremento de la población total y de la dependiente.

Entonces, los países que enfrentan las mayores dificultades para ampliar la cobertura y que, por lo tanto, exhiben presión específica alta y cobertura baja, se ubicarían en la parte inferior derecha de la gráfica de este recuadro. En esta situación se encontraban Guatemala, Honduras y Perú. En cambio, Estados Unidos, al igual que países latinoamericanos como México, Costa Rica, Chile, Colombia, Brasil y Argentina, presentaban cobertura alta y presión específica baja. En el caso de Estados Unidos, esto se relaciona con la escasa proporción de trabajadores informales, familiares y población rural; en el caso de los países latinoamericanos, esto puede estar asociado con esfuerzos para expandir la seguridad social, particularmente por medio de instrumentos no contributivos. Por ejemplo, en México, con la creación y crecimiento de programas de pensiones no contributivas desde 2007, y en Chile, con la reforma al régimen de pensiones de 2008 (ver Capítulo 6). El caso de Bolivia también es ilustrativo, pues a pesar de tener un porcentaje medio de población rural y de personas de 65 años o más, tiene una cobertura alta, en especial, en pensiones para personas adultas mayores, debido a la creación de una pensión universal, denominada Renta Dignidad.

3.5.3. El crecimiento de la cobertura

Para profundizar en la relación entre cobertura y eficacia, en esta sección se estudian las tendencias de la cobertura de pensiones que, como se expuso antes, tuvo un crecimiento notable entre 2000 y 2017. En particular, se analiza brevemente su evolución, desagregada en contributiva y no contributiva, y las tasas de reemplazo que ofrece cada uno de estos regímenes en Argentina, Bolivia, Brasil, Chile, Ecuador, México, Panamá, Paraguay y Uruguay. Esta desagregación de la cobertura permite identificar la importancia de cada uno de los componentes —de contribución directa y de contribución indirecta—, y la diferencia en los montos que brindan a sus beneficiarios. La selección de estos países se basa en dos razones:

- 1) Al finalizar el periodo cubrían a más del 50 % de su población, y en seis de esos países, el sistema otorgaba beneficios a más del 80 % de la población de 65 años o más.
- 2) Son los casos en los que hay estimaciones de las tasas de reemplazo para cada uno de los componentes.³⁴

Aunque las estimaciones de las tasas de reemplazo se basan en supuestos que no siempre

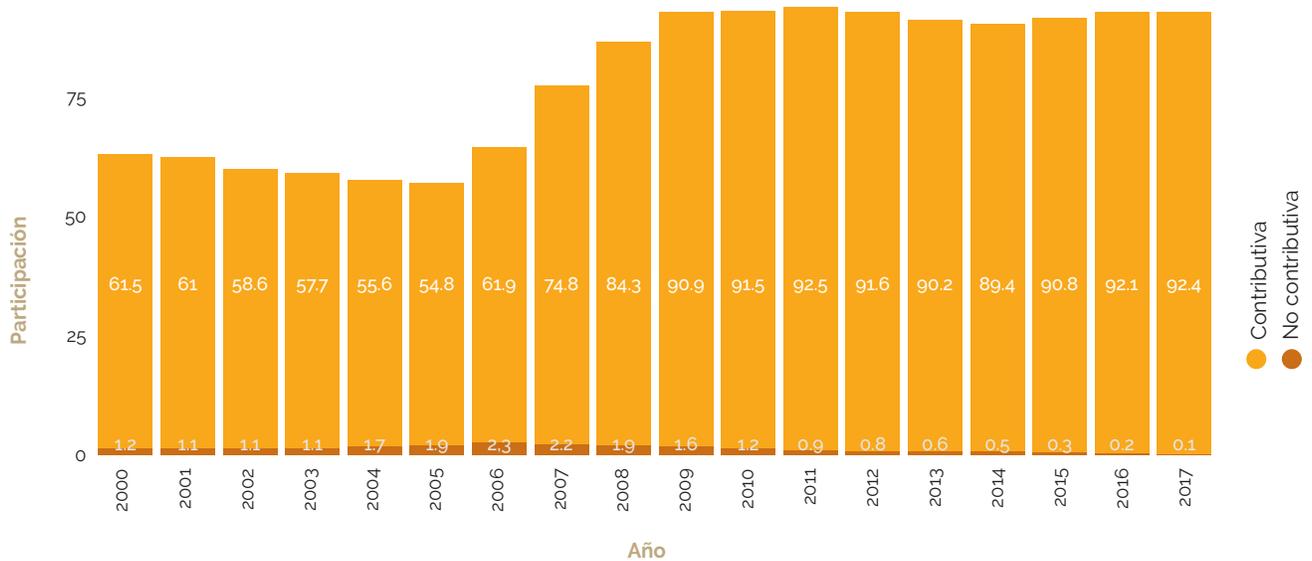
se cumplen en la realidad —por lo que los montos pueden ser mayores o menores a los presentados, dada, por ejemplo, la heterogeneidad en los historiales de cotización o las variaciones que puede haber en las pensiones no contributivas, particularmente cuando son programas gubernamentales que no están integrados a la legislación nacional—, permiten una aproximación al *nivel* de la cobertura de estas prestaciones.

Como se puede observar en las gráficas (24, 25, 26, 27 y 28), en cinco de estos nueve países (Argentina, Uruguay, Brasil, Chile y Bolivia), la cobertura del sistema de pensiones era mayor del 50 % y, salvo en el caso argentino, no creció sustancialmente entre 2000 y 2017. Por la composición de su cobertura, Bolivia se diferencia del resto, dado que su régimen no contributivo es el que otorga beneficios a un mayor número de personas (el 79.2 % de la población adulta mayor en su punto más bajo, en 2000). En contraste, en Argentina y Uruguay este componente tiene una muy baja cobertura y no presentó aumentos sustanciales en el periodo, por lo que no otorga beneficios ni al 10 % de la población de 65 años o más. Sin embargo, en Chile y Brasil hubo cierto crecimiento de la cobertura no contributiva, pero de no más de 7 puntos porcentuales entre 2000 y 2017.

³⁴ Corresponden a simulaciones elaboradas con las reglas y datos vigentes en 2015. En el caso de México, se simuló el beneficio que obtendrían las personas que se jubilen bajo el régimen de cuentas individuales y la tasa de reemplazo de las personas que reciben este tipo de pensión. Véase Álvaro Altamirano Montoya, *Presente y futuro de las pensiones en América Latina y el Caribe*, BID, 2018. Disponible en <https://publications.iadb.org/es/presente-y-futuro-de-las-pensiones-en-america-latina-y-el-caribe>

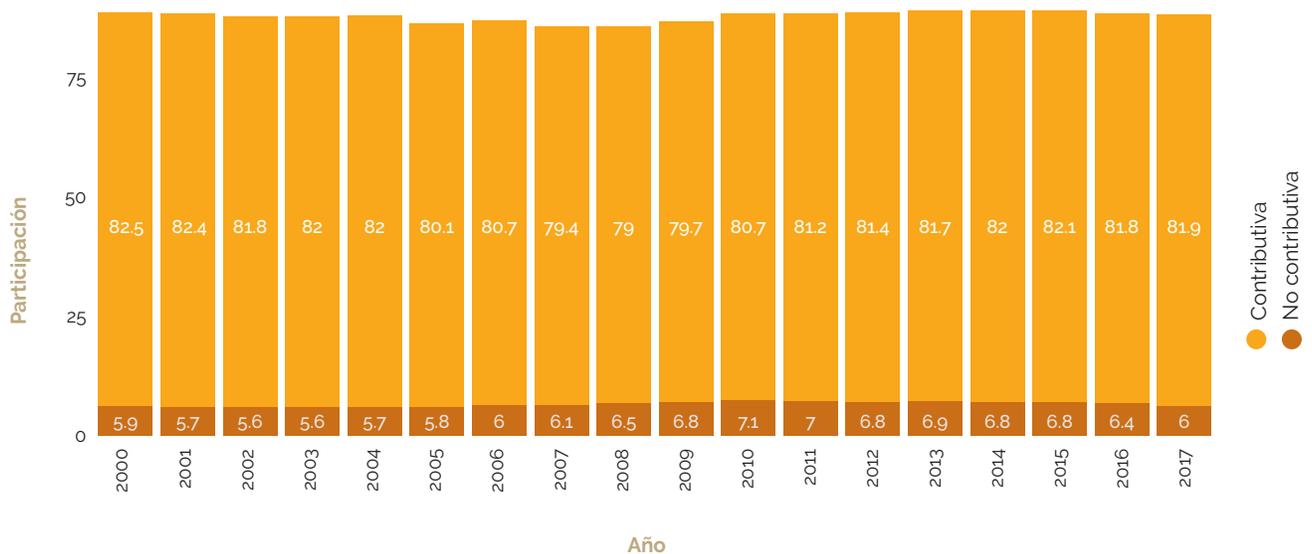


Gráfica 24. Porcentaje de personas de 65 años o más que reciben una pensión, 2000-2017: Argentina



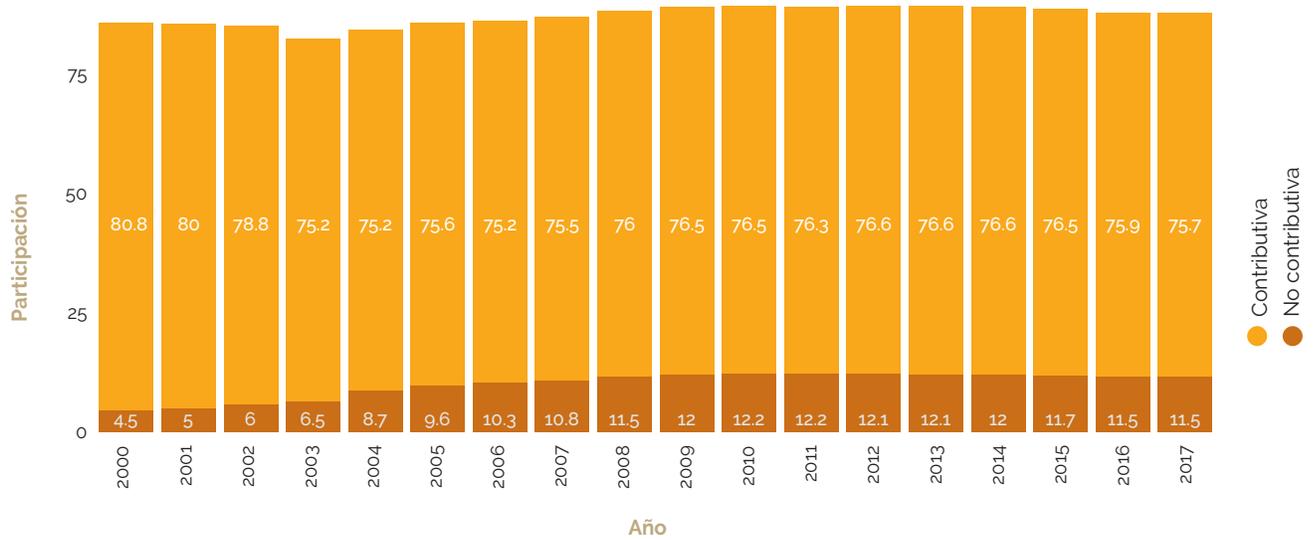
Fuente: Elaboración propia con información de Alberto Arenas de Mesa, *Los sistemas de pensiones en la encrucijada. Desafíos para la sostenibilidad en América Latina*, CEPAL, Santiago de Chile, 2019.

Gráfica 25. Porcentaje de personas de 65 años o más que reciben una pensión, 2000-2017: Uruguay



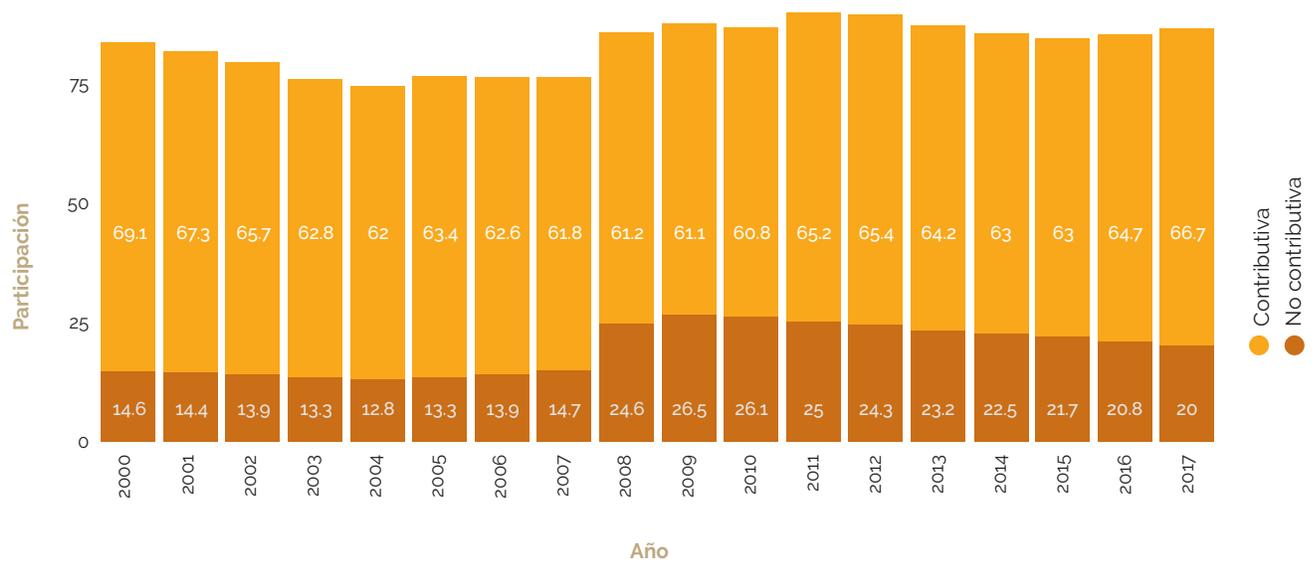
Fuente: Elaboración propia con información de Alberto Arenas de Mesa, *op. cit.*

Gráfica 26. Porcentaje de personas de 65 años o más que reciben una pensión, 2000-2017: Brasil



Fuente: Elaboración propia con información de Alberto Arenas de Mesa, *op. cit.*

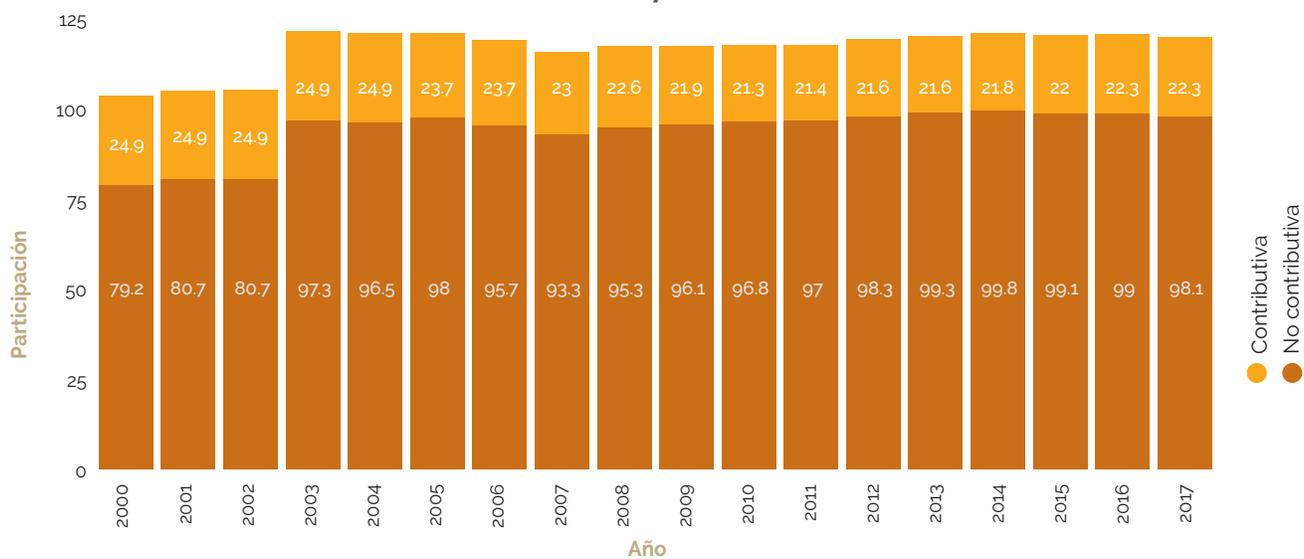
Gráfica 27. Porcentaje de personas de 65 años o más que reciben una pensión, 2000-2017: Chile



Fuente: Elaboración propia con información de Alberto Arenas de Mesa, *op. cit.*



Gráfica 28. Porcentaje de personas de 65 años o más que reciben una pensión, 2000-2017: Bolivia



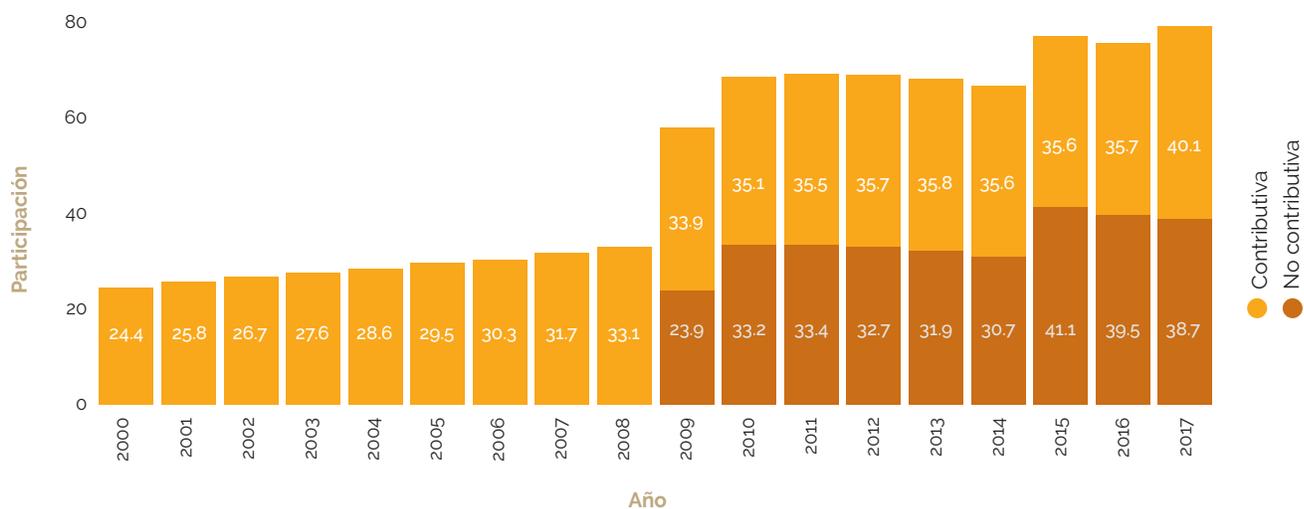
Fuente: Elaboración propia con información de Alberto Arenas de Mesa, *op. cit.*

En contraste, a principios del periodo, en Panamá, Ecuador, Paraguay y México la cobertura se ubicó entre el 12 % y el 24.4 % de la población adulta mayor, y en 2017 el sistema otorgó beneficios a entre el 58 % y el 81.6 % de la población de 65 años o más. En estos países, el crecimiento se debió principalmente a la expansión de los regímenes no contributivos. Salvo para el caso de Panamá, en 2017 la población que recibía beneficios de estos regímenes era mayor que la que recibía beneficios

de los componentes contributivos. Esta tendencia no se presentó sólo en estos países: según Alberto Arenas de Mesa, mientras que en 2000 las pensiones no contributivas otorgaban beneficios al 6.6 % de las personas que recibían algún tipo de pensión en 17 países de América Latina y el Caribe, en 2017 ya otorgaba beneficios al 27.8 %.³⁵ Es decir, el crecimiento en la cobertura de los sistemas de pensiones en el periodo se dio principalmente mediante mecanismos no contributivos.

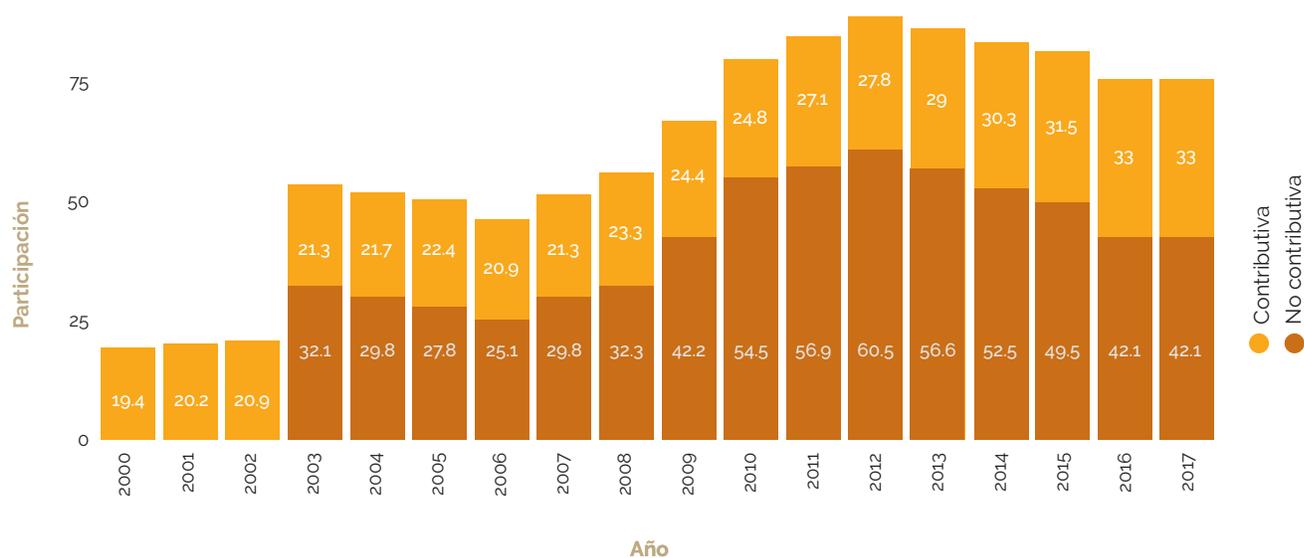
³⁵ Alberto Arenas de Mesa, *op. cit.*, p. 191.

Gráfica 29. Porcentaje de personas de 65 años o más que reciben una pensión, 2000-2017: Panamá



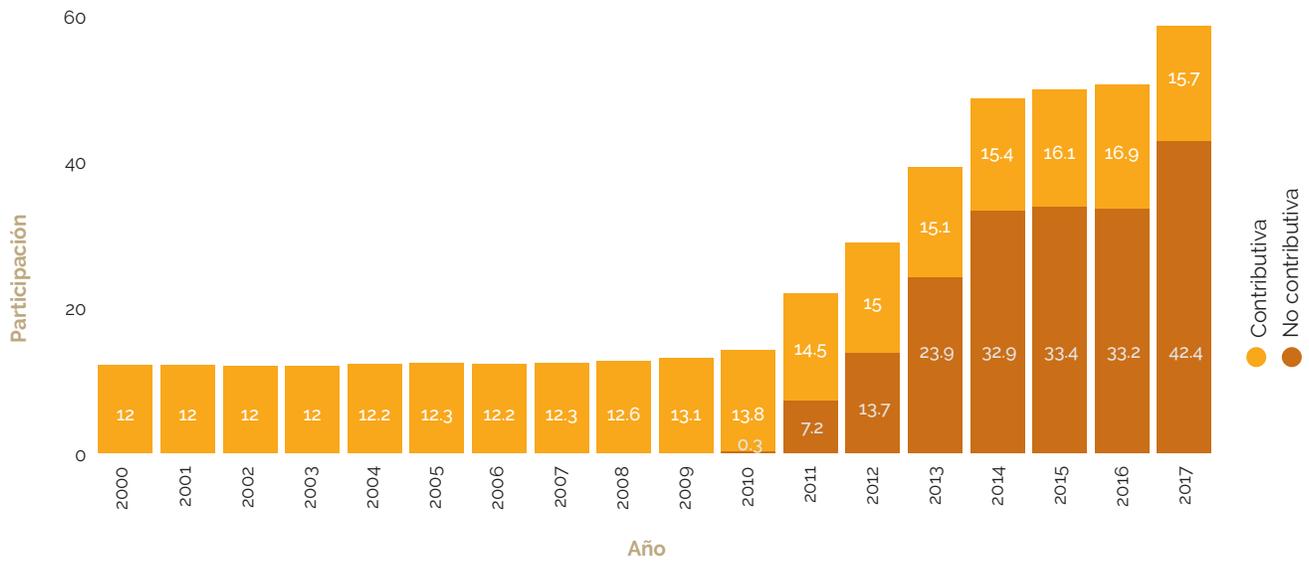
Fuente: Elaboración propia con información de Alberto Arenas de Mesa, *op. cit.*

Gráfica 30. Porcentaje de personas de 65 años o más que reciben una pensión, 2000-2017: Ecuador



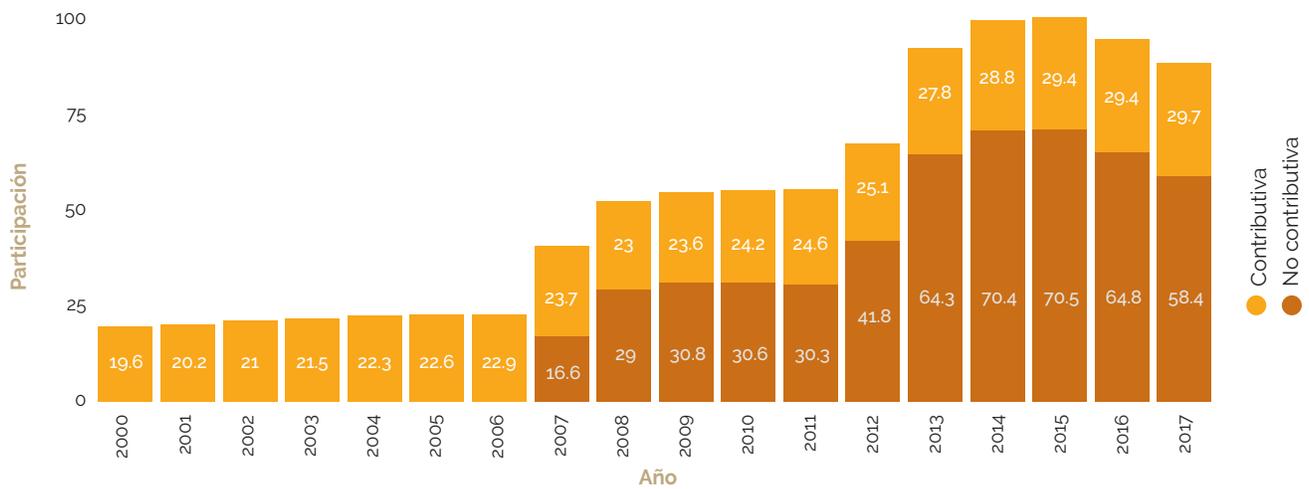
Fuente: Elaboración propia con información de Alberto Arenas de Mesa, *op. cit.*

Gráfica 31. Porcentaje de personas de 65 años o más que reciben una pensión, 2000-2017: Paraguay



Fuente: Elaboración propia con información de Alberto Arenas de Mesa, *op. cit.*

Gráfica 32. Porcentaje de personas de 65 años o más que reciben una pensión, 2000-2017: México



Fuente: Elaboración propia con información de Alberto Arenas de Mesa, *op. cit.*

“De los nueve países estudiados en esta sección, en donde las pensiones no contributivas tienen una mayor cobertura las tasas de informalidad laboral son más altas.”

Como se puede observar en la Tabla 13, de los nueve países estudiados en esta sección, en donde las pensiones no contributivas tienen una mayor cobertura las tasas de informalidad laboral son más altas. Destaca el caso de Bolivia, con una tasa de informalidad del 83.1 % y una cobertura no contributiva del 99 % de la población de 65 años o más, mientras que Uruguay, con una tasa de informalidad del 24.5 %, tiene una cobertura no contributiva del 6.4 %.

Tabla 13. Cobertura del sistema de pensiones en países de América Latina en 2016

País	Tasa de informalidad	Cobertura (porcentaje)			Tasas de reemplazo		
		No contributiva	Contributiva	Total	No contributiva	Contributiva	
						Beneficio definido	Contribución definida
Uruguay ¹	24.5	6.4	79.7	88.2	30.4	49	23
Chile	40.5	20.8	61.1	85.5	17.7	n. a.	38
Brasil	46	11.5	75.9	87.5	38	52 ³ 80 ⁴	n. a.
Argentina	47.2	0.2	92.1	92.3	35.2	80	n. a.
Panamá ¹	52.3	39.5	33.9	75.2	14.4	77	11
México ²	53.4	64.8	23.6	86.9	6.1	107	44
Ecuador	59	42.1	24.4	75.1	7.6	96	n. a.
Paraguay	70.6	33.2	13.1	50.1	14.3	98	n. a.
Bolivia	83.1	99	22.3	99	6.2	n. a.	31

Notas:

¹ Sistema mixto.

² Se simuló el beneficio que obtendrían las personas que se jubilen bajo el régimen de cuentas individuales y la tasa de reemplazo de las personas que reciben este tipo de pensión. Véase Álvaro Altamirano Montoya, *Presente y futuro de las pensiones en América Latina y el Caribe*, BID, 2018.

³ Causal por tiempo de cotización.

⁴ Causal por edad.

n. a.: No aplica.

Fuente: Elaboración propia con información de ILO, *Women and Men in the Informal Economy*, op. cit.; Alberto Arenas de Mesa, op. cit.; Álvaro Altamirano Montoya et al., op. cit.

Los datos de la Tabla 13 también permiten identificar las diferencias en el monto que otorga cada tipo de pensión, dado que presenta simulaciones de investigadores del BID sobre la tasa de reemplazo que otorgarían estos regímenes en 2015 con las reglamentaciones vigentes. En todos los casos, estas tasas —que indican el valor de la pensión respecto al último salario que obtuvieron las personas— son mayores en los regímenes contributivos que en los no contributivos: entre 1.4 y 17.5 veces más.

Sin embargo, la diferencia entre las tasas de reemplazo es menor en los países que tienen mayor cobertura contributiva. Por ejemplo, en Uruguay la tasa de reemplazo del régimen no contributivo es del 30.4 %, frente a un 72 % del régimen contributivo mixto —conformado por el 49 % del pilar de beneficio definido y el 23 % del de capitalización individual—, lo que implica una razón de 2.4. En contraste, en Ecuador la razón es de 12.6, dado que el componente no contributivo otorga una tasa del 7.6 % frente al 96 % del régimen contributivo de beneficio definido.

Así pues, la evidencia presentada en esta sección indica que entre 2000 y 2017:

- 1) Una parte importante del crecimiento de la cobertura del sistema de pensiones se dio por la creación y la expansión de pensiones no contributivas.
- 2) En los países en donde la tasa de informalidad es mayor, es donde más personas reciben beneficios de este tipo.
- 3) Los montos otorgados por los regímenes contributivos son notablemente mayores que los que otorgan las prestaciones no contributivas.
- 4) Donde las prestaciones no contributivas son más importantes es donde hay una mayor diferencia entre las tasas de reemplazo de ambos regímenes.

Esto permite entender mejor los casos en los que la cobertura es mayor que la eficacia, tal como se expuso en la sección anterior. Aunque el análisis se limitó a la prestación de pensiones para personas adultas mayores, aporta elementos valiosos para comprender mejor la situación de casos como los de Bolivia, Paraguay, Ecuador o México, que, como se pudo observar en la Gráfica 23, tienen un menor nivel de eficacia en comparación con su cobertura.

La información que aparece en esta sección contribuye a una mejor comprensión de los resultados de los índices. Aunque todo indica que hay una relación entre cobertura y eficacia, la segunda depende de los instrumentos mediante los que se amplía la primera, pues los de tipo no contributivo ofrecen niveles notablemente menores de protección; algo que resulta grave, en especial si se considera que son el componente principal de varios sistemas de la región.

Ahora bien, si se consideran los altos niveles de empleo informal que imperan en los países donde la cobertura no contributiva es mayoritaria, pueden entenderse también las limitaciones que impone la estructura del mercado laboral en los sistemas. Por ello, las tendencias recientes a la ampliación de la cobertura mediante esquemas no contributivos es un avance sustancial en el camino a la universalización, aunque reproduce la contradicción, ya apuntada, entre el reconocimiento de la seguridad social como un derecho humano y su estrecha relación con la situación laboral.

“ En todos los casos, las tasas de reemplazo —que indican el valor de la pensión respecto al último salario que obtuvieron las personas— son mayores en los regímenes contributivos que en los no contributivos: entre 1.4 y 17.5 veces más. ”



En este capítulo se aportaron elementos para responder en qué medida los sistemas de seguridad social del continente proveen de bienestar a la población, es decir, protección del ingreso y provisión de servicios de salud. Para ello, se elaboraron varios índices: el IP, el IPE, el IC, el IE, el IDSSS y el IDESSS, a partir de los cuales se derivan algunas conclusiones.

Es necesario que las instituciones de seguridad social, las oficinas nacionales de estadísticas, los organismos internacionales, las universidades y los centros de investigación colaboren en el desarrollo de indicadores comparables sobre seguridad social en el continente, y que recolecten, sistematicen y difundan esta información, dado que actualmente hay limitaciones serias en la información disponible. Como se expuso en este capítulo, la falta de información actualizada y comparable impidió una mejor aproximación a factores relacionados con una alta exclusión de la seguridad social.

Para los fines del ISSBA, lo anterior representó un problema analítico; sin embargo, es sobre todo un obstáculo para conseguir la garantía universal del derecho humano a la seguridad social, dado que impide elaborar diagnósticos certeros y comparables sobre los grupos que han permanecido excluidos a lo largo de la historia del acceso a la seguridad social: personas que trabajan en el sector informal, que desempeñan un trabajo no remunerado, etc. En este sentido, es urgente

que actores relevantes como los mencionados emprendan acciones para generar información comparable y actualizada. Este llamado es similar al que hizo recientemente la CEPAL en torno a la necesidad de desarrollar las capacidades de los sistemas de información estadística de la región para monitorear el avance de la Agenda 2030. De todos modos, conviene hacer hincapié en que esta falta de información no es privativa de la región de América Latina y el Caribe, ya que hasta la fecha tampoco hay estimaciones sobre el tamaño del empleo informal en Canadá y apenas hay una observación para Estados Unidos (la cual sugiere que el problema en ese país no es menor: aproximadamente una de cada cinco personas trabajaba en la informalidad).

En el periodo de estudio crecieron la presión, la cobertura y la eficacia. En general, aumentaron los indicadores laborales, demográficos y sociales vinculados a una mayor presión para que los sistemas de seguridad social incrementen su cobertura. Esta tendencia se presentó sobre todo en los países que al principio del periodo tenían niveles medios, moderados y bajos, mientras que en los que tenían niveles altos, la tendencia general fue a la estabilidad o crecimiento moderado. Los cambios en la presión proporcionan un punto de referencia para comparar los cambios de la cobertura.

La información presentada en el capítulo sugiere una relación entre el crecimiento de la



presión y el de la cobertura. La revisión histórica de los capítulos previos indica que, de distintas maneras, las instituciones políticas, económicas y sociales permitieron procesar las necesidades de protección del ingreso y provisión de servicios médicos, de tal suerte que se amplió la cobertura para responder a la estructura de los riesgos sociales, al menos los capturados en el IP. Sin embargo, esto no es un proceso automático, en el sentido de que no necesariamente un crecimiento en la presión conduce a un crecimiento de la cobertura, como lo dejaron claro algunos casos en los que no sucedió así.

El IPE complementa estos hallazgos, en tanto confirma una alta exclusión de la seguridad social en países con alta población rural, trabajadores familiares, dependencia demográfica, informalidad laboral y crecimiento poblacional. Es decir, aunque la tendencia general en los países estudiados fue a ampliar la cobertura, ésta ha tenido límites importantes en países con las características mencionadas. Esto comprueba la persistencia de una fuerte relación entre el acceso a la seguridad social y la condición laboral de las personas. En otras pala-

bras, da cuenta de la continuidad de la contradicción que ha estado presente en la base del desarrollo de la seguridad social en el largo siglo XX.

A pesar de estas limitaciones, hubo un incremento general en los indicadores de eficacia. Al compararlos con el IC, se encontraron elementos que sugieren una relación entre la cobertura y la eficacia. Es decir, la eficacia aumentó en los países en los que creció también la cobertura; sin embargo, esta relación tampoco es automática.

Así, en términos generales, la relación entre presión, cobertura y eficacia de los sistemas de seguridad social indica que, a mayor presión (la capturada en el IP, por lo menos), tenderá a haber mayor cobertura, y, a su vez, que a mayor cobertura tenderá a haber también mayor eficacia.

Pese a las diversas limitaciones de la información disponible, se presentó una aproximación a los vínculos entre cobertura y eficacia con base en datos de los países en los que el sistema de pensiones cubrió a más de la mitad de la población en 2017. Esto dejó en claro que, en las últimas dos décadas, el crecimiento de la cobertura se dio principalmente mediante las pensiones no



contributivas. Además, éstas son las responsables de la mayor parte de la cobertura del sistema en los países donde hay alta presencia de informalidad laboral. También que las pensiones contributivas otorgan mayores tasas de reemplazo que las que garantizan los esquemas no contributivos. Es decir, confirmó que el aumento de la cobertura también significó el establecimiento e institucionalización de sistemas duales, con mayores beneficios para las personas con trabajo formal y menores niveles de protección para quienes acceden a prestaciones no contributivas. Así, aunque hubo avances en la solución de la contradicción entre la seguridad social como derecho humano y un acceso basado principalmente en la condición laboral, éstos fueron limitados dados los problemas de inclusión en países con puntajes altos en el IPE y por el acceso desigual que se ha institucionalizado en los últimos años.

El análisis de las tendencias recientes en la prestación de pensiones para personas adultas mayores permitió comprender mejor las tendencias de los índices y, en cierta medida, entender los casos en los que la eficacia era menor de lo

que se esperaría dada la extensión de la cobertura. Sin embargo, con la información y técnicas empleadas en este capítulo no se pueden identificar los mecanismos que vinculan a las dos dimensiones, por lo que en los siguientes capítulos se presentan casos de estudio cualitativo con el objetivo de revisar el desarrollo histórico de los sistemas de seguridad social de cuatro países (Uruguay, Chile, Nicaragua y República Dominicana) y sus reformas más recientes, así como los mecanismos que, por un lado, han llevado a una ampliación de la cobertura y, por el otro, a una mejora en la eficacia.

Antes de pasar a estos cuatro casos de estudio, se presenta un análisis general de la historia y características de los sistemas de seguridad social en los países de la Comunidad del Caribe. Como se expuso en la introducción de este documento, no se incluyeron estos países por la falta de datos disponibles y actualizados, por lo que, para tratar de aminorar esta deficiencia, se ofrece un breve estudio de caso sobre los sistemas de seguridad social de la región caribeña, para después pasar a los cuatro estudios a profundidad.



Presentación

a los casos de estudio

El análisis presentado en el Capítulo 3 permitió identificar algunas tendencias generales de los países seleccionados, como un incremento de los factores sociales, demográficos y laborales que presionan para ampliar la cobertura de los sistemas de seguridad social, al que siguió, en la mayoría de los casos, un crecimiento de la cobertura de salud y pensiones. Esto, a su vez, se acompañó de un aumento en la eficacia de los sistemas para proteger el ingreso y brindar asistencia médica.

Sin embargo, también se identificó que en algunos países no se dieron estos cambios: al aumento de la presión no le siguió un crecimiento de la cobertura o al incremento de la cobertura no le acompañó una mejora de la eficacia. Esto indica que las relaciones entre estas dimensiones tienen algún grado de interdependencia y que de igual manera se ven afectadas por factores y procesos contingentes, que se pueden estudiar mejor con una aproximación cualitativa.

Así pues, se eligieron cuatro casos de estudio para un análisis más detallado que permitiera, por un lado, una aproximación a los mecanismos que relacionan estas dimensiones y, por el

otro, un estudio más minucioso del sistema de seguridad social de cada país seleccionado —no sólo de sus prestaciones por vejez y de asistencia a la salud—, así como de las particularidades históricas, políticas, sociales y económicas que les dieron forma y sentido.

Aquí se enuncian los criterios para la selección de los cuatro casos derivados del análisis cuantitativo presentado en este informe. El primero fue considerar un país de cada uno de los grupos identificados mediante la estratificación del Índice de Desempeño de los Sistemas de Seguridad Social (IDSSS) en 2016, el cual contiene la información más reciente y agrega las 12 variables estudiadas.

El segundo criterio fue la identificación de casos relevantes para el estudio de los mecanismos que condujeron a una ampliación de la cobertura y de la eficacia. En este sentido, la estrategia consistió en analizar los cambios en los indicadores que componen los índices de presión, cobertura y eficacia. En la Tabla 14 se presentan los cambios porcentuales entre 2009 y 2016. En los recuadros, se destacan los cuatro casos seleccionados y las razones para ello.

Tabla 14. Cambios porcentuales en las variables estudiadas, 2009 y 2016

País	Población urbana	Población de 65 años o más	Porcentaje de desempleo	Empleo en servicios	Partos atendidos
Canadá	0.5	2.6	-1.3	1.2	-0.8
Estados Unidos	1.3	2.3	-4.4	0.1	-0.2
Uruguay	0.9	0.7	0.1	4.4	0.3
Argentina	0.9	0.7	-1.0	2.4	1.9
Brasil	2.0	1.7	3.1	6.7	0.1
Chile	0.4	1.7	-4.6	2.7	-0.1
Costa Rica	7.2	1.9	0.9	0.6	-1.1
Colombia	2.5	1.5	-3.4	1.7	0.6
Panamá	2.2	1.1	-3.2	4.2	-1.7
México	2.1	0.8	-1.5	-0.8	-1.0
El Salvador	5.9	1.0	-2.9	2.7	14.6
República Dominicana	6.9	0.9	1.8	2.3	2.9
Perú	1.3	1.5	-0.4	2.1	9.9
Ecuador	1.0	0.9	0.0	0.0	25.9
Paraguay	2.1	0.9	-0.2	7.0	-2.4
Bolivia	2.8	0.9	0.6	0.2	31.6
Nicaragua	1.4	0.4	-1.3	0.2	15.3
Honduras	4.6	0.5	3.4	5.4	4.9
Guatemala	2.2	0.3	-0.4	5.2	20.8

Fuente: Elaboración propia con información de la base de datos construida para el análisis del ISSBA.

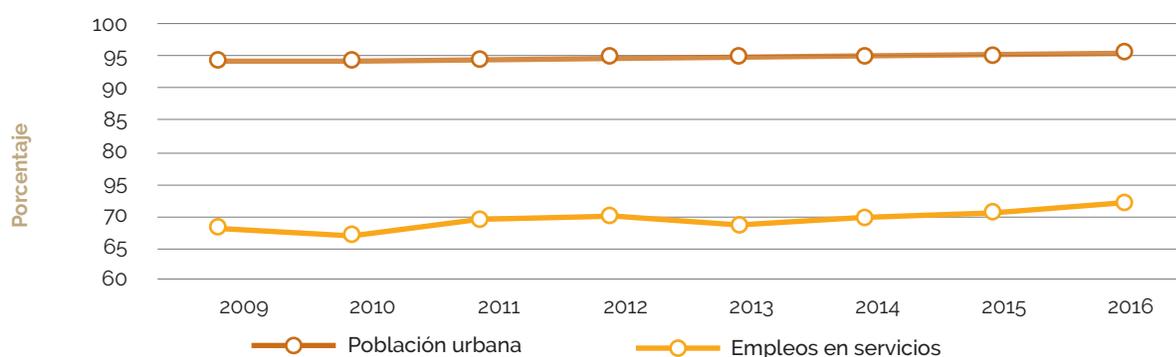
Nota: Los valores corresponden a la variación en puntos porcentuales del valor del indicador en 2016 menos su valor en 2009

Cobertura de pensiones	Gasto del gobierno en salud	Gasto público en protección Social	Participación laboral 65 años o más	Tasa de mortalidad infantil	Gasto de bolsillo	Población de 65 años o más en pobreza
-2.3	0.0	0.6	3.2	-0.5	-0.1	-0.9
-2.1	0.7	-0.1	2.1	-0.6	-1.5	0.4
1.7	1.3	0.9	-1.8	-2.4	-3.2	-1.3
-0.1	-0.1	2.7	0.3	-3.6	-7.5	-3.1
-0.9	0.2	1.9	-8.1	-2.9	-3.8	-2.1
-2.1	0.8	-1.1	5.1	-1.0	-1.1	-10.0
-0.5	-0.1	0.8	-2.0	-1.1	-5.1	-11.3
20.2	-0.3	0.5	3.1	-3.2	-1.7	-11.5
17.4	0.0	0.0	7.9	-3.5	4.8	-6.2
32.5	0.1	0.7	-0.7	-3.1	-6.1	-1.0
4.3	0.8	0.5	-2.7	-4.6	-4.0	-8.1
-0.1	0.5	-0.4	3.7	-3.1	1.9	-14.9
23.0	0.7	-0.6	-1.6	-4.4	-12.3	-4.7
8.5	1.6	-0.2	3.4	-3.7	-11.5	-11.6
37.0	1.0	1.5	-4.8	-4.1	-0.7	-3.3
2.9	1.1	-1.0	-4.1	-10.6	-5.0	1.8
14.3	1.7	0.0	-7.0	-2.1	-6.6	-15.5
2.1	-0.6	0.1	-5.6	-4.7	3.5	3.9
11.7	-0.1	0.0	1.2	-6.3	-2.8	9.3

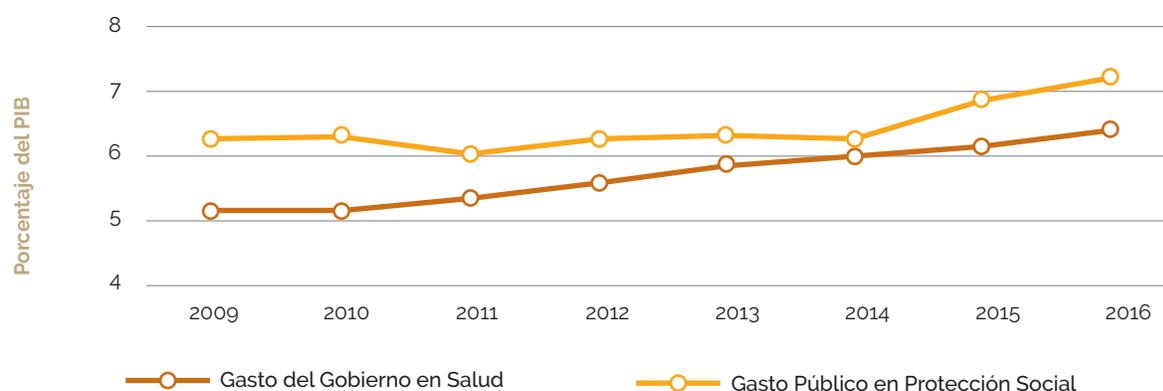
Recuadro 4. Tendencias en los indicadores para Uruguay, 2009-2016

En primer lugar está Uruguay, cuyos indicadores de presión, cobertura y eficacia crecieron en los años de estudio —como se observa en las gráficas de este recuadro— y que en 2016 se encontró en el estrato de desempeño alto. Hubo crecimientos marginales de la población urbana, de 65 años o más, del empleo en servicios y del desempleo. Además, en cuanto a los indicadores que corresponden al IPE, tuvo el nivel más bajo de informalidad laboral (24,5 %) y de crecimiento poblacional (0,4 %) de los países latinoamericanos, y el segundo porcentaje más bajo de traba-

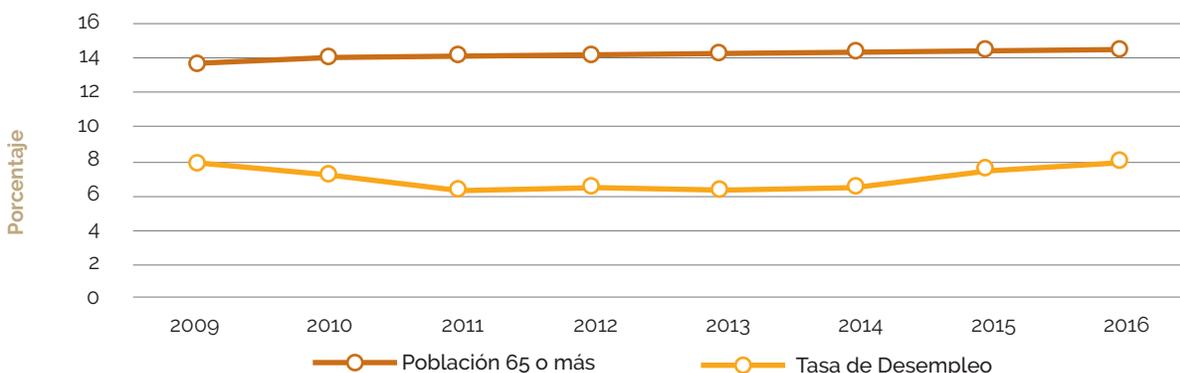
adores familiares que contribuyen (0,8 %), pero una razón de dependencia demográfica de 55,1. Es decir que, en general, la presencia de factores asociados con la exclusión de la seguridad social es baja. En consecuencia, registró altos niveles en los indicadores de cobertura, los cuales presentaron aumentos, aunque marginales, en el ámbito de pensiones y, de mayor magnitud, en el gasto del gobierno en salud y del gasto público en protección social, así como estabilidad en los partos atendidos por personal capacitado (con una cobertura del 100 %). En tanto, disminuyeron la participación laboral de la población de 65 años o más, la pobreza de las personas de este grupo de edad, el gasto de bolsillo y la mortalidad infantil.



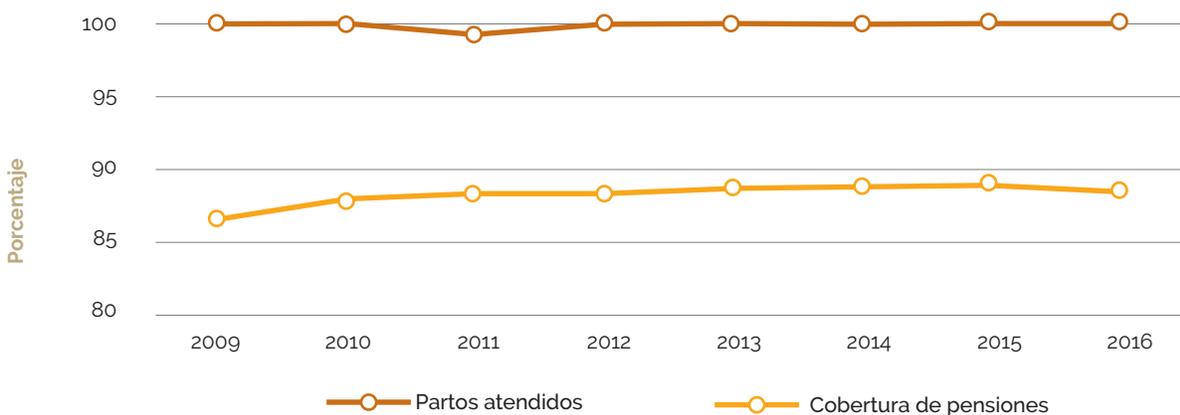
Fuente: Elaboración propia con información del Banco Mundial, "Población urbana (% de la población total)", *Banco de Datos*, 2020. Disponible en <https://datos.bancomundial.org/indicador/SP.URB.TOTL.IN.ZS>. Banco Mundial, "Empleos en servicios (% del total de empleos)", *Banco de Datos*, 2020. Disponible en <https://datos.bancomundial.org/indicador/SL.SRV.EMPL.ZS>.



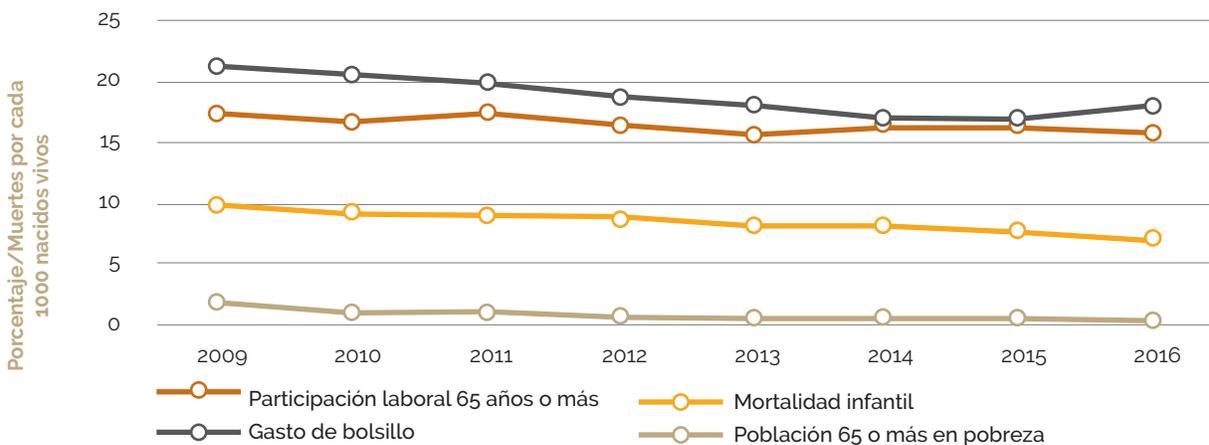
Fuente: Elaboración propia con información del Banco Mundial, "Gasto interno en salud del gobierno general (% del PIB)", *Banco de Datos*, 2020. Disponible en <https://data.worldbank.org/indicador/SH.XPD.GHED.GD.ZS>. CEPAL, "Gasto público según clasificación por funciones del gobierno (en porcentajes del PIB)", 2020. Disponible en <https://cepalstat-prod.cepal.org/cepalstat/tabulador/ConsultaIntegrada.asp?idIndicador=3127&idioma=e>.



Fuente: Elaboración propia con información del Banco Mundial, "Población de 65 años y más (% del total)", *Banco de Datos*, 2020. Disponible en <https://datos.bancomundial.org/indicador/SP.POP.65UP.TO.ZS>. OIT, "Tasa de desempleo por sexo y edad (%) anual", ILOSTAT, 2020. Disponible en https://www.ilo.org/shinyapps/bulkexplorer31/?lang=en&segment=indicator&id=UNE_DEAP_SEX_AGE_RT_A.



Fuente: Elaboración propia con información del Repositorio de datos del Observatorio Mundial de Salud, "Partos atendidos por personal entrenado". Disponible en <https://apps.who.int/gho/data/view.main.GSWCAH02v>. Alberto Arenas de Mesa, *Los sistemas de pensiones en la encrucijada. Desafíos para la sostenibilidad en América Latina*, Santiago de Chile, 2019.

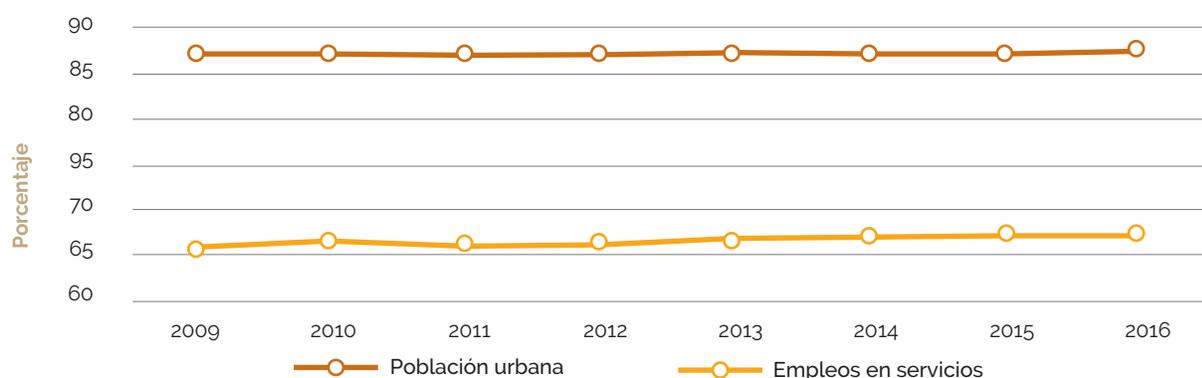


Fuente: Elaboración propia con información del Banco Mundial, "Tasa de mortalidad infantil", Indicadores de Desarrollo del Banco Mundial, 2000-2018. Disponible en <https://databank.bancomundial.org/source/world-development-indicators>. Banco Mundial, "Out-of-pocket expenditure (% of current health expenditure)", Indicadores de Desarrollo del Banco Mundial, 2000-2018. Disponible en <https://data.worldbank.org/indicador/SH.XPD.OOPC.CH.ZS>. CEPAL, "Población en situación de pobreza extrema y pobreza según edad, sexo y área geográfica", CEPALSTAT, 2020. Disponible en <https://cepalstat-prod.cepal.org/cepalstat/tabulador/ConsultaIntegrada.asp?idIndicador=3341&idioma=e>. OIT, "Labour Force Participation rate by sex and age (%)-Annual", ILOSTAT, 2020. Disponible en https://www.ilo.org/shinyapps/bulkexplorer15/?lang=en&segment=indicator&id=EAP_DWAP_SEX_AGE_RT_A.

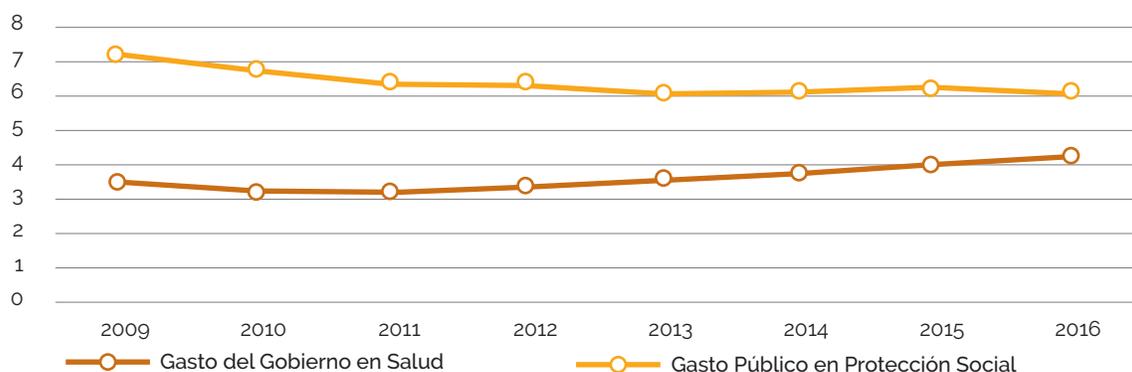
Recuadro 5. Tendencias en los indicadores para Chile, 2009-2016

Otro caso es el de Chile, que se ubicó en el estrato de desempeño medio en 2016. De manera similar a Uruguay, fundó su sistema de seguridad social en las primeras décadas del siglo XX. Además, tiene altos niveles de población urbana, adulta mayor y empleo en servicios, y presentó un descenso en la tasa de desempleo. En cuanto al IPE, se puede mencionar que es el tercer país con menores tasas de informalidad laboral (40.5 %), trabajadores familiares (1.2 %) y dependencia demográfica (45.3 %), pero con una tasa media de crecimiento poblacional respecto de los demás países estudiados (1.3 %).

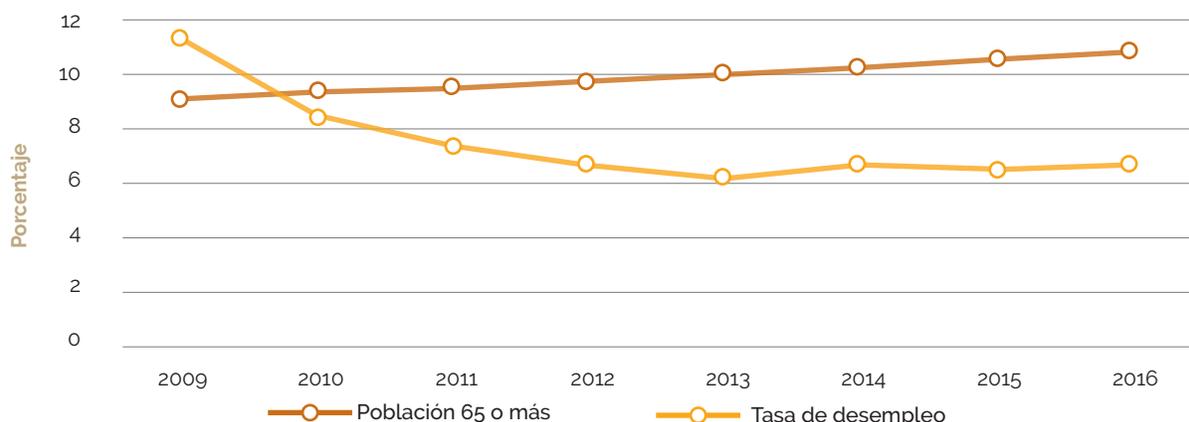
En otras palabras, tuvo una presencia relativamente baja de factores asociados con la exclusión de la seguridad social. Sin embargo, disminuyeron su cobertura de pensiones y su gasto en protección social, pero incrementó su gasto en salud, y los partos atendidos por personal capacitado continuaron muy cercanos al 100 %. El gasto de bolsillo permaneció prácticamente sin modificaciones, así como la mortalidad infantil. Se registró un crecimiento de la participación laboral de las personas mayores, y sólo hubo un descenso en el indicador de la población de 65 años o más en condición de pobreza. Es decir, a pesar de tener factores que impulsan a una mayor cobertura, ésta descendió en algunos ámbitos, y casi no aumentó la eficacia.



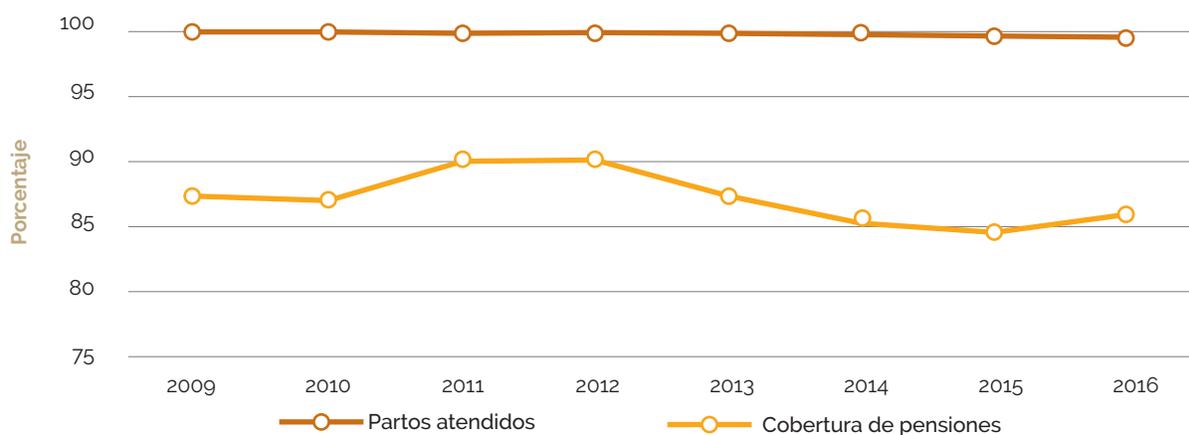
Fuente: Elaboración propia con información del Banco Mundial, "Población urbana (% de la población total)", *Banco de Datos*, 2020. Disponible en <https://datos.bancomundial.org/indicador/SP.URB.TOTL.IN.ZS>. Banco Mundial, "Empleos en servicios (% del total de empleos)", Banco de Datos, 2020. Disponible en <https://datos.bancomundial.org/indicador/SL.SRV.EMPL.ZS>.



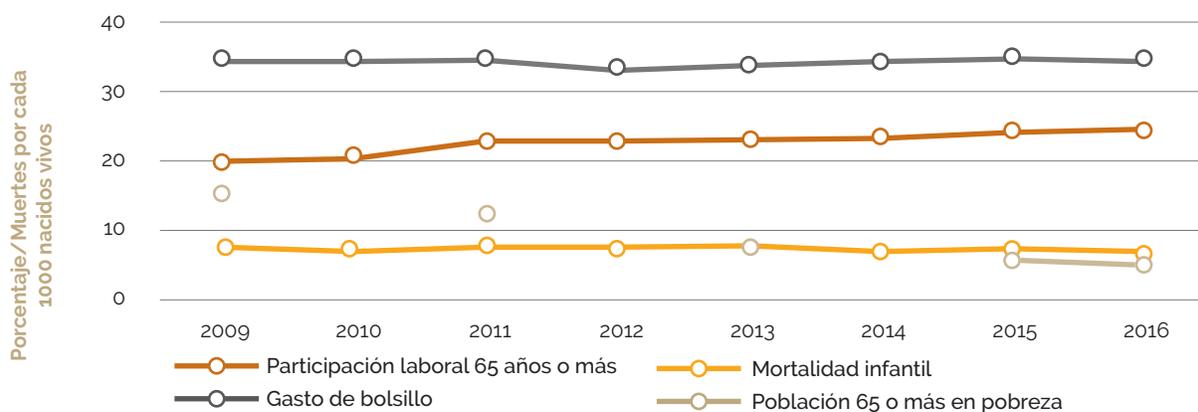
Fuente: Elaboración propia con información del Banco Mundial, "Gasto interno en salud del gobierno general (% del PIB)", *Banco de Datos*, 2020. Disponible en <https://data.worldbank.org/indicador/SH.XPD.GHED.GD.ZS>. CEPAL, "Gasto público según clasificación por funciones del gobierno (en porcentajes del PIB)", 2020. Disponible en <https://cepalstat-prod.cepal.org/cepalstat/tabulador/ConsultaIntegrada.asp?idIndicador=3127&idioma=e>.



Fuente: Elaboración propia con información del Banco Mundial, "Población de 65 años y más (% del total)", *Banco de Datos*, 2020. Disponible en <https://datos.bancomundial.org/indicador/SP.POP.65UP.TO.ZS>. OIT, "Tasa de desempleo por sexo y edad (%) anual", ILOSTAT, 2020, disponible en https://www.ilo.org/shinyapps/bulkexplorer31/?lang=en&segment=indicador&id=UNE_DEAP_SEX_AGE_RT_A.



Fuente: Elaboración propia con información del Repositorio de datos del Observatorio Mundial de Salud, "Partos atendidos por personal entrenado". Disponible en <https://apps.who.int/gho/data/view.main.GSWCAH02v>. Alberto Arenas de Mesa, *Los sistemas de pensiones en la encrucijada. Desafíos para la sostenibilidad en América Latina*, Santiago de Chile, 2019.



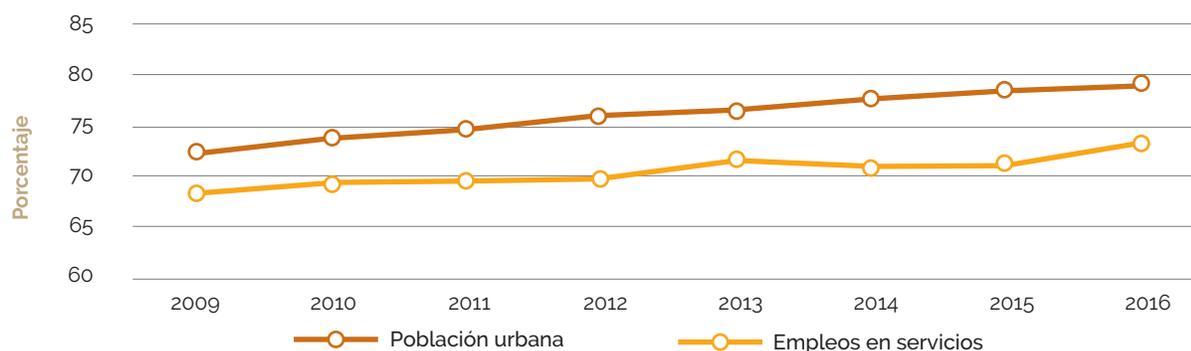
Fuente: Elaboración propia con información del Banco Mundial, "Tasa de mortalidad infantil", *Indicadores de Desarrollo del Banco Mundial, 2000-2018*. Disponible en <https://databank.bancomundial.org/source/world-development-indicators>. Banco Mundial, "Out-of-pocket expenditure (% of current health expenditure)", *Indicadores de Desarrollo del Banco Mundial, 2000-2018*. Disponible en <https://data.worldbank.org/indicador/SH.XPD.OOPC.CH.ZS>. CEPAL, "Población en situación de pobreza extrema y pobreza según edad, sexo y área geográfica", CEPALSTAT, 2020. Disponible en <https://cepalstat-prod.cepal.org/cepalstat/tabulador/ConsultaIntegrada.asp?IdIndicador=3341&idioma=e>. OIT, "Labour Force Participation rate by sex and age (%) -Annual", ILOSTAT, 2020. Disponible en https://www.ilo.org/shinyapps/bulkexplorer15/?lang=en&segment=indicador&id=EAP_DWAP_SEX_AGE_RT_A.

Recuadro 6. Tendencias en los indicadores para República Dominicana, 2009-2016

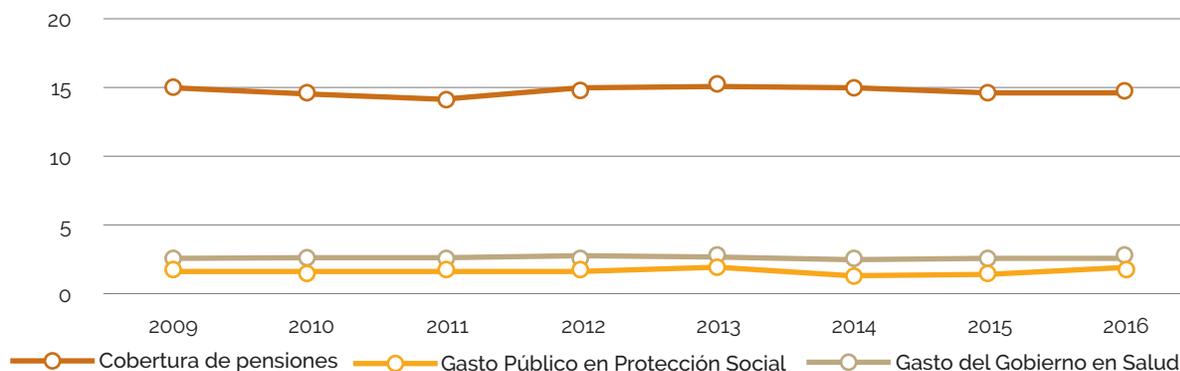
En el estrato de desempeño bajo, el caso de República Dominicana tiene algunas tendencias de interés, dado que en el periodo 2009-2016 crecieron sustancialmente la población de 65 años o más y el empleo en servicios, y también lo hicieron —aunque en menor medida— el desempleo y la población urbana. La informalidad laboral subió desde el 48.5 % en 2009 hasta el 56.3 % en 2014, pero tuvo un nivel relativamente bajo de trabajadores familiares (2 %), una tasa de crecimiento poblacional del 1.1 % y una razón de dependencia demográfica de 54.4. En consecuencia, sus niveles en los indicadores de cobertura fueron bajos, en comparación con los otros países incluidos en los índices, y presentaron una cierta estabilidad,

en particular los vinculados a pensiones, gasto del gobierno en salud y gasto en protección social, y sólo hubo avances sustanciales en la atención de partos por profesionales. Respecto a la eficacia, hubo ligeros incrementos de la participación laboral de las personas mayores y el gasto de bolsillo, así como una reducción marginal de la mortalidad infantil y una mayor en la población de 65 años o más en condición de pobreza.

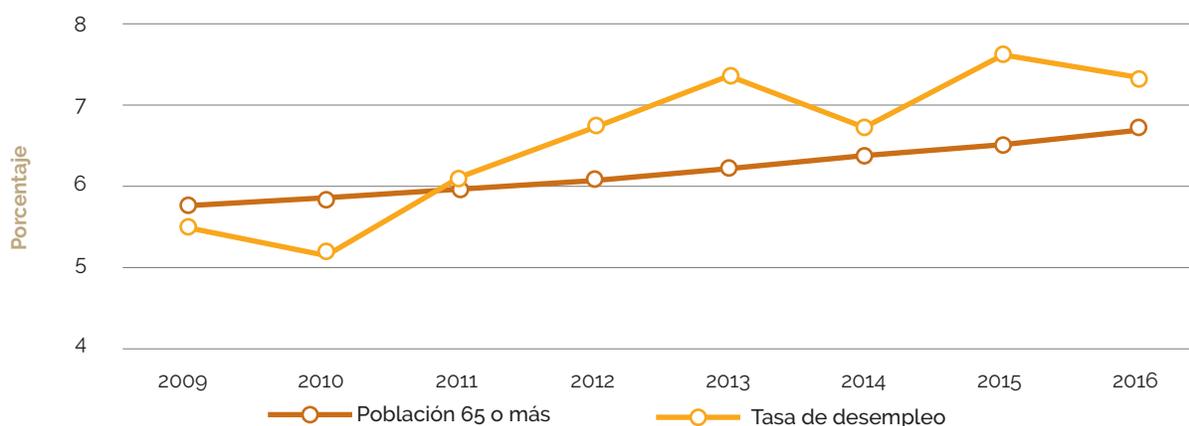
Éste es, pues, otro caso en el que una alta presión no se acompañó de un aumento de la cobertura. El caso de República Dominicana es interesante, ya que posee características que lo distinguen notablemente de los dos anteriores: desarrolló su sistema algunas décadas después que Uruguay y Chile, y, como se expone en el Capítulo 7, tiene un ingreso per cápita relativamente menor que el promedio de América Latina.



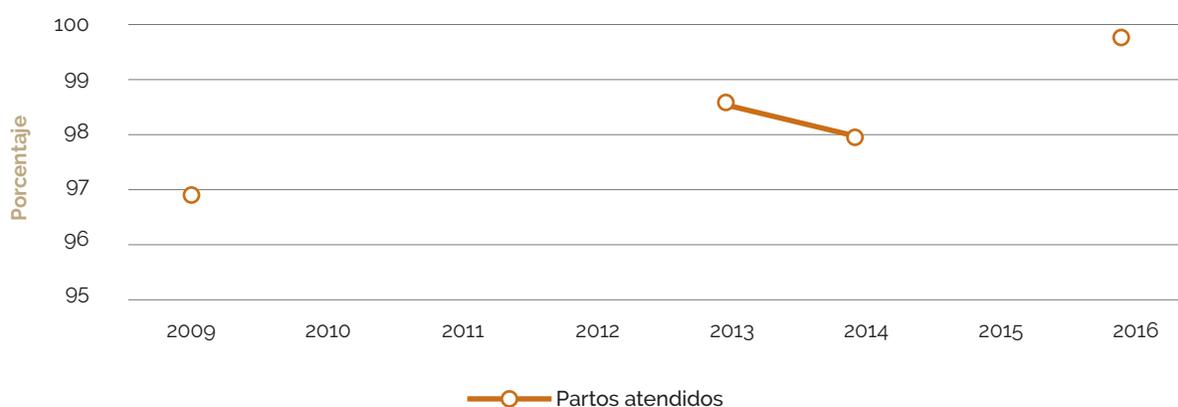
Fuente: Elaboración propia con información del Banco Mundial, "Población urbana (% de la población total)", *Banco de Datos*, 2020. Disponible en <https://datos.bancomundial.org/indicador/SPURB.TOTL.IN.ZS>. Banco Mundial, "Empleos en servicios (% del total de empleos)", *Banco de Datos*, 2020. Disponible en <https://datos.bancomundial.org/indicador/SL.SRVEMPL.ZS>.



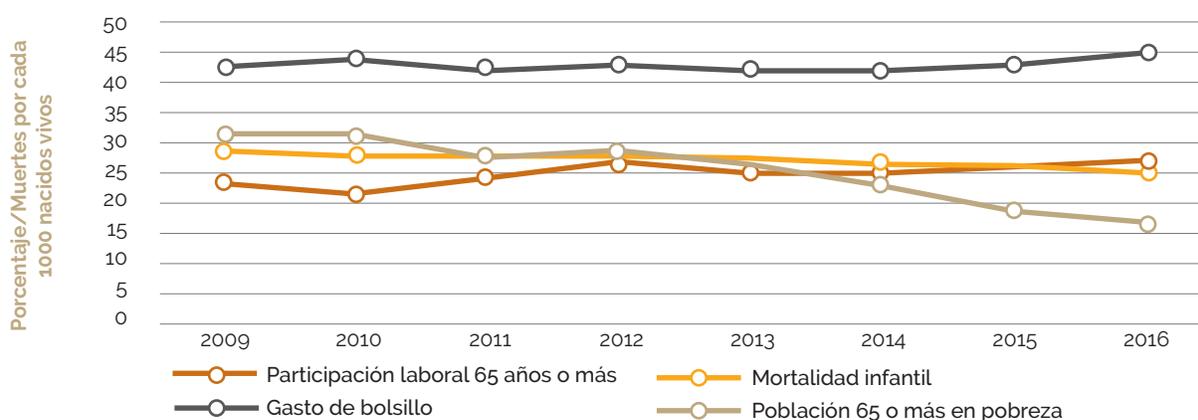
Fuente: Elaboración propia con información del Banco Mundial, "Gasto interno en salud del gobierno general (% del PIB)", *Banco de Datos*, 2020. Disponible en <https://data.worldbank.org/indicador/SH.XPD.GHED.GD.ZS>. CEPAL, "Gasto público según clasificación por funciones del gobierno (en porcentajes del PIB)", 2020. Disponible en <https://cepalstat-prod.cepal.org/cepalstat/tabulador/ConsultaIntegrada.asp?idIndicador=3127&idioma=e>. Alberto Arenas de Mesa, *Los sistemas de pensiones en la encrucijada. Desafíos para la sostenibilidad en América Latina*, Santiago de Chile, 2019.



Fuente: Elaboración propia con información del Banco Mundial, "Población de 65 años y más (% del total)", *Banco de Datos*, 2020. Disponible en <https://datos.bancomundial.org/indicador/SP.POP.65UP.TO.ZS>. OIT, "Tasa de desempleo por sexo y edad (%) anual", ILOSTAT, 2020. Disponible en https://www.ilo.org/shinyapps/bulkexplorer31/?lang=en&segment=indicador&id=UNE_DEAP_SEX_AGE_RT_A.



Fuente: Elaboración propia con información del Repositorio de datos del Observatorio Mundial de Salud, "Partos atendidos por personal entrenado". Disponible en <https://apps.who.int/gho/data/view.main.GSWCAHo2v>.

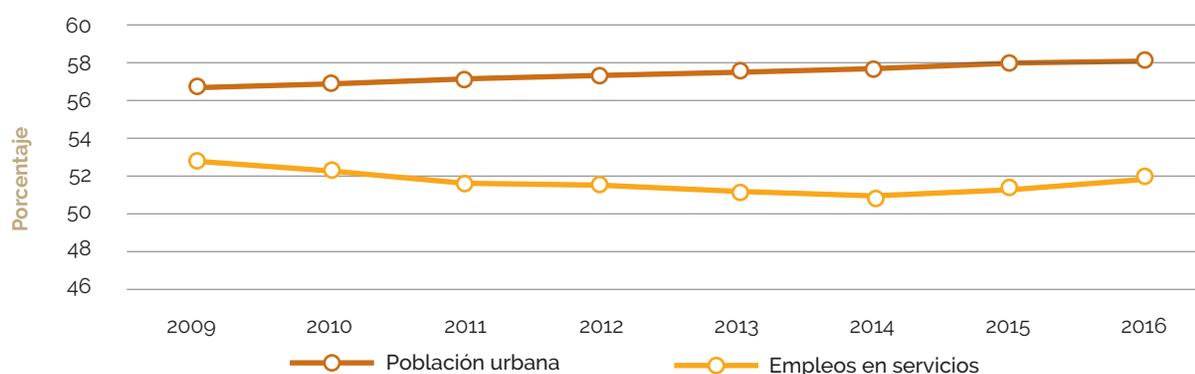


Fuente: Elaboración propia con información del Banco Mundial, "Tasa de mortalidad infantil", *Indicadores de Desarrollo del Banco Mundial*, 2000-2018. Disponible en <https://databank.bancomundial.org/source/world-development-indicators>. Banco Mundial, "Out-of-pocket expenditure (% of current health expenditure)", *Indicadores de Desarrollo del Banco Mundial*, 2000-2018. Disponible en <https://data.worldbank.org/indicador/SH.XPD.OOPC.CH.ZS>. CEPAL, "Población en situación de pobreza extrema y pobreza según edad, sexo y área geográfica", *CEPALSTAT*, 2020. Disponible en <https://cepalstat-prod.cepal.org/cepalstat/tabulador/ConsultaIntegrada.asp?idIndicador=3341&idioma=e>. OIT, "Labour Force Participation rate by sex and age (%) - Annual", ILOSTAT, 2020. Disponible en https://www.ilo.org/shinyapps/bulkexplorer15/?lang=en&segment=indicador&id=EAP_DWAP_SEX_AGE_RT_A.

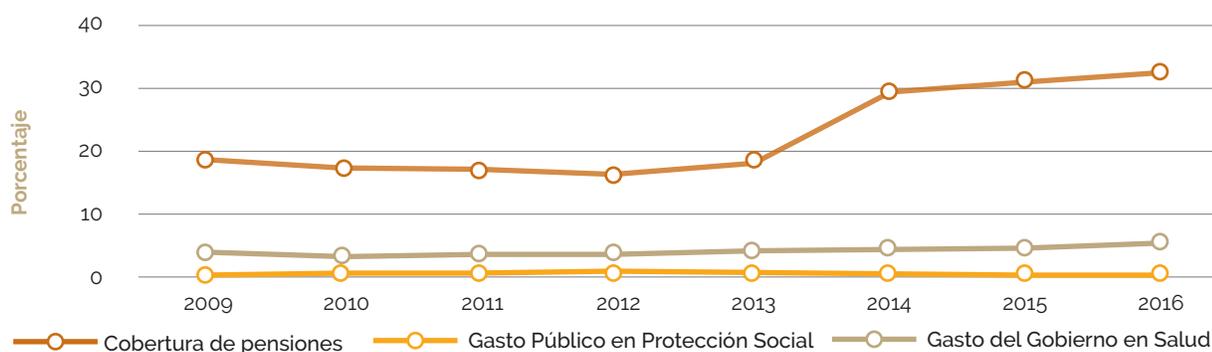
Recuadro 7. Tendencias en los indicadores para Nicaragua, 2009-2016

Otro país que desarrolló su sistema de manera tardía —y que puede considerarse de bajos ingresos— es Nicaragua. No presentó incrementos sustanciales de la población de 65 años o más ni tampoco de la urbana. Tuvo una reducción del empleo en servicios y de la tasa de desempleo. En general, en comparación con los tres países previos, tiene bajos niveles en las variables que presionan para una extensión de la cobertura y valores altos en los indicadores del IPE: un 9.4 % de trabajadores familiares, un 77.4 % de informalidad laboral, 55.7 personas en edad inactiva por cada 100 en edad activa —principalmente por la presencia de personas menores— y un crecimiento

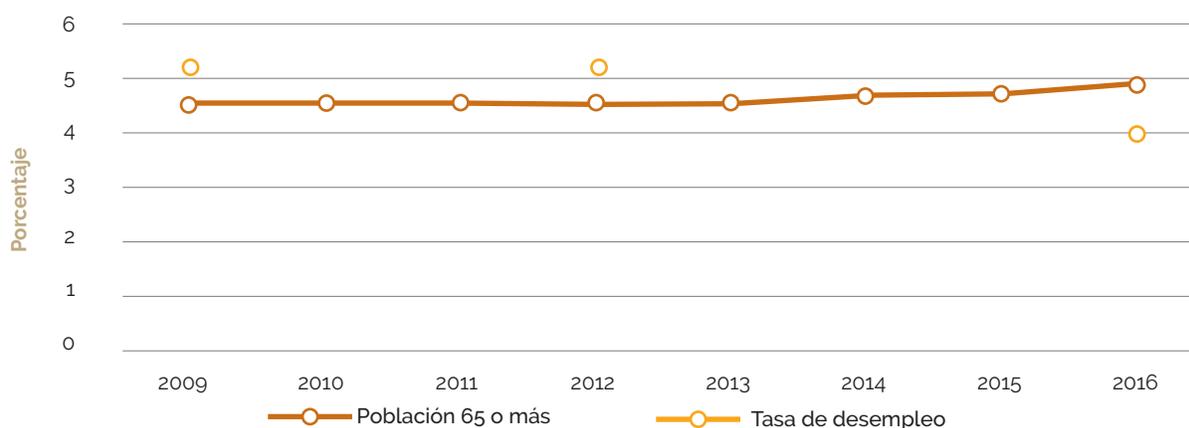
poblacional del 1.3 %. En consecuencia, tiene una presencia importante de factores relacionados con una alta exclusión de la seguridad social. Sin embargo, sus avances en algunos indicadores de cobertura fueron importantes, particularmente en pensiones y partos atendidos por personal capacitado; hubo aumentos marginales en el gasto del gobierno en salud, pero estabilidad en el gasto público en protección social, que es bajo (menor del 1 % del PIB). Respecto a la eficacia, descendió la pobreza entre las personas adultas mayores, la participación laboral de este grupo de edad, el gasto de bolsillo y, ligeramente, la mortalidad infantil. En síntesis, aunque tuvo una baja presión, presentó avances en cobertura y eficacia. A pesar de esto, se mantuvo en el estrato de desempeño muy bajo.



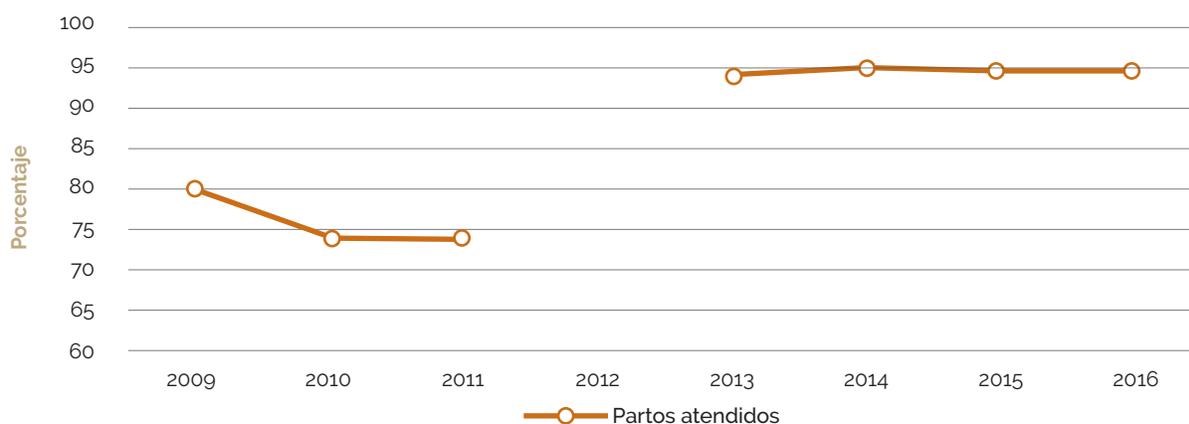
Fuente: Elaboración propia con información del Banco Mundial, "Población urbana (% de la población total)", *Banco de Datos*, 2020. Disponible en <https://datos.bancomundial.org/indicador/SP.URB.TOTL.IN.ZS>. Banco Mundial, "Empleos en servicios (% del total de empleos)", *Banco de Datos*, 2020. Disponible en <https://datos.bancomundial.org/indicador/SL.SRV.EMPL.ZS>.



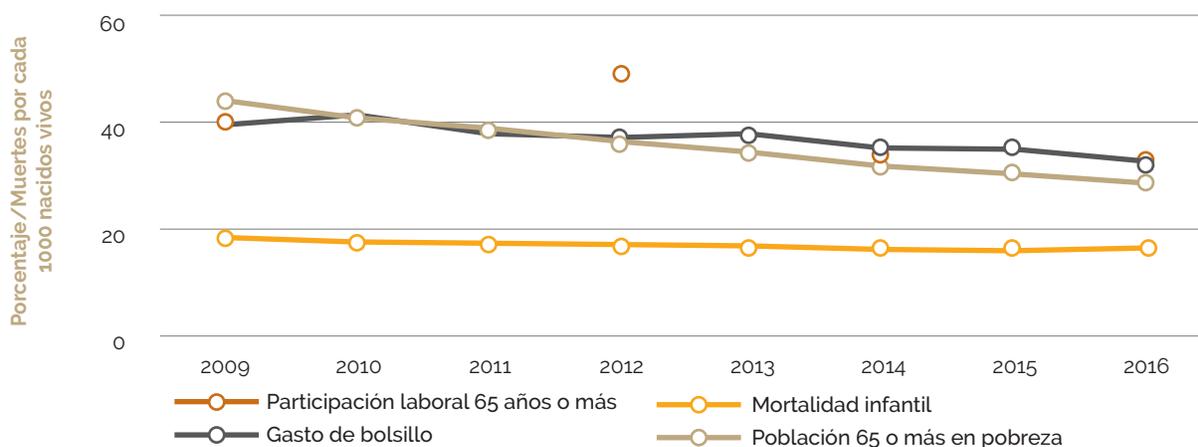
Fuente: Elaboración propia con información del Banco Mundial, "Gasto interno en salud del gobierno general (% del PIB)", *Banco de Datos*, 2020. Disponible en <https://data.worldbank.org/indicador/SH.XPD.GHED.GD.ZS>. CEPAL, "Gasto público según clasificación por funciones del gobierno (en porcentajes del PIB)", 2020. Disponible en <https://cepalstat-prod.cepal.org/cepalstat/tabulador/ConsultaIntegrada.asp?idIndicador=3127&idioma=e>. Alberto Arenas de Mesa, Los sistemas de pensiones en la encrucijada. Desafíos para la sostenibilidad en América Latina, Santiago de Chile, 2019.



Fuente: Elaboración propia con información del Banco Mundial, "Población de 65 años y más (% del total)", *Banco de Datos*, 2020. Disponible en <https://datos.bancomundial.org/indicador/SP.POP.65UP.TO.ZS>. OIT, "Tasa de desempleo por sexo y edad (%) anual", ILOSTAT, 2020, disponible en https://www.ilo.org/shinyapps/bulkexplorer31/?lang=en&segment=indicador&id=UNE_DEAP_SEX_AGE_RT_A.



Fuente: Elaboración propia con información del Repositorio de datos del Observatorio Mundial de Salud, "Partos atendidos por personal entrenado". Disponible en <https://apps.who.int/gho/data/view.main.GSWCAH02v>.



Fuente: Elaboración propia con información del Banco Mundial, "Tasa de mortalidad infantil", Indicadores de Desarrollo del Banco Mundial, 2000-2018. Disponible en <https://databank.bancomundial.org/source/world-development-indicators>. Banco Mundial, "Out-of-pocket expenditure (% of current health expenditure)", Indicadores de Desarrollo del Banco Mundial, 2000-2018. Disponible en <https://data.worldbank.org/indicator/SH.XPD.OOPC.CH.ZS>. CEPAL, "Población en situación de pobreza extrema y pobreza según edad, sexo y área geográfica", CEPALSTAT, 2020. Disponible en <https://cepalstat-prod.cepal.org/cepalstat/tabulador/ConsultaIntegrada.asp?idIndicador=3341&idioma=e>. OIT, "Labour Force Participation rate by sex and age (%) -Annual", ILOSTAT, 2020. Disponible en https://www.ilo.org/shinyapps/bulkexplorer15/?lang=en&segment=indicador&id=EAP_DWAP_SEX_AGE_RT_A.

Como se puede ver, estos países presentan resultados diversos en la relación presión-cobertura-eficacia, por lo que son propicios para un estudio cualitativo no sólo por esto, sino por su historia y sus características. Como ya se apuntó, Chile y Uruguay desarrollaron sus sistemas de seguridad social de manera temprana y tienen características sociodemográficas similares, relacionadas con la presión, sin embargo, sus niveles de cobertura y eficacia fueron muy diferentes. En tanto, Nicaragua y República Dominicana comparten el haber fundado sus sistemas de manera tardía y, aunque no son tan similares en términos sociodemográficos como Uruguay y Chile, sí tienen un nivel relativamente bajo de población adulta mayor y urbana, y, de cualquier manera, también presentaron resultados divergentes de cobertura y eficacia.

Entonces en los siguientes capítulos se examina la configuración de los sistemas de seguridad social de cada uno de estos países desde una perspectiva histórica, con el fin de obtener una aproximación a los factores y los mecanismos que se vinculan a las dimensiones de presión, cobertura y eficacia, y para entender de qué manera satisfacen (o no) los requerimientos de bienestar y seguridad social de sus poblaciones. Cabe mencionar que en el Capítulo 4 se revisan de manera general la evolución y las características de los sistemas de seguridad social de los países que integran la Comunidad del Caribe (Caricom) —dadas las limitaciones de la información estadística disponible, que no permitieron incluirlos en el análisis cuantitativo—, así como sus esfuerzos de cooperación internacional para garantizar la portabilidad de algunas de sus prestaciones.

Capítulo 4

La seguridad social en los países
de la Comunidad del Caribe (Caricom)





En este capítulo se describen de manera esquemática los sistemas de seguridad social de los miembros de pleno derecho de la Comunidad del Caribe (Caricom). Estos países no se incluyeron en el análisis cuantitativo del capítulo anterior porque la información requerida sobre ellos para los años de estudio no siempre estuvo disponible ni comparable. Sin embargo, la búsqueda de estos datos fue una oportunidad para conocer —más allá de los números— el origen, la estructura y algunos de los resultados de estos países en la materia. Los Estados asociados no se consideran en este informe por dos razones. La primera es que, al ser territorios británicos de ultramar, existe menos información disponible sobre ellos en las bases de datos; en particular, respecto a algunas de las variables que se consideran en este capítulo. Ése es también el caso de Monserrat, pese a ser miembro completo de la Caricom. La segunda razón es que los miembros asociados no son

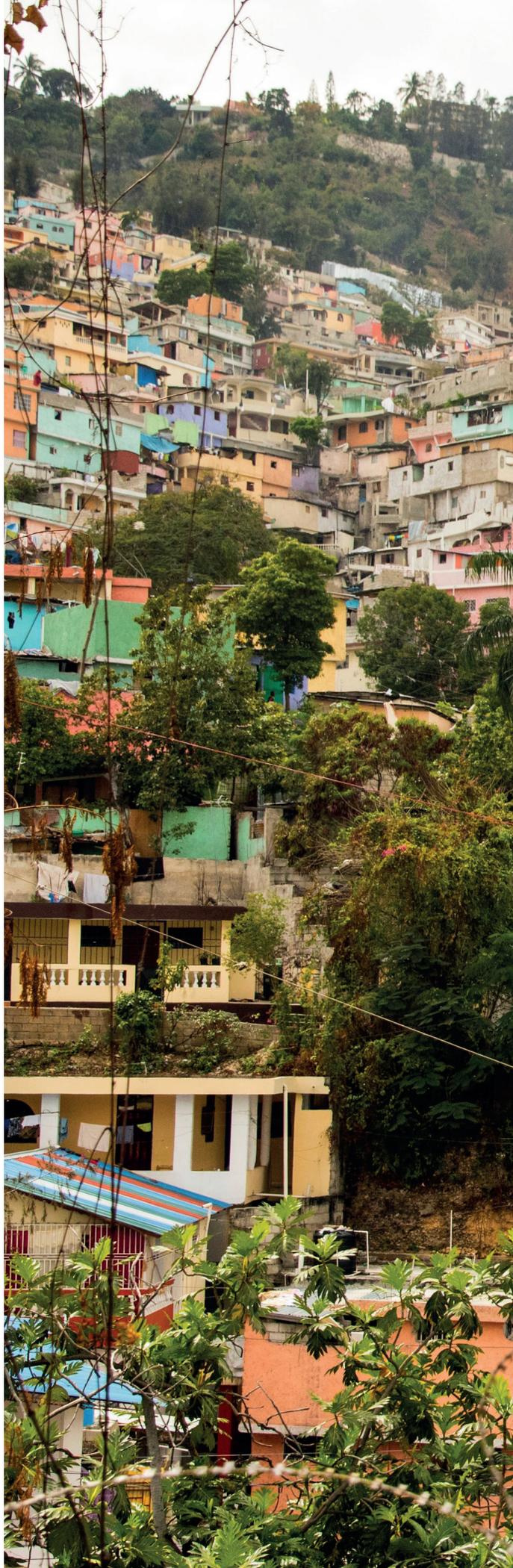
parte del Acuerdo sobre Seguridad Social de la Caricom, materia de análisis de la tercera sección de este capítulo.

En primer lugar, se presentan algunas de las características socioeconómicas de la región, así como una breve revisión histórica de algunos factores que explican el surgimiento y la naturaleza de los sistemas de seguridad social en estos países. La segunda sección del capítulo es una descripción de los sistemas de seguridad social con base en las prestaciones establecidas en el Convenio 102 de la OIT, con énfasis en la asistencia médica y las pensiones por vejez. En la tercera sección se revisa la historia de la Caricom para comprender la integración regional de su mercado y las prestaciones de seguridad social. Por último, en la cuarta sección, se reflexiona sobre la importancia de retomar el enfoque de derechos para asegurar la exigibilidad y la continuidad de los importantes avances regionales en la materia.

4.1. Países de la Caricom y características de la región

La Caricom es un grupo de 20 Estados, en su mayoría isleños, que en su membresía con pleno derecho incluye a Antigua y Barbuda, Bahamas, Barbados, Belice, Dominica, Granada, Guyana, Haití, Jamaica, Monserrat, San Cristóbal y Nieves, San Vicente y las Granadinas, Santa Lucía, Surinam, y Trinidad y Tobago; además, como miembros asociados, a Anguila, Bermudas, Islas Caimán, Islas Vírgenes Británicas e Islas Turcas y Caicos, que no forman parte de su mercado común. En conjunto, aproximadamente 60 millones de personas viven en estos países. La Caricom se formalizó en 1973 con la firma del Tratado de Chaguaramas y desde entonces ha promovido la integración económica y política entre los países que la conforman.

Muchos de los países de la Caricom tienen economías dependientes del turismo, la explotación de recursos naturales, la agricultura y la exportación de materias primas.



De acuerdo con las últimas mediciones, todos se clasifican como países de ingreso alto o medio alto, con excepción de Haití.¹ A pesar de esto, una cuarta parte de la población de la región vive en pobreza, con un porcentaje un poco más alto del 30 %, entre menores de 24 años, y, en el caso de las personas mayores, un 16 %.² Los índices de desigualdad son, en promedio, menores que en la región Latinoamérica (con promedio de 47.8 del coeficiente de Gini). Surinam y Bahamas tienen los coeficientes más altos (43.8 y 41.9, respectivamente), y Barbados el más bajo (32.2).³ La región presenta índices relativamente altos de vulnerabilidad social y económica, y vulnerabilidad ambiental media-baja, aunque con importantes variaciones entre países. Jamaica, por ejemplo, se encuentra entre los países con mayor vulnerabilidad social y económica, pero entre los menos vulnerables ambientalmente. Dominica tiene un índice de vulnerabilidad ambiental alto, social medio y económico bajo. Considerando los tres rubros, Trinidad y Tobago está entre los más resilientes y Haití en el otro extremo. La vulnerabilidad de la región se relaciona con la concentración de sus exportaciones en un número reducido de productos, la elevada importación de energía y un número limitado de socios comerciales, además de retos sociales como pobreza, desempleo y aumento de la criminalidad, así como la exposición a desastres naturales y cambio climático.⁴

Las tasas de desempleo varían bastante en la región. Algunos países están por debajo del pro-

medio de América Latina y el Caribe (8.4 % en 2018), como Belice (6.6 % en 2017) y Trinidad y Tobago (3.2 % en 2016). Otros registran tasas mayores, como Bahamas (11.5 % en 2019), Barbados (9.7 % en 2016), Guyana (12 % en 2017) o Jamaica (9.1 % en 2018), y en algunos casos por encima del 20 %, como Granada (22.9 % en 2015) y Santa Lucía (21.3 % en 2016).⁵ Este problema afecta principalmente a la juventud, pues mientras que el desempleo promedio entre adultos es del 8 %, en la población joven es del 25 %.⁶ Los niveles de informalidad son altos en comparación con el promedio del continente. En el Caribe, el 57.6 % del empleo es informal, del cual el 10 % se desarrolla en el sector formal, en comparación con el promedio americano del 40 % y del 7.9 %, respectivamente. En el sector informal hay más jóvenes (62.6 %) que población adulta (48.3 %), y más trabajo agrícola (86.9 %) que industrial o de servicios (más del 50 % en ambos).⁷

Si se considera que estos países tienen ingresos per cápita relativamente altos, las tasas de desempleo, informalidad y pobreza podrían señalar la necesidad de una mejor redistribución del ingreso, así como la reducción de la vulnerabilidad y los riesgos sociales. Para estos propósitos, los esquemas de seguridad social son fundamentales. La región del Caribe ha tenido avances importantes en las últimas décadas, desde la creación de sus sistemas hasta la expansión de su cobertura y sus prestaciones, y ha sido un ejemplo de cooperación para la portabilidad de los beneficios. Sin embargo, aún quedan retos a futuro.

¹ Clasificación del Banco Mundial para el 2020. Banco Mundial, "World Bank Country and Lending Groups", 2020. Disponible en <https://datahelpdesk.worldbank.org/knowledgebase/articles/906519-world-bank-country-and-lending-groups>. No incluye a Monserrat por ser un territorio británico de ultramar.

² Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD), "Special Feature: The Caribbean Small States", *Latin American Economic Outlook 2019. Development in Transition*, 2019. Disponible en <http://www.oecd.org/dev/americas/LEO-2019-Chapter-6.pdf>

³ Beuermann and Schwartz, 2018, cit. en OECD, *op. cit.*

⁴ Justin Ram et al., *Measuring Vulnerability: A Multidimensional Vulnerability Index for the Caribbean*, CDB Working Paper No. 2019/01. Caribbean Development Bank, 2019. Este estudio define vulnerabilidad como "la exposición a choques externos bruscos, que pueden ser de naturaleza fiscal, comercial o climática, y se distingue del término *fragilidad*, la cual es una consecuencia de mecanismos institucionales o sociales endebles dentro de un país para hacer frente a presiones internas", p. 13.

⁵ Datos del Banco Mundial. Indicador "Desempleo total (porcentaje de la fuerza de trabajo total) (estimado nacional)-América Latina y el Caribe" (SL.UEM.TOTL.NE.ZS). Disponible en <https://data.worldbank.org/indicator/SL.UEM.TOTL.NE.ZS?locations=ZJ>

⁶ OECD, *op. cit.*

⁷ Los datos sobre la informalidad son de ILO, "Women and Men in the Informal Economy: A Statistical Picture", Ginebra, 2018.

4.2. Historia y características generales de la seguridad social en los países de la Caricom

Como se mencionó en el primer capítulo, la región del Caribe, con excepciones como Cuba, fue de las últimas en desarrollar sistemas de seguridad social. En gran medida, debido a que no fue sino hasta la segunda década del siglo XX que buena parte de sus países lograron su independencia o un grado de autonomía suficiente para desarrollar sus propias políticas sociales. En su análisis de la historia de las políticas sociales en la región, Dennis Brown⁸ apunta que fue hasta la tercera década del siglo XX que los poderes coloniales comenzaron realmente a interesarse en el bienestar de la población de sus territorios caribeños. Esfuerzos anteriores, por ejemplo, de salud pública durante el siglo XIX, obedecieron sobre todo a intereses de las élites de las metrópolis por proteger tanto su salud como sus intereses económicos. Enfermedades prevalentes en las colonias caribeñas —como la fiebre amarilla y la malaria— afectaban también la salud de las poblaciones europeas en esos territorios. Por eso, Juanita de Barros y Sean Stilwell afirman que “la historia temprana de las políticas de salud pública en el Caribe [...], estuvo fuerte-

⁸ Dennis Brown, *Social policy in the Caribbean, its History and Development: The Evolution of Social Policy and its Modern Influences in the Caribbean*, CEPAL, 2003.



mente influenciada por el interés de proteger la salud blanca/europea, en particular la de los soldados europeos".⁹

Un ejemplo de ello fueron las iniciativas para limpiar las calles de las ciudades en las colonias del Caribe y así combatir las epidemias de cólera del siglo XIX.¹⁰ Además, muchos de los avances en la sanidad en las colonias caribeñas se relacionaron con los intereses económicos: la necesidad de mantener el comercio abierto y quizá, sobre todo, de asegurar la existencia y la productividad de la fuerza laboral en las colonias. En Georgetown, Guyana, por ejemplo, las regulaciones para controlar la fiebre amarilla y la malaria a principios del siglo XX —como la limpieza de espacios públicos, la mejora de los sistemas de agua y saneamiento— fueron consecuencia, en buena medida, de la necesidad de disminuir las tasas de morbilidad y mortandad. El problema era tal que, entre 1890 y 1926, la mayoría de los años registraron más muertes que nacimientos en la ciudad. La salud de la población preocupaba a las élites políticas y económicas, pues "números inadecuados de trabajadores saludables constituían una amenaza a la viabilidad económica de una colonia".¹¹

A la protección de estos intereses se añadió el cálculo político, pues en la década de 1930, varias protestas de trabajadores pusieron en riesgo el orden económico colonial. A pesar de que existía poco contacto entre la población de estos territorios, los movimientos se dieron en muchas de las colonias, pues las personas trabajadoras enfrentaban condiciones similares: bajos salarios y altas tasas de desempleo, actitudes racistas hacia los empleados de afroamericanos y nula o pobre representación. La mayoría de las personas trabajadoras no tenían derecho a votar para elegir a los miembros de las legislaturas locales. Además,

antes de 1932, sólo en Jamaica y Guyana era legal formar sindicatos, y las acciones que se podían emprender eran muy limitadas, sin protección ante despidos durante huelgas. En Trinidad y Tobago existía un sindicato desde 1897, pero sólo se permitió su existencia legal en 1932, cuando también se legalizó la formación de sindicatos en Granada y Santa Lucía, y eso con muchas limitantes. A estas condiciones se sumó la depresión económica mundial que agravó el desempleo y la pobreza, y redujo los salarios. En este contexto, durante la década de 1930 varios grupos de trabajadores se manifestaron o se fueron a huelga en distintas colonias. En Trinidad y Tobago, por ejemplo, a lo largo de 1934 hubo protestas de empleados de la industria azucarera por la falta de trabajo. En el mismo año, trabajadores de distintas plantaciones en Guyana se fueron a huelga, exigiendo salarios dignos. Movimientos similares se dieron en Belice, Jamaica, San Cristóbal, San Vicente, Santa Lucía y Barbados. Si bien muchos de estos eventos encontraron resistencia violenta de los poderes coloniales, se logró la legalización de los sindicatos, el derecho de huelga y las protecciones laborales, lo que permitió mejorar las condiciones de vida y de trabajo de la población.¹²

Dado que respondían a intereses políticos y económicos de las élites, las primeras políticas sociales de la región, incluidas las de seguridad social, tuvieron coberturas limitadas o enfoques asistencialistas más que de derechos. En Jamaica, por ejemplo, se promulgó un acta de pensiones para la vejez en 1958 y un esquema de pensiones para trabajadores azucareros en 1960. Sin embargo, esta legislación cubría sólo al 3,5 % de la fuerza laboral de la isla.¹³ En Trinidad y Tobago se estableció una pensión no contributiva para personas empobrecidas de la tercera edad desde 1939. La

⁹ Juanita de Barros y Sean Stilwell, "Introduction: Public Health and the Imperial Project", *Caribbean Quarterly*, núm. 4, vol. 49, diciembre de 2003, p. 2.

¹⁰ Dennis Brown, *op. cit.*; Juanita de Barros y Sean Stilwell, *op. cit.*

¹¹ Juanita de Barros, "Sanitation and Civilization in Georgetown, British Guiana", *Caribbean Quarterly*, núm. 4, vol. 49, diciembre de 2003, p. 68.

¹² Richard Hart, "Labour Rebellions of the 1930s in the British Caribbean Region Colonies", *Jamaica Labour Weekly*, 2002.

¹³ Robert Weise, "British Commonwealth Areas of the Caribbean". *Social Security Bulletin*, núm. 4, vol. 32, abril de 1969, p. 38.

“Dado que respondían a intereses políticos y económicos de las élites, las primeras políticas sociales de la región, incluidas las de seguridad social, tuvieron coberturas limitadas o enfoques asistencialistas más que de derechos.”

cobertura de este programa fue creciendo hasta alcanzar al 80 % de la población de más de 65 años en 1966,¹⁴ lo cual señala un importante problema de desamparo previo en la tercera edad. Iniciativas similares se crearon en Bahamas (1956), Barbados (1938) y Guyana (1944). Más adelante, en muchos casos incluso antes de la independencia, comenzaron a crearse fondos que fueron el antecedente directo de los sistemas de seguridad social actuales. Por ejemplo, Dominica, que se independizó en 1978, publicó el acta de creación de un fondo de providencia social desde 1970. Granada, independizada en 1974, publicó en 1969 una ley que establecía un fondo para agricultores, y ésta fue el antecedente directo del Fondo de Seguridad Nacional (1983). El Acta de Seguridad Social de Belice, que abarca a todas las personas empleadas, se publicó en 1979, dos años antes de la independencia.

Actualmente, las políticas sociales de los países que integran la Caricom están fuertemente relacionadas con factores históricos comunes a casi todos:

- 1) La influencia del sistema británico en la implementación de sus políticas sociales incluso antes de la independencia.

- 2) Paradigmas y teorías socioeconómicas de la época.
- 3) La influencia de organismos internacionales como la OIT.
- 4) La integración regional.

Los primeros tres factores se explican brevemente a continuación. El cuarto se desarrolla más adelante, en el apartado de este capítulo dedicado a la historia de la Caricom.

La mayoría de los países de esta comunidad formaron parte del imperio británico hasta entrada la segunda mitad del siglo XX,¹⁵ y sus procesos de independencia no significaron una ruptura completa con las metrópolis. Todavía son parte de la Mancomunidad de Naciones (Commonwealth of Nations, antes British Commonwealth of Nations) y Monserrat es un territorio británico de ultramar. No es sorprendente, entonces, que sus políticas estén fuertemente influidas por las de Reino Unido. Desde la creación de sus sistemas tras la independencia, la seguridad social tuvo un enfoque universalista y unificado,¹⁶ a semejanza del sistema de seguridad nacional de Reino Unido (*UK National Insurance*). El propósito era cubrir a la mayoría de las personas trabajadoras, independientemente de su ocupación, con los mismos

¹⁴ *Ibid.*, p. 40.

¹⁵ Casos distintos serían Haití y Surinam, con pasados diferentes como colonias francesa y holandesa, respectivamente.

¹⁶ Véase Carmelo Mesa-Lago, *El desarrollo de la seguridad social en América Latina*, CEPAL, Santiago de Chile, 1985; OIT, *La seguridad social en las Américas. Progresos alcanzados y objetivos para el futuro, con especial referencia a América Latina*, Ginebra, 1967.



beneficios,¹⁷ aunque en la práctica esto no se ha conseguido del todo, como se verá más adelante.

Casi todos los países de la región crearon sus sistemas después de la independencia, con excepción de Dominica y Antigua y Barbuda. El primer sistema que entró en vigor fue el de Jamaica en 1966, y los últimos se fundaron en 1987, en San Cristóbal y Nieves, y en San Vicente y las Granadinas.¹⁸ En la creación de los sistemas, Jenkins observó dos tendencias.¹⁹ Por un lado, los Estados mayores optaron por esquemas de aseguramiento social. Jamaica implementó un sistema obligatorio que cubría inicialmente beneficios por vejez, invalidez y muerte. Le siguieron Barbados (1966), Guyana (1969) y Trinidad y Tobago (1971), los cuales sumaron beneficios por enfermedad y maternidad. En territorios menores, como Dominica, Monserrat, San Cristóbal y Nieves, y Santa Lucía, se optó en un inicio por fondos de providencia con miras a implementar esquemas de aseguramiento. En Santa Lucía, por ejemplo, el fondo se estableció en 1970, y era un esquema

obligatorio de ahorros al que contribuían tanto la persona empleada como la empleadora. El dinero se acumulaba junto con los intereses hasta que la persona interesada o sus beneficiarios lo retiraran. Sin embargo, esto no cubría contingencias de corto plazo como maternidad o enfermedad. Por lo tanto, en 1979 entró en vigor un nuevo esquema bajo el Acta de Aseguramiento Social del año anterior, con cobertura por enfermedad, accidentes de trabajo y enfermedad profesional y maternidad, además de pensiones por vejez, invalidez y a sobrevivientes.

“Casi todos los países de la región crearon sus sistemas después de la independencia, con excepción de Dominica y Antigua y Barbuda.”

¹⁷ Como en Reino Unido, en estos países es común que exista algún sistema especial para servidores públicos.

¹⁸ Oliver Paddison, *Social Security in the English-Speaking Caribbean*, CEPAL, 2006, p. 11.

¹⁹ Michael Jenkins, “Social Security Trends in the English-Speaking Caribbean”, *International Labour Review*, núm. 5, vol. 120, septiembre-octubre de 1981, pp. 631-643.

Resulta interesante comparar estos casos con la descolonización del continente africano y la creación de sus respectivos sistemas de seguridad social. En el caso de África, existe una correlación negativa entre el pasado colonial británico y la adopción de programas en la materia —con excepción de protección por accidentes de trabajo—, y una relación positiva en el caso de los países colonizados por Francia, en particular en cuanto a la protección por enfermedad y beneficios familiares.²⁰ Una de las posibles causas que presentan Schmitt *et al.* es la diferencia entre los sistemas legales francés e inglés, que heredaron sus excolonias. Además, Londres dejó que los países adoptaran políticas según las posibilidades de sus economías, mientras que Francia enfatizó en el papel del Estado en la procuración de bienestar social.²¹ En contraste, excolonias británicas en el Caribe como Dominica, Santa Lucía y San Cristóbal y Nieves trabajaron de cerca con técnicos de Reino Unido para el desarrollo de sus legislaciones en la materia.²² Haití, a diferencia de las excolonias francesas en África que estudiaron esos autores, no cuenta con un sistema de seguridad social que incluya beneficios familiares o por enfermedad, aunque esto podría deberse a que Haití se independizó de Francia más de un siglo antes que los países africanos. Por lo tanto, la influencia del pasado colonial no es el único factor que explica el rumbo de los sistemas de seguridad social en la región.

Las políticas sociales en los países de la Caricom se crearon durante una época en la que predominaba un enfoque “desarrollista” y de políticas

basadas en evidencias.²³ Esto es, partieron de la idea de que las ciencias sociales podrían servir a una “ingeniería”²⁴ del progreso social. A esto se sumó la creciente popularidad de las ideas keynesianas y la planificación estatal.²⁵ Y aunque estos enfoques ganaron fuerza en Europa, fue en las colonias británicas donde realmente se aplicaron como programas sociales a mediados del siglo pasado. De esta manera, se dejaron atrás perspectivas asistencialistas, las cuales meramente ayudaban a la supervivencia de la población pauperizada, y se pasó a considerar el bienestar social como un catalizador del desarrollo económico, mediante la institucionalización de los derechos sociales.²⁶ Es así que, como bien resume Brown, “la economía del desarrollo convirtió a las economías coloniales en un conjunto de políticas y estrategias que ponían ahora al grueso de la población, y sus demandas por una mejor calidad de vida, en el centro de los objetivos de la política en los Estados nacientes”.²⁷

“Las políticas sociales en los países de la Caricom se crearon durante una época en la que predominaba un enfoque “desarrollista” y de políticas basadas en evidencias. Esto es, partieron de la idea de que las ciencias sociales podrían servir a una “ingeniería” del progreso social. A esto se sumó la creciente popularidad de las ideas keynesianas y la planificación estatal.”

²⁰ Carina Schmitt *et al.*, “The Global Emergence of Social Protection: Explaining Social Security Legislation 1820-2013”, *Politics & Society*, núm. 43, 2015. Ollie E. Kangas, “Testing Old Theories in New Surroundings: the Timing of First Social Security Laws in Africa”, *International Social Security Review*, núm. 1, vol. 65, pp. 73-97.

²¹ David Collier y Richard Messick, “Prerequisites Versus Diffusion: Testing Alternative Explanations of Social Security Adoption”, *The American Political Science Review*, núm. 69, 1975; Carina Schmitt *et al.*

²² Michael Jenkins, *op. cit.*, p. 633.

²³ Dennis Brown, *op. cit.*

²⁴ James Midgley y Kwongleung Tang, “Introduction: Social Policy, Economic Growth and Developmental Welfare”, *International Journal of Social Welfare*, núm. 4, vol. 10, 2001.

²⁵ Richard Bernal, Mark Figueroa y Michael Witter, “Caribbean Economic Thought: *The Critical Tradition*”, *Social and Economic Studies*, núm. 2, vol. 33, junio de 1984, pp. 5-96; John K. Galbraith, “How Keynes came to America”, en Andrea D. Williams (ed.), *The essential Galbraith*, Houghton Mifflin, Boston, 2001.

²⁶ James Midgley y Kwong-leung Tang, *op. cit.*, p. 244.

²⁷ Dennis Brown, *op. cit.*, pp. 10-11

SOCIAL INSURANCE AND ALLIED SERVICES

Report by
SIR WILLIAM BEVERIDGE

Los nacientes sistemas de seguridad social también fueron influidos por el apoyo de expertos de la OIT. En esta época, dicho organismo había adoptado ya el objetivo explícito de promover en todos los países “medidas de seguridad social para garantizar ingresos básicos a quienes los necesiten y prestar asistencia médica completa”.²⁸ De hecho, fue justamente el contexto de descolonización de la posguerra lo que marcó el tono de mucho del trabajo de la OIT en la segunda mitad del siglo XX. Como mencionan Rodgers *et al.*:

El concepto amplio de seguridad social en los estándares de la OIT [reflejado, por ejemplo, en la norma mínima establecida en el Convenio 102], no era sólo el resultado de las posturas expresadas durante la guerra. Se debió también a los esfuerzos de la Organización para responder a los desarrollos internacionales de la época. El creciente número de países recién independizados después

de la descolonización trajo consigo la necesidad de adaptar los programas según los requerimientos de los nuevos Estados miembros, los cuales eran en su mayoría países pobres en desarrollo, y al mismo tiempo seguir prestando atención a los problemas sociales del mundo industrializado.²⁹

Por lo tanto, las necesidades de los países del Caribe recién independizados formaron parte central de la asistencia técnica brindada por la OIT en la región, lo cual podría explicar en parte que sus sistemas de seguridad social no incluyeran en un principio algunas de las prestaciones más onerosas, como la asistencia médica. Además, la adopción del Informe Beveridge como fundamento de la concepción de la seguridad social universal y “de la cuna a la tumba”, se adaptó bien a unas excolonias británicas que en muchos casos mantuvieron estructuras institucionales de la metrópoli.

²⁸ Artículo 3 (f) de la *Declaración relativa a los fines y objetivos de la Organización Internacional del Trabajo (Declaración de Filadelfia)*, 1944.

²⁹ Gary Rodgers *et al.*, *The International Labour Organisation and the Quest for Social Justice, 1919-2009*, ILO, Ginebra, 2009.

“ Las necesidades de los países del Caribe recién independizados formaron parte central de la asistencia técnica brindada por la OIT en la región, lo cual podría explicar en parte que sus sistemas de seguridad social no incluyeran en un principio algunas de las prestaciones más onerosas, como la asistencia médica. Además, la adopción del Informe Beveridge como fundamento de la concepción de la seguridad social universal y “de la cuna a la tumba”, se adaptó bien a unas excolonias británicas que en muchos casos mantuvieron estructuras institucionales de la metrópoli. ”



4.3. Regímenes de seguridad social en los países de la Caricom

Los sistemas de seguridad social de la región tienen varios rasgos en común: en su mayoría incluyen beneficios por enfermedad, maternidad, accidentes y enfermedades laborales, además de pensiones por vejez, invalidez, para sobrevivientes y gastos funerarios. En contados casos, como Bahamas y Barbados, hay también cobertura ante el desempleo. En la Tabla 15 se sistematiza la cobertura de los sistemas de seguridad social contributivos de 8 de las 9 prestaciones establecidas en el Convenio 102 —norma mínima— de la OIT. La cobertura a la salud, de la que se hablará más adelante, no se incluye en esta tabla, pues la gran mayoría de los países han establecido —o están en proceso de hacerlo— un sistema de salud universal que no se financia exclusivamente con las aportaciones a la seguridad social.

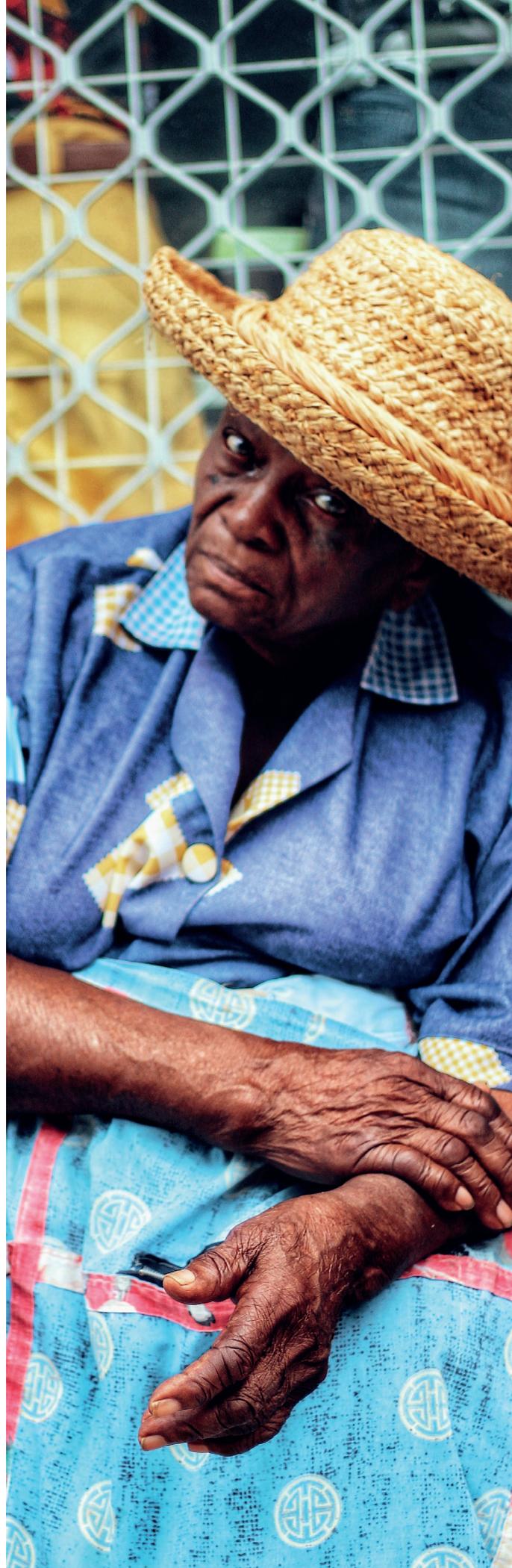


Tabla 15. Cobertura de la seguridad social contributiva en los países de la Caricom según las prestaciones establecidas en el C102 de la OIT

País/Principal institución de seguridad social	Prestaciones del Convenio 102 (norma mínima)							
	Monetarias de enfermedad	De desempleo	De vejez	En caso de accidente de trabajo y de enfermedad profesional	Familiares	De maternidad	De invalidez	De sobrevivientes
Antigua y Barbuda <i>Social Security Board</i>	✓	✗	✓	✗	✗	✓	✓	✓
Bahamas <i>National Insurance Board</i>	✓	✓	✓	✓	✗	✓	✓	✓
Barbados <i>National Insurance Scheme</i>	✓	✓	✓	✓	✗	✓	✓	✓
Belice <i>Social Security Board</i>	✓	✗	✓	✓	✗	✓	✓	✓
Dominica <i>Dominica Social Security</i>	✓	✗	✓	✓	✗	✓	✓	✓
Granada <i>National Insurance Scheme</i>	✓	✗	✓	✓	✗	✓	✓	✓
Guyana <i>National Insurance Scheme</i>	✓	✗	✓	✓	✗	✓	✓	✓
Haití	✗	✗	✓	✓	✗	✗	✓	✓
Jamaica <i>National Insurance Scheme</i>	✗	✗	✓	✓	✗	✗	✓	✓
Monserrat <i>Social Security Fund</i>	✓	✗	✓	✓	✗	✓	✓	✓
San Cristóbal y Nieves <i>Social Security Board</i>	✓	✗	✓	✓	✗	✓	✓	✓
San Vicente y las Granadinas <i>National Insurance Services</i>	✓	✗	✓	✓	✗	✓	✓	✓
Santa Lucía <i>National Insurance Corporation</i>	✓	✗	✓	✓	✗	✓	✓	✓
Surinam	✗	✗	✓	✗	✗	✗	✓	✓
Trinidad y Tobago <i>National Insurance Board</i>	✓	✗	✓	✓	✗	✓	✓	✓

Fuente: Elaboración propia con base en información oficial según el portal de las instituciones nombradas en cada país, revisadas durante diciembre de 2019. Para los casos de Surinam y Haití: SSA/ISSA, *Social Security Programs Throughout the World: The Americas, 2017*, Washington D. C., 2018.

Como se observa en la Tabla 15, la mayoría de los países de la Caricom tienen sistemas que cubren por lo menos seis de las ocho prestaciones, y llama la atención que sólo tres de ellas se incluyen en todos los sistemas: las pensiones de largo plazo por vejez, invalidez y para sobrevivientes. En la mayoría de los países, estas pensiones son simplemente una suma mensual de acuerdo con las aportaciones realizadas por la persona beneficiaria, o un pago único si no se cumplen las semanas requeridas. Los sistemas de Belice y Guyana también ofrecen asistencia para las personas que requieran de cuidados especiales de por vida, ya sea por invalidez o vejez. Con excepción de Haití, todos los países de la Caricom tienen alguna pensión no contributiva.³⁰ Algunos como Barbados, Belice y San Cristóbal y Nieves, cuentan con programas sociales de pensiones por comprobación de necesidad, pagados por los esquemas de seguridad social. Surinam tiene un esquema universal de pensiones. Sólo Bahamas y Barbados consideran prestaciones por desempleo.³¹

Para cubrir el resto de las demandas, los países han recurrido a distintas estrategias, principalmente los programas sociales —universales o por comprobación de necesidades— y la normatividad laboral. Las prestaciones monetarias por enfermedad de corto plazo, por ejemplo, son

responsabilidad del empleador en Haití, Jamaica y Surinam. Lo mismo ocurre para el caso de los accidentes y las enfermedades profesionales en Antigua y Barbuda, y Surinam. Las prestaciones familiares —de existir— son programas sujetos a comprobación de ingresos.³² Sin embargo, casi todos los países ofrecen un pago único por bebé como parte de los beneficios de maternidad.³³ En Surinam se paga de manera universal una cantidad anual a todas las familias con hijos e hijas menores de 18 años.³⁴ El monto es de 50 SRD —poco menos de 7 USD— al mes por cada menor, y es financiado por completo mediante impuestos generales.³⁵

Las licencias de maternidad en la región son un buen ejemplo de la interacción entre la seguridad social contributiva, los programas sociales y la normatividad laboral. La mayor parte de los sistemas de seguridad social de la región cubren licencias de maternidad, de 12 a 13 semanas,³⁶ y con porcentajes de entre el 60 % y el 70 % del salario promedio asegurado.³⁷ Ocho países de la Caricom ofrecen el 100 % del salario asegurado, pero sólo Belice y Barbados lo cubren mediante la seguridad social. En los otros casos, el total del pago se alcanza mediante un esquema mixto o plenamente privado. Antigua y Barbuda, Bahamas, Granada, y Trinidad y Tobago, cubren un promedio de dos terceras partes (usualmente el equivalente a

³⁰ La cobertura de estos programas varía. En Antigua y Barbuda es del 0,35 % (2018) de la población adulta mayor, y en varios más es menor del 10 % (por ejemplo, en Bahamas era del 3,2 % en 2016; en Barbados, del 5,2 % en 2014; en San Cristóbal y Nieves, del 6,7 % en 2015, y en Belice, del 8,6 % en 2017). En el extremo opuesto están Surinam y Guyana, donde prácticamente es universal. Sobre las pensiones no contributivas, véase CEPAL, "Programas de protección social no contributiva en América Latina y el Caribe". Disponible en <https://dds.cepal.org/bpsnc/ps>; OECD/IDB/WBG, *Pensions at a Glance: Latin America and the Caribbean*, OECD Publishing, 2014. Disponible en https://read.oecd-ilibrary.org/finance-and-investment/oecd-pensions-at-a-glance_pension_glance-2014-en#page1

³¹ Datos basados en las páginas oficiales de cada sistema nacional, revisadas a lo largo del mes de diciembre de 2019. Es posible que haya esquemas de apoyo ante el desempleo como programas sociales en otras instituciones gubernamentales.

³² Las hay en Barbados, Dominica, Guyana, Jamaica, San Cristóbal y Nieves, y Trinidad y Tobago.

³³ Excepto Haití, Jamaica y Surinam.

³⁴ Se hace un pago por cada hijo o hija menor de edad que no esté casada ni empleada, con un máximo de cuatro menores. Véase SSA/ISSA, *Social Security Programs Throughout the World: The Americas, 2017*, Washington D. C., 2018.

³⁵ No hay un salario mínimo establecido en Surinam, pero, como punto de comparación, el salario más bajo para los funcionarios públicos es de 600 SRD al mes.

³⁶ Sólo Belice y Trinidad y Tobago cumplen con la recomendación del Convenio 183 de la OIT sobre protección de la maternidad, que sugiere por lo menos 14 semanas.

³⁷ El Convenio 183 de la OIT establece un mínimo de dos terceras partes del salario.

dos de los tres meses de licencia) y el empleador debe dar el resto. En Haití, Jamaica³⁸ y Surinam,³⁹ la protección de la maternidad depende enteramente del empleador.⁴⁰

Las bases de datos mundiales no suelen tener información actualizada y comparable sobre la cobertura de la seguridad social en esta región. Sin embargo, el revisar los informes anuales de

las instituciones ayuda a tener una idea de las tendencias en años recientes. La cobertura se ha ampliado de forma constante mediante mecanismos como la creación de esquemas para personas autoempleadas, aunque en varios países sigue siendo muy limitada; como se observa en la Tabla 16, varía del 26 % (Guyana) al 61 % (Antigua y Barbuda).⁴¹

Tabla 16. Cobertura de la seguridad social en países seleccionados de la Caricom

Porcentaje de la población entre 15 y 64 años activa en la seguridad social	
Antigua y Barbuda	61 % (2019)
Bahamas	56 % (2016)
Belice	43 % (2018)
Dominica	52 % (2015)
Granada	38 % (2017)
Guyana	26 % (2016)
Santa Lucía	43 % (2017)
Trinidad y Tobago	48 % (2018)

Nota: Los reportes muestran total de registros activos. Para Antigua y Barbuda, véase Antigua and Barbuda Social Security Board, "Performance Highlights. January–June 2019". Disponible en http://www.socialsecurity.gov.ag/_content/publications/statistics/abssb-performance-highlights-jan-to-jun-2019.pdf. Para Bahamas, véase The National Insurance Board of the Commonwealth of the Bahamas, *2016 Annual Report*, NIB, New Providence, 2017. Disponible en <https://nib-bahamas.com/2016-annual-report>. Para Belice, véase Belize Social Security Board, *Annual Report 2018*. Disponible en <https://www.socialsecurity.org.bz/wp-content/uploads/2019/08/Annual-Report-2018-website-min.pdf>. Para Dominica, véase Dominica Social Security Board, *Annual Report for the Year ended December 31, 2015*. Disponible en <https://www.dss.dm/wp-content/uploads/DSS-AR2015-print-WEB.pdf>. Para Granada, véase Grenada National Insurance Board, *Annual Report 2016*. Disponible en http://www.nisgrenada.org/download.php?file=/downloads/NIS_ANNUAL_REPORT_2016.pdf. Para Guyana, Guyana National Insurance, *Annual Report 2016*. Disponible en <https://www.nis.org.gy/sites/default/files/2016%20Annual%20Report.pdf>. Para Santa Lucía, véase National Insurance Cooperation, St. Lucia, *Chairman's Report. July 2016-June 2017*. Disponible en <http://stlucianic.org/annual-reports/>. Para Trinidad y Tobago, véase The National Insurance Board of Trinidad and Tobago, *Forging Transformation, Fostering Sustainability. Annual report 2017-2018*. Disponible en <https://www.nibtt.net/annualreport/flipbook/index.html?page=1>. Los porcentajes están basados en la población total del grupo etario según datos del BM (World Development Indicators).

Fuente: Elaboración propia a partir de reportes anuales de las instituciones. Disponibles en línea.

³⁸ La ley establece el derecho a ocho semanas de maternidad remunerada para las mujeres empleadas. El sistema de seguridad social sólo cubre a las mujeres trabajadoras del hogar por el mismo periodo con un pago equivalente al salario mínimo.

³⁹ Hasta 2019, en Surinam no existía una ley que obligara a los empleadores a ofrecer prestaciones por maternidad. Con la nueva ley, las mujeres empleadas tendrán 16 semanas de licencia remunerada.

⁴⁰ Los datos se obtuvieron de las páginas de las instituciones de seguridad social y/o de ILO, *Maternity and Paternity at Work. Law and Practice across the World*, Ginebra, 2014.

⁴¹ La selección de países se hizo a partir de la disponibilidad de información comparable.



Los países de la Caricom han hecho esfuerzos para solucionar la baja cobertura, como la creación de esquemas para personas autoempleadas. Sin embargo, las altas tasas voluntarias de cotización, en su mayoría superiores al 10 % del ingreso asegurable, pueden ser restrictivas para muchas personas. En el caso de Guyana, por ejemplo, de las casi 190 000 personas que contribuyeron a la seguridad social en 2016⁴² —un 37 % de la población de entre 15 y 64 años—,⁴³ sólo poco menos de 8000 están registradas como autoempleadas, en un país con una tasa de informalidad del 54 %.⁴⁴ En Antigua y Barbuda, sólo un 4 % de la PEA contribuye como autoempleada, y cerca del 40 % de la población en edad de trabajar carece de seguro.⁴⁵ En Santa Lucía, sólo el 2 % de las contribuciones provienen del autoempleo registrado.⁴⁶ Aunque este tipo de contribuciones, junto con las voluntarias y las ordinarias, muestra un aumento general en la región, aún queda un camino importante por recorrer para lograr una cobertura efectiva y universal.

4.3.1. Salud

La cobertura de los servicios de salud varía de un sistema a otro, y sólo algunas de las instituciones de seguridad social incluyen beneficios médicos generales. Sin embargo, muchos países de la región cuentan con algún grado de cobertura universal —por ejemplo, atención gratuita universal de primer nivel, o para grupos vulnerables—, por lo que los esquemas contributivos funcionan como complementos. La Tabla 17 considera únicamente a los países que incluyen beneficios médicos en sus esquemas contributivos. Los que no se incluyen es porque la asistencia médica recae en el sistema nacional de salud, a excepción de Haití, en donde los beneficios médicos son responsabilidad del empleador.⁴⁷

⁴² Guyana National Insurance, *Annual Report 2016*, *op. cit.*

⁴³ Cálculo con base en datos sobre población en este grupo etario en Guyana, 2018, del BM, "World Development Indicators".

⁴⁴ Porcentaje de trabajo informal fuera del sector agrario, según datos del BM para Guyana en 2017.

⁴⁵ Cálculos realizados con información de Antigua and Barbuda Social Security Board, "Performance Highlights. January-June 2019", *op. cit.* El porcentaje de población en edad de trabajar se calculó contra los estimados de población total en edad de trabajar en Antigua y Barbuda del BM.

⁴⁶ Calculado con información de The National Insurance Board of the Commonwealth of the Bahamas, *op. cit.*

⁴⁷ La tabla y los datos en esta sección consideran beneficios en salud como el acceso a un sistema de salud aparte de las prestaciones por enfermedad, maternidad o accidentes y enfermedades laborales. Excepto cuando se menciona otra fuente, la información se obtuvo de SSA/ISSA, *op. cit.* No se encontró información comparable para Monserrat.

“La cobertura de los servicios de salud varía de un sistema a otro, y sólo algunas de las instituciones de seguridad social incluyen beneficios médicos generales. Sin embargo, muchos países de la región cuentan con algún grado de cobertura universal —por ejemplo, atención gratuita universal de primer nivel, o para grupos vulnerables—, por lo que los esquemas contributivos funcionan como complementos.”

Tabla 17. Beneficios médicos en las instituciones de seguridad social en países seleccionados de la Caricom

Beneficios médicos de los esquemas contributivos		
País	Programa	Descripción
Antigua y Barbuda	Esquema de beneficios médicos	El <i>Medical Benefit Scheme</i> (MBS) es financiado por una cotización del 3,5 % del salario de los beneficiarios y otra igual de los empleadores para atender en el primer y el segundo nivel. Cubre asistencia financiera y suministros farmacéuticos, así como reembolsos por pruebas de laboratorio, hospitalización y medicamentos para beneficiarios. También aporta fondos y equipo a los hospitales y clínicas locales.
Jamaica	<i>National Insurance Gold</i>	Subsidios a medicamentos para algunas enfermedades crónicas y puede incluir hospitalizaciones, cirugías y servicios de laboratorio.
Santa Lucía	Cobertura de cuidados especializados	Cobertura de estancias y tratamientos en ciertos hospitales a las personas que cumplen con los requisitos para cobrar beneficios por enfermedad.
Surinam	Seguro obligatorio para atención privada	Los beneficios incluyen atención primaria, especializada y preventiva, incluyendo medicamentos, hasta un tope máximo.

Fuente: Elaboración propia con información de SSA/ISSA, *op. cit.* La información del *Medical Benefit Scheme* de Antigua y Barbuda se obtuvo del sitio oficial (<http://www.mbs.gov.ag>).



Como se aprecia en la Tabla 17, las prestaciones de beneficios médicos a personas trabajadoras principalmente funcionan como un complemento para subsanar servicios que los sistemas públicos abiertos aún no ofrecen o que cobran. En los países en los que las personas tienen acceso universal a un sistema de salud, se debe aclarar que no significa necesariamente una cobertura amplia de servicios gratuitos. De hecho, en algunos casos, la primera etapa de implementación de estos sistemas provee atención universal gratuita en el primer nivel, y se requieren copagos para atención hospitalaria o especializada. Es el caso de Guyana, donde los servicios de salud básicos son gratuitos, pero la atención especializada sin costo está disponible sólo si se comprueba la necesidad del subsidio (*means-tested*). Monserrat también tiene un sistema de salud accesible en el primer nivel, pero no para el segundo y el tercero; considerando que muchas personas tienen que pagar por los servicios, se exenta del pago a ciertos grupos, como estudiantes universitarios, servidores públicos y personas consideradas en situación de calle, así como a menores de 16 años y mayores de 60.⁴⁸

Algunos sistemas refieren a los pacientes a hospitales de otros países cuando no pueden brindarles ciertos servicios especializados. Dominica y Monserrat, por ejemplo, tienen servicios de primer y segundo nivel, pero atienden fuera de la isla a la mayoría de sus casos de tercer nivel.⁴⁹ San Vicente y las Granadinas también refieren buena parte de las necesidades de segundo y tercer nivel fuera de sus fronteras, y pueden cobrar algunas tasas mínimas por estos servicios.⁵⁰

En algunos casos, la atención cubre un rango más amplio. Por ejemplo, los hospitales de Guyana ofrecen atención gratuita, pero algunos exámenes como rayos X y laboratorios pueden requerir de un pago. Barbados, además de asistencia médica general, cubre emergencias, salud materna, dental, ocular y mental, o prevención, tratamiento y cuidado por VIH/SIDA. También existe un programa que subsidia medicamentos para algunas personas, como las que sufren ciertas condiciones crónicas o pertenecen a grupos vulnerables, como menores de 16 años o mayores de 64.

Casi todos los sistemas de salud están en proceso de aumentar su cobertura, con miras a un sistema de seguro nacional de salud uni-

⁴⁸ OPS y OMS, *Salud en las Américas. Edición del 2017. Resumen: panorama regional y perfiles de país*, OPS/OMS, Washington, 2017.

⁴⁹ *Idem*.

⁵⁰ *Idem*.

“Casi todos los sistemas de salud están en proceso de aumentar su cobertura, con miras a un sistema de seguro nacional de salud universal para todas las personas residentes en sus territorios.”

versal para todas las personas residentes en sus territorios (ver Tabla 18).⁵⁴ Algunos de los pilotos de cobertura universal han comenzado por regiones —como en el caso de Belice—; en otros casos, se inició con ciertos grupos —por ejemplo, Bahamas y Dominica cubren a poblaciones vul-

nerables como mujeres embarazadas, personas adultas mayores o infantes, y la seguridad social en Jamaica cubre a las personas pensionadas—; y algunos países optaron por comenzar por la cobertura universal en el primer nivel —como San Vicente y las Granadinas—.

Tabla 18. Países de la Caricom que se encuentran en proceso de implementación de un sistema universal de salud

Compromiso de realizar un sistema universal	En proceso de diseño e implementación	Expansión y mejoras en la cobertura de un sistema universal ya construido
Barbados	Belice	Antigua y Barbuda
San Vicente y las Granadinas	Dominica	Bahamas
Trinidad y Tobago	Granada	
	Jamaica	
	Montserrat	
	San Cristóbal y Nieves	
	Santa Lucía	

Fuente: Elaboración propia con información de KPMG Centre for Universal Health Coverage, *Islands of Progress. The Caribbean's journey to Universal Health Coverage*, KPMG 2018. Para Belice se considera la información proporcionada en el sitio oficial de la Social Security Board de ese país.

⁵⁴ Esta tabla muestra solamente los países de los que se tiene información sobre la etapa en la que se encuentran las reformas a sus sistemas de salud encaminadas hacia la cobertura universal.

Tabla 19. Aseguramiento privado como fuente secundaria de cobertura

País	Aseguramiento privado como fuente secundaria de cobertura	Cubre bienes y servicios no incluidos en el paquete básico
Belice	✓	Significativamente
Guyana	✓	Significativamente
Jamaica	✓	
Surinam	✓	Significativamente
Trinidad y Tobago	✓	

Fuente: Luca Korenzoni et al, "Health Systems Characteristics: A Survey of 21 Latin American and Caribbean Countries", *OECD Health Working Papers*, núm. 111, 2019, pp. 21-23.

Mientras se siguen implementando estrategias para alcanzar la cobertura universal, en la mayoría de los países de la región el sector privado tiene un papel importante en la provisión de servicios. En Barbados, por ejemplo, 1 de cada 3 personas empleadas tiene un seguro médico privado.⁵² En Granada, hasta hace poco había sólo seguros de salud privados, pero en 2009 se firmó un acuerdo con una compañía estadounidense para desarrollar un seguro nacional de salud.⁵³ En Haití, la seguridad social no contempla el aseguramiento médico, el cual es responsabilidad del empleador. Por ello, el sector privado, tanto empresarial como sin fines de lucro, es fundamental en la provisión de servicios de salud. Como se puede observar en la Tabla 19, en algunos de estos países el sector privado desempeña una función importante en la provisión de bienes de salud, regularmente no cubiertos por el sistema público.

También en Surinam la colaboración con el sector no gubernamental es fundamental para maximizar la cobertura. Además de la red de puestos de salud de atención primaria que subsidia el gobierno, la organización religiosa Medical Mission recibe fondos públicos para operar más de 50 clínicas en el país.⁵⁴ Trinidad y Tobago, en un esfuerzo por mejorar la salud pública, se vale de asociaciones con organizaciones no gubernamentales y organismos internacionales, los cuales brindan apoyo tanto técnico como financiero al sector salud.⁵⁵

Debido a la diversidad de estrategias de cobertura, en este informe se han elegido algunos indicadores que ayuden a entender mejor la inversión y los resultados de manera comparable. Entre ellos se encuentran el gasto público en salud y la tasa de mortalidad infantil.

⁵² Ministerio de Salud de Barbados, *The Barbados Health of the Nation Survey: Core Findings*, St Michael, 2015. Cit. en OPS-OMS, *op. cit.*

⁵³ OPS y OMS, *op. cit.*

⁵⁴ *Idem.*

⁵⁵ *Idem.*

Tabla 20. Gasto público en salud per cápita en los países de la Caricom⁵⁶

Gasto público en salud per capita PPP (USD)				
País	2000	2010	2017	Gráfica
Antigua y Barbuda	377	556	504	
Bahamas	501	802	770	
Barbados	333	583	594	
Belice	115	296	327	
Dominica	214	328	427	
Granada	136	278	308	
Guyana	118	96	243	
Haití	21	21	17	
Jamaica	200	238	351	
Sn Cristóbal y Nieves	180	262	672	
San Vicente y las Granadinas	180	262	340	
Santa Lucía	158	225	324	
Surinam	315	297	554	
Trinidad y Tobago	231	762	1173	

Fuente: Elaboración propia con datos de OMS, *Global Health Expenditure Database*. Descargados el 30 de enero de 2020.

Como se observa en la Tabla 20, Trinidad y Tobago tiene el gasto público per cápita en salud más alto de la región, seguido por Bahamas y San Cristóbal y Nieves. El gasto más bajo lo tiene Haití, seguido por Guyana —aun cuando tiene un gasto diez veces mayor que Haití—. Prácticamente todos los países de la Caricom han aumentado su gasto público per cápita desde el 2000. En algunos, como Trinidad y Tobago, el incremento ha

sido no sólo considerable —cinco veces el gasto de principios de siglo—, sino constante. En otros, como Antigua y Barbuda, Bahamas y Belice, se observa un impulso inicial y después una estabilización o ligera disminución en la última década. Si bien la falta de crecimiento sostenido puede ocasionar dificultades para expandir los programas hasta la cobertura deseada, es notable el avance regional en este rubro.

⁵⁶ No se encontraron datos para Monserrat.

La Tabla 21, por otro lado, permite visualizar qué porciones del gasto total en salud corresponden a gasto público, gasto de bolsillo, ayuda internacional y otros tipos de gasto privado —principalmente en planes de salud comerciales—. Se puede observar que pocos países tienen proporciones elevadas de gasto público sobre gasto de bolsillo, aunque pocos se alejan del promedio de gasto público de América Latina y el Caribe. Belice, Dominica, Guyana, Jamaica, San Vicente y

las Granadinas, y Surinam incluso tienen un gasto público mayor al promedio y, algunos de ellos —como Belice y Jamaica—, un gasto de bolsillo comparativamente bajo. El camino hacia la universalización de la atención a la salud requerirá una inversión pública significativa. Sin embargo, como se verá más adelante, el gasto público en salud no es suficiente para asegurar la eficacia en los servicios y la mejora en los indicadores, aunque es un paso importante.

Tabla 21. Desglose del gasto en salud en los países de la Caricom⁵⁷

Gasto en salud, porcentaje por tipo de gasto, 2017				
País	Público	Bolsillo	Externa	Otro
Antigua y Barbuda	47	35	0	18
Bahamas	44	31	0	25
Barbados	44	46	2	8
Belice	68	24	2	6
Dominica	65	31	3	1
Granada	43	52	1	4
Guyana	60	32	5	3
Haití	12	40	43	5
Jamaica	65	17	2	16
Sn Cristóbal y Nieves	47	48	0	5
San Vicente y las Granadinas	64	31	2	3
Santa Lucía	49	45	0	6
Surinam	59	26	0	15
Trinidad y Tobago	53	40	0	7
América Latina y el Caribe	54	34	2	9

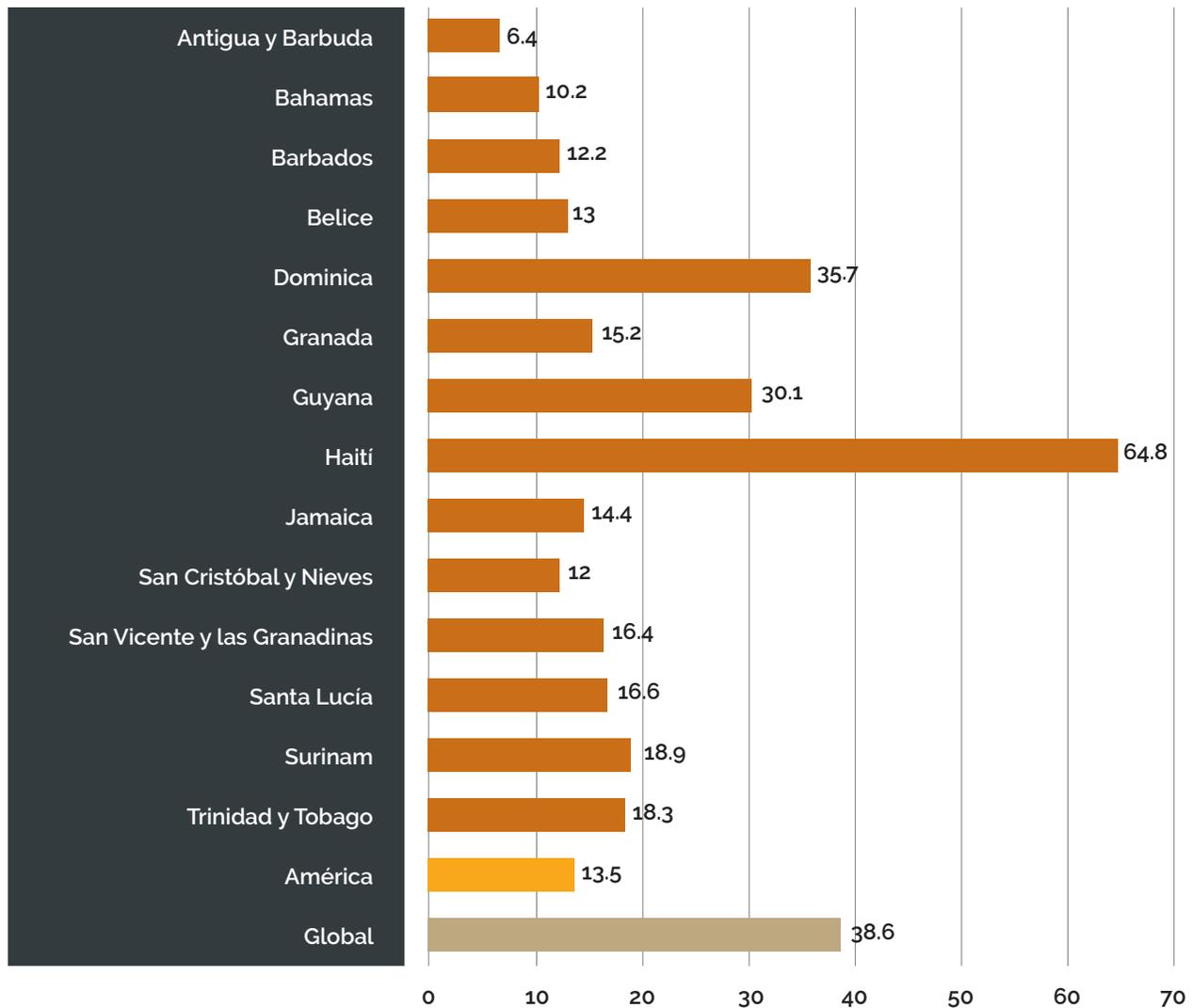
Fuente: Elaboración propia con datos de OMS, *Global Health Expenditure Database*. Descargados el 30 de enero de 2020.

⁵⁷ No se encontraron datos para Monserrat.

En cuanto al segundo indicador que se mencionó, la Gráfica 33 nos permite observar la tasa de mortalidad infantil para 2018. Sólo cinco países tienen mejores resultados en este rubro que la media en América, aunque casi todos, con excepción de Haití, están por debajo del promedio global. Resulta interesante observar que aunque Trinidad y Tobago tiene un gasto público per cápita

de casi el doble que Antigua y Barbuda, su tasa de mortalidad infantil es casi tres veces más alta. Guyana, con una proporción de inversión pública superior a la media de la región de América Latina y el Caribe, reporta una tasa de mortalidad infantil que duplica el promedio continental. Esto habla de importantes diferencias en la eficacia de los servicios de salud y la eficiencia del gasto.

Gráfica 33. Tasa de mortalidad infantil (0-5 años) en países de la Caricom, 2018



Fuente: Elaboración propia con datos de OMS, base de datos de la iniciativa *Every Woman Every Child (EWEC) Global Strategy*. Disponible en <https://apps.who.int/gho/data/node.gswcah>



Si bien todavía hace falta una investigación enfocada en la eficiencia y eficacia de los sistemas de salud en los países del Caribe, existen estudios que pueden dar un panorama del tema. Entre los más recientes destaca una investigación de 2018 conducida por el BID, que busca identificar los niveles de eficiencia de los sistemas de salud en países de América Latina y el Caribe.⁵⁸ Para ello, considera siete resultados: tres en salud —esperanza de vida al nacer, tasa de mortalidad en menores de cinco años y años de vida ajustados por discapacidad (*disability-adjusted life years*, DALY)—; dos de acceso

a servicios —partos asistidos por personal calificado y tasa de vacunación (DPT o triple bacteriana, contra difteria, tétanos y tosferina)— y dos de igualdad en el acceso a servicios —tasas de atención calificada en el parto por quintil y por división urbano/rural—. En algunos modelos se incluye la esperanza de vida al llegar a los 60 años. Para estos indicadores se usa un promedio de los años 2011 a 2015. La variable principal empleada para conocer la eficiencia de los sistemas es la suma del gasto público en salud y los pagos en seguros médicos voluntarios. Es decir, el gasto agregado al incluir los pagos que

⁵⁸ Rodrigo Moreno-Serra, Misael Anaya Montes y Peter C. Smith, *Levels and Determinants of Health System Efficacy in Latin America and the Caribbean*, IDB Technical Note 1582, BID, noviembre de 2018.

hacen los ciudadanos antes de que se requieran los servicios ya sea mediante impuestos, contribuciones a seguros sociales o planes de aseguramiento voluntarios. También se consideran el gasto público sectorial per cápita y el gasto total per cápita en salud. Los datos de las variables son promedios de los años 2006-2010, tomando en cuenta que los aumentos en el gasto en salud no siempre tienen efectos inmediatos.

El estudio corre distintos modelos para comparar la eficiencia entre los países de la región y entre ésta en su conjunto y los países de la OCDE, y busca encontrar qué tanto pueden mejorar los resultados con los niveles actuales de gasto. Entre los 27 países de América incluidos, 8 son miembros de la Caricom: Bahamas, Barbados, Belice, Guyana, Haití, Jamaica, Surinam, y Trinidad y Tobago. De este estudio se desprende que la eficiencia del gasto en Jamaica es consistentemente elevada en los distintos modelos, mientras que Surinam es de los que reportan menor eficiencia en el agregado. Cabe destacar que el modelo muestra que Haití alcanza su límite de eficiencia en varios modelos, pero se debe en buena parte a la falta de casos para comparación.

Los países de la Caricom muestran distintos niveles de eficiencia en el estudio, con resultados muy positivos en algunos casos. Por ejemplo, Bahamas es uno de los países con mayor gasto que alcanza altos niveles de eficiencia en mortalidad infantil e indicadores de servicio, similares a los de Corea del Sur.⁵⁹ Para los indicadores de las condiciones de acceso a servicios, Guyana, Barbados y Jamaica fueron de los países más eficientes. Entre los resultados del estudio también se destacan problemas de eficiencia en ciertos rubros. Por ejemplo, en los DALY, Gu-

yana presenta menos del 66 % de la eficiencia de sistemas con niveles de gasto comparables, y Trinidad y Tobago tiene el 86 % de la esperanza de vida al nacer en comparación con otros países con un gasto similar.

Contrastar el gasto con los resultados permite encontrar áreas de oportunidad para mejorar los sistemas sin necesidad de un aumento importante en la inversión. Sin embargo, esta relación no debe confundirse con la deseabilidad del resultado. Por ejemplo, Guyana obtuvo resultados positivos en una comparación entre los países con gasto bajo, no sólo en acceso a servicios, sino también en vacunación y mortalidad infantil,⁶⁰ sin embargo, como se observó en la Gráfica 33, tiene una de las tasas de mortalidad en menores de 5 años más altas de la región. Aquí se observa que la eficiencia no necesariamente significa resultados deseables o, dicho de otro modo, que no elimina la necesidad de aumentar el gasto público en salud.

Otra manera de comprender la eficiencia del sistema de salud es analizar la contribución de esta dimensión en las mediciones de pobreza multidimensional. La Gráfica 34⁶¹ se basa en un estudio reciente del Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) y muestra que las carencias en salud son componentes importantes de la pobreza multidimensional en muchos países de la Caricom, en especial en Barbados. En Santa Lucía, Surinam, y Trinidad y Tobago son también la proporción mayoritaria. En Belice y Jamaica son tan importantes como las carencias en estándares de vida. Resalta el caso de Haití, con el menor porcentaje de contribución de la salud a la pobreza multidimensional, frente los bajos estándares de vida.⁶²

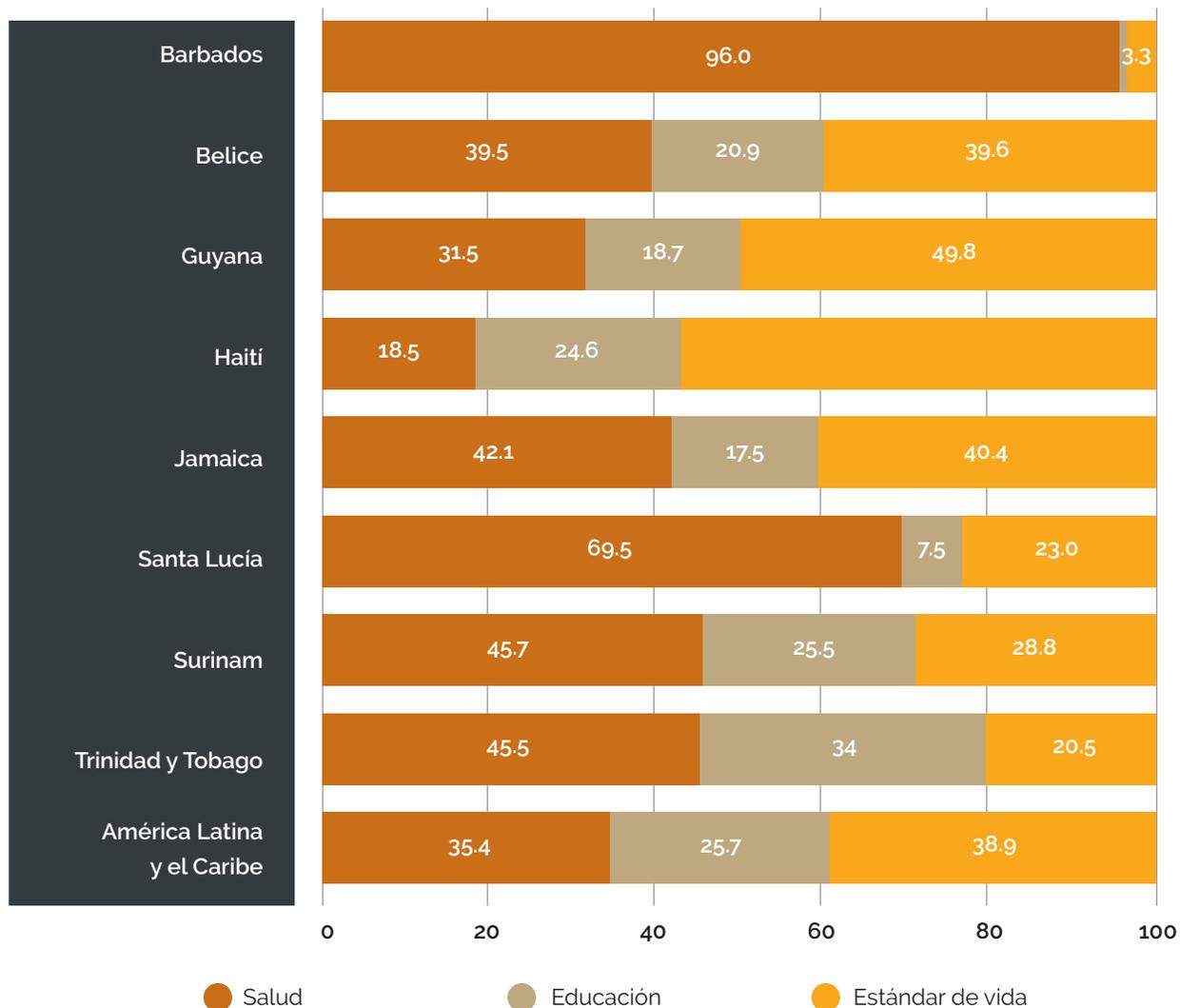
⁵⁹ Rodrigo Moreno-Serra *et al.*, *op. cit.*, p. 53. Ver la Figura 21 en la página 54, la cual muestra que en otros indicadores relacionados con población Bahamas queda por debajo de Corea del Sur y Uruguay, el otro país comparado en este caso.

⁶⁰ *Ibid.*, Figura 12, p. 28. La comparación se hace con Nicaragua, considerado un país eficiente, y Bolivia.

⁶¹ La fuente con la cual se elaboró la gráfica no incluye datos para todos los países de la Caricom.

⁶² Para la deprivación en salud se considera la malnutrición infantil y en mayores de 70 años, y la mortalidad infantil (menores de 18 años). Para mayor información sobre el estudio y la metodología, véase PNUD y Oxford Poverty and Human Development Initiative, *Global Multidimensional Poverty Index 2019. Illuminating Inequalities*, Washington D. C., 2019, y los documentos relacionados. Disponibles en <http://hdr.undp.org/en/2019-MPI>

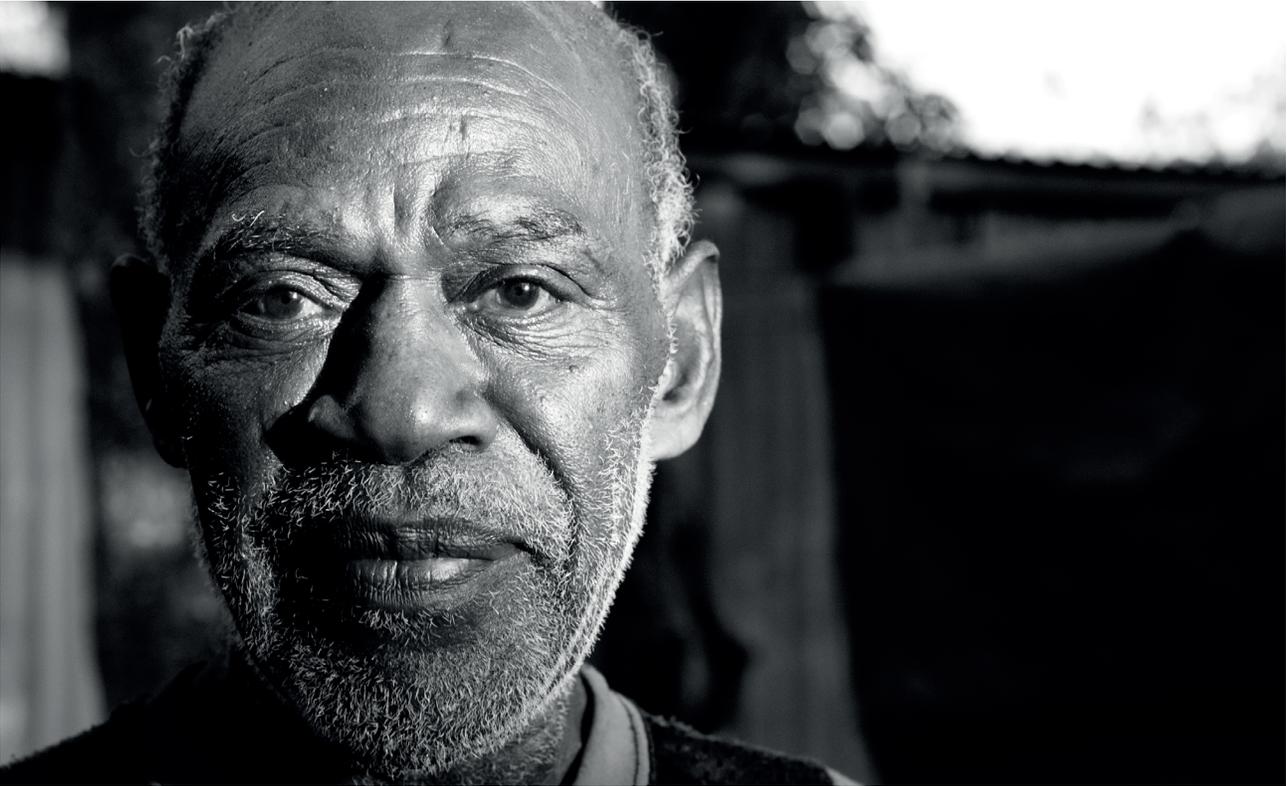
Gráfica 34. Componentes de la pobreza multidimensional en países seleccionados de la Caricom



Fuente: Elaboración propia con datos de Índice de Pobreza Multidimensional elaborado por el PNUD y Oxford Poverty and Human Development Initiative, Global Multidimensional Poverty Index 2019. Global Multidimensional Poverty Index.

Los resultados en salud de la región deben considerar la complejidad de sus sistemas y el contexto de informalidad y pobreza que en muchos casos determina tanto el acceso como los resultados. En general, los países presentan niveles de eficiencia en el gasto relativamente altos, pero no necesariamente resultados finales deseables. Esto indica que un aumento en el gasto, acompañado

de políticas que mantengan y mejoren la eficiencia basadas en buenas prácticas —tanto en la región como en otros países con gastos comparables—, pueden tener resultados significativos. La tendencia en el aumento del gasto público en salud, junto con los esfuerzos por crear esquemas de salud universales, es una señal positiva para la salud de la población en los países de la Caricom.



“Desde su creación, los sistemas de pensiones en los países de la Caricom han sido de reparto y de beneficio definido. Es decir, son esquemas solidarios en los que las aportaciones obligatorias actuales contribuyen al pago de las prestaciones de las personas en retiro.”

4.3.2. Pensiones

Desde su creación, los sistemas de pensiones en los países de la Caricom han sido de reparto y de beneficio definido. Es decir, son esquemas solidarios en los que las aportaciones obligatorias actuales contribuyen al pago de las prestaciones de las personas en retiro. En general, los sistemas se diseñaron para mantener un nivel de vida similar al de los años laborales, pues están basados en los ingresos. En la mayoría de estos países, las pensiones por vejez se calculan a partir del promedio de los mejores salarios recibidos durante los últimos 10 o 15 años de trabajo, aunque

algunos consideran todos los años trabajados. Las tasas de reemplazo varían, pero la mayoría aseguran por lo menos un 30 % después del mínimo de semanas requeridas (alrededor de 500 semanas en su mayoría). Las tasas de reemplazo máximo tienen un promedio del 60 %. Sin embargo, es improbable que altos porcentajes de la población alcancen el máximo posible de semanas cotizadas, dada la alta informalidad en muchas de estas economías. Un estudio de la OCDE⁶³ calculó las tasas de reemplazo netas para algunos países de la región, las cuales fluctúan entre el 32 %, en el caso de Haití, y el 80 %, en el caso de Jamaica.

⁶³ OECD/IDB/WBG, *op. cit.*

Tabla 22. Contribuciones a la seguridad social en los países de la Caricom, 2019-2020

Contribuciones a la seguridad social			
Porcentaje del ingreso asegurable			
País	Total	Obrero	Patronal
Antigua y Barbuda	13.00 %	5.50 %	7.50 %
Bahamas	9.80 %	3.90 %	5.90 %
Barbados	13.50 %	6.75 %	6.75 %
Belice	9.00 %	3.00 %	6.00 %
Dominica	13.00 %	6.00 %	7.00 %
Granada	11.00 %	5.00 %	6.00 %
Guyana	14.00 %	5.60 %	8.40 %
Haití	12.00 %	6.00 %	6.00 %
Jamaica	7.50 %	2.50 %	5.00 %
Montserrat	9.00 %	4.00 %	5.00 %
San Cristóbal y Nieves	11.00 %	5.00 %	6.00 %
San Vicente y las Granadinas	10.00 %	4.50 %	5.50 %
Santa Lucía	10.00 %	5.00 %	5.00 %
Surinam	6.00 %	2.00 %	4.00 %
Trinidad y Tobago	13.20 %	4.40 %	8.80 %

Nota: Para Belice se usa un promedio redondeado, pues el porcentaje varía según el nivel de ingreso. A menor ingreso, menor proporción de carga a la persona asegurada. En los países con sistemas diferenciados, se usa el porcentaje de contribución de empleados del sector privado.

Fuente: Elaboración propia con base en información oficial de los portales institucionales. Para Haití, Jamaica y Surinam los datos se tomaron de SSA/ISSA, *op. cit.*, por lo que las cifras pueden estar desactualizadas.

Las pensiones se financian con contribuciones obligatorias a la seguridad social, con un componente de aportación obrera y otro patronal. En muchos de los países existen sistemas diferenciados para los trabajadores del Estado, con porcentajes de contribución similares. Como se observa en la Tabla 22, la mayoría de los países tienen contribuciones superiores al 10 %, aunque llaman la atención casos con porcentajes menores como Belice, Jamaica, Montserrat y Surinam. La proporción que paga cada parte varía. En algunos la distribución es casi o com-

pletamente equitativa, mientras en otros la cuota patronal es mayor, con una relación de hasta 2:1 en Belice, Jamaica y Trinidad y Tobago. Los déficits en pensiones suelen ser responsabilidad del Estado —aunque en muchos casos no representa un valor preocupante de su gasto—. En los casos de Belice, Guyana, Haití, Jamaica y Surinam, el sistema de pensiones representa menos o cerca del 1 % de su PIB. Barbados destina el 3 % y Trinidad y Tobago el 4.4 %. Como punto de comparación, el promedio de América Latina y el Caribe es del 3.1 %.⁶⁴

⁶⁴ OECD/IDB/WBG, *op. cit.*

Tabla 23. Cobertura de pensiones por vejez en países seleccionados de la Caricom

Porcentaje de la población mayor de 60 años con pensión contributiva por vejez	
Antigua y Barbuda	80 % (2019)
Bahamas	87 % (2016)
Belice	41 % (2018)
Dominica	58 % (2015)
Granada	87 % (2017)
Guyana	69 % (2016)
Santa Lucía	33 % (2017)

Fuente: Elaboración propia a partir de reportes anuales de las instituciones. Disponibles en línea.⁶⁵

Algunos países cuentan con programas de pensiones sociales —de contribución indirecta—. Con excepción de Surinam y Guyana, son programas de asistencia a personas en situación de pobreza. Como sucede en buena parte de la región de América Latina y el Caribe, la generosidad y la suficiencia de los beneficios varía. Un estudio de la OCDE, por ejemplo, estimó la generosidad de las pensiones no contributivas en algunos países de la región mediante el cálculo de los pagos al momento del estudio (2014) y de la expectativa de vida de una persona pensionada a partir de la edad de retiro.⁶⁶ El estudio resalta que Surinam no sólo es uno de los países con mayor cobertura (prácticamente universal), sino también con mayor generosidad en este sentido.⁶⁷ el monto de su pensión social es de 525 SR al mes (unos 70 USD). Como puntos de comparación, las pensiones

contributivas van de 300 SR a 5000 SR (o de 40 a 665 USD, aproximadamente),⁶⁸ además, como salario mínimo se considera el monto más bajo en las tablas salariales de los funcionarios públicos, que es de 600 SR al mes. El mismo estudio muestra una generosidad relativamente alta de la pensión social en Trinidad y Tobago. En este país, el monto varía entre 500 TT y 3500 TT (o entre 70 y 500 USD, aproximadamente), según la situación socioeconómica de la persona beneficiaria. Como punto de comparación, las pensiones contributivas tienen un monto mínimo de 3500 TT,⁶⁹ y el salario mínimo de un funcionario, de 3033.33 TT al mes. Esto significa que las pensiones sociales más generosas de estos países, considerando la expectativa de vida, son en el mejor de los casos cercanas al salario mínimo.

En general, los montos de las pensiones sociales en los países de la Caricom son bajos. En Belice, por ejemplo, el monto semanal de la pensión no contributiva es de 100 BZD (unos 50 USD),⁷⁰ mientras que el salario mínimo se encuentra alrededor de 150 BZD semanales. Guyana, donde la pensión social no está sujeta a comprobación de necesidad económica, se otorga una cantidad de 19 000 GYD al mes (unos 90 USD).⁷¹ El salario mínimo del servicio público (incluido, por ejemplo, el personal de limpieza) es de 70 000 GYD mensuales desde 2019. En Jamaica, un programa de asistencia familiar (*Programme for Advancement through Health and Education*, conocido como PATH) incluye transferencias para menores en edad escolar, mujeres embarazadas y lactantes, personas con discapacidad,

⁶⁵ Excepto por Antigua y Barbuda, los reportes revisados muestran el total de pensiones por vejez al año. El porcentaje en la tabla está calculado contra el total de la población mayor de 60 años, según datos del Banco Mundial (*World Development Indicators*). La selección de países se hizo a partir de la disponibilidad de información comparable. Véase Antigua and Barbuda Social Security Board, *op. cit.*; The National Insurance Board of the Commonwealth of the Bahamas, *op. cit.*; Belize Social Security Board, *op. cit.*; Dominica Social Security Board, *op. cit.*; Grenada National Insurance Board, *op. cit.*; Guyana National Insurance, *op. cit.*; National Insurance Corporation, St. Lucia, *op. cit.*

⁶⁶ OECD/IDB/WBG, *op. cit.*, p. 30.

⁶⁷ *Ibid.*, pp. 30-31. Aunque no se asigna un valor en la tabla comparativa sobre la generosidad, en el texto se destaca que es de las más altas y con mayor cobertura.

⁶⁸ SSA/ISSA, *op. cit.* Los equivalentes en dólares estadounidenses se calcularon en el sitio *Oanda.com*, consultado el 30 de julio de 2020.

⁶⁹ *Idem.*

⁷⁰ *Idem.*

⁷¹ *Idem.*

adultos en situación de pobreza y personas de más de 60 años que no reciben una pensión. El monto para este último grupo es de 2250 JMD mensuales (alrededor de 15 USD),⁷² mientras que el salario mínimo es de 7000 JMD (aprox. 47 USD). Estos montos señalan que las pensiones sociales en muchos de estos países son mecanismos de supervivencia, y difícilmente contribuyen al disfrute de una vejez digna. Sin embargo, son esenciales para sectores importantes de la población y contribuyen con la reducción de los índices de pobreza entre algunos grupos vulnerables, como las mujeres.⁷³

Como en el caso de la cobertura de la seguridad social, es difícil obtener series de datos comparables sobre la cobertura de pensiones contributivas para los países que integran la Caricom. Sin embargo, existen estudios regionales que ayudan a tener una idea de las tendencias históricas en algunos países. Paddison,⁷⁴ por ejemplo, encontró un amplio rango de personas mayores de 65 años que recibían una pensión por vejez —entre el 19 % (en Santa Lucía) y el 85 % (en Barbados)—. Sin embargo, estos datos han ido cambiando y, en general, el número de pensionados por vejez ha aumentado en los países de la Caricom, como se observa al revisar sus reportes anuales (ver Tabla 23). En Antigua y Barbuda, la cobertura de pensiones contributivas alcanza ya el 80 % de la población en edad de retiro, en Dominica es casi del 60 % y en Guyana es del 68 %.

También se puede deducir esta tendencia al ver la disminución del número de personas que reciben pensiones sociales (no contributivas), pues son programas dirigidos a quienes no son beneficiarios de pensiones contributivas o no alcanzaron un nivel mínimo de ingreso mediante ellas, y su disminución, por tanto, evidencia directamente

el aumento del número de beneficiarios de los sistemas contributivos. Según datos de la CEPAL,⁷⁵ el porcentaje de personas mayores de 60 años que reciben una pensión social (no contributiva) en la región ha ido disminuyendo en las últimas décadas. Si se considera que los sistemas de seguridad social de la región se crearon en las décadas de 1960 y 1970, es posible que esta tendencia se deba, en cierta medida, a un aumento paulatino del número de personas que pueden alcanzar el número de semanas cotizadas necesarias a la edad de retiro. Éste es el caso de Antigua y Barbuda, donde el programa de asistencia en la vejez se creó en 1993, y originalmente contemplaba una transferencia mensual de 255 XCD (unos 95 USD) a las personas que, por su edad al momento de implementarse esta ley, no alcanzarían las semanas requeridas para una pensión. El programa estaba contemplado para terminar cuando muriera el último beneficiario. Actualmente, si una persona no alcanza las semanas requeridas, pero ha cotizado por más de 52 semanas y alcanzó la edad de retiro, se le hace un pago único (*Old Age Grant*) equivalente al 75 % de las aportaciones obrero-patronales o de 1200 XCD (unos 450 USD).⁷⁶

“Las pensiones sociales en muchos de estos países son mecanismos de supervivencia, y difícilmente contribuyen al disfrute de una vejez digna. Sin embargo, son esenciales para sectores importantes de la población y contribuyen con la reducción de los índices de pobreza entre algunos grupos vulnerables, como las mujeres.”

⁷² *Idem*.

⁷³ Véase, por ejemplo, OECD, “Report on the Gender Initiative: Gender Equality in Education, Employment and Entrepreneurship 2011”, París.

⁷⁴ Oliver Paddison, “Social Protection in the English-speaking Caribbean”, *CEPAL Review*, núm. 92, agosto de 2007, pp. 101-120.

⁷⁵ Base de datos de la CEPAL, “Programas de protección social no contributiva...”, *op. cit.*

⁷⁶ Véase CEPAL, *op. cit.*; Antigua and Barbuda Social Security Board, “Age Benefits”. Disponible en <http://www.socialsecurity.gov.ag/benefits/age-benefits>. Los equivalentes en dólares estadounidenses se calcularon en el sitio *Oanda.com*, consultado el 30 de julio de 2020. Como punto de comparación, el salario mínimo en Antigua y Barbuda en 2017 era de 8.20 XCD por hora.

A diferencia de lo sucedido en otros países de América, en esta región no ha habido reformas estructurales de los sistemas de seguridad social en general ni de pensiones en particular. Esto puede deberse en parte a que los sistemas, relativamente nuevos, no han experimentado presiones de largo plazo. Ésta es una de las explicaciones que proporciona Paddison,⁷⁷ tomando como prueba la baja proporción del PIB que se destina al sistema de pensiones. En ese entonces (mediados de la década 2000), el promedio regional de ese gasto era del 2 %. Datos más recientes confirman un gasto bajo, como se mencionó en esta sección, aunque en países como Barbados y Trinidad y Tobago el gasto es mayor que la media de América Latina y el Caribe. Además, explica Paddison, los sistemas han logrado acumular reservas importantes. Estos datos se confirman

en los reportes financieros y actuariales más recientes de las instituciones, en los cuales la generalidad es encontrar que las reservas tienden a seguir creciendo.

Esto no significa que los sistemas no presentan retos de financiamiento. Como también señala Paddison, los países de la Caricom y sus esquemas de seguridad social tienen problemas sistémicos y crecientes. En primer lugar, está el envejecimiento de la población, un reto compartido con prácticamente todo el mundo. Como se observa en la Tabla 24, las tasas de fertilidad están decreciendo en todos los países de la Caricom y, en general, se encuentran a menos de la mitad que en 1960; además, hay casos de bajas abruptas como San Vicente y las Granadinas, y Santa Lucía, que pasaron de tasas mayores de siete a menos de dos en los últimos 60 años.

Tabla 24. Tasa de fertilidad en los países de la Caricom

Tasa de fertilidad total (nacimientos por mujer)							
País	1960	1970	1980	1990	2000	2010	2017
Antigua y Barbuda	4.4	3.7	2.1	2.1	2.2	2.0	2.0
Bahamas	4.5	3.5	3.0	2.6	2.1	1.9	1.8
Barbados	4.3	3.1	2.0	1.7	1.8	1.7	1.6
Belice	6.5	6.3	5.8	4.5	3.6	2.7	2.3
Granada	6.7	4.6	4.3	3.8	2.6	2.2	2.1
Guyana	6.4	5.4	3.8	3.1	3.0	2.7	2.5
Haití	6.3	5.8	6.1	5.4	4.3	3.4	3.0
Jamaica	5.4	5.5	3.7	2.9	2.6	2.2	2.0
San Vicente y las Granadinas	7.2	6.0	4.0	3.0	2.4	2.1	1.9
Santa Lucía	7.0	6.1	4.7	3.4	2.2	1.5	1.4
Surinam	6.6	5.7	3.9	3.3	2.9	2.6	2.4
Trinidad y Tobago	5.3	3.6	3.3	2.5	1.8	1.8	1.7
América Latina y el Caribe	5.9	5.2	4.2	3.3	2.6	2.2	2.0

Fuente: Elaboración propia con información del Banco Mundial, World Development Indicators. Datos descargados el 15 de enero de 2020. Sin información para Dominica, Monserrat ni San Cristóbal y Nieves.

⁷⁷ Oliver Paddison, "Social Protection...", *op. cit.*, p. 103.

Las siguientes dos tablas (25 y 26) muestran las consecuencias de la importante baja en la tasa de fertilidad en la región; la Tabla 25, el aumento histórico de la dependencia en la vejez desde la creación de los sistemas de seguridad social en la región. Es decir, el número de personas mayores de 65 años por cada 100 personas en edad laboral (15-64). La Tabla 26 es la proyección de las Naciones Unidas sobre la relación de apoyo potencial, calculado como el número de personas en edad laboral que habrá en los países por cada 100 personas adultas mayores.

Como se observa, la tendencia a una menor posibilidad de sostener los sistemas de seguridad social con las tendencias demográficas actuales es similar en todos los países. Hasta ahora, hay algunos con variaciones en las tasas relativamente bajas (como Guyana, Haití y Surinam), e incluso Belice muestra una disminución en su tasa de dependencia actual con respecto a 1970. Sin embargo, las proyecciones hacia 2050 muestran una disminución importante en la región de la viabilidad de la dependencia en el grupo de personas en edad de trabajar.

Tabla 25. Tasa de dependencia en los países de la Caricom

Tasa de dependencia etaria-vejez (porcentaje de la población de 15-64 años)						
País	1970	1980	1990	2000	2010	2018
Antigua y Barbuda	7.65	9.70	13.00	10.16	10.77	12.73
Bahamas	6.21	6.98	6.75	8.24	9.12	10.33
Barbados	15.17	17.78	15.66	18.26	19.78	23.64
Belice	8.83	9.17	7.88	7.06	6.76	7.29
Granada	11.68	13.54	14.99	14.69	14.79	14.40
Guyana	7.09	6.98	6.57	6.76	7.31	9.87
Haití	6.72	7.46	7.69	7.40	7.56	8.01
Jamaica	11.68	12.61	12.56	13.01	12.72	13.04
San Vicente y las Granadinas	10.67	11.51	11.06	11.07	12.48	14.13
Santa Lucía	9.95	9.74	13.17	12.39	12.47	13.68
Surinam	8.14	7.96	7.79	8.89	9.58	10.48
Trinidad y Tobago	7.63	8.96	9.40	9.53	11.69	15.59
América Latina y el Caribe	7.32	7.76	8.18	9.13	10.49	12.59

Fuente: Elaboración propia con información del Banco Mundial (World Development Indicators). Datos descargados el 15 de enero de 2020. Sin información para Dominica, Monserrat y San Cristóbal y Nieves.

Tabla 26. Relación de apoyo potencial en países de la Caricom

Proyección de la relación de apoyo potencial por grupo etario (15-64)								
País	2015	2020	2025	2030	2035	2040	2045	2050
Antigua y Barbuda	8.5	7.4	6.0	4.8	4.0	3.5	3.2	3.0
Bahamas	10.4	9.1	7.5	5.8	4.9	4.2	3.9	3.7
Barbados	4.6	4.0	3.3	2.8	2.5	2.3	2.2	2.1
Granada	7.0	6.8	5.9	5.3	5.1	4.8	4.6	3.9
Haití	13.2	12.0	11.2	10.3	9.6	9.0	8.0	6.6
Jamaica	7.9	7.4	6.5	5.6	4.8	4.3	4.0	3.5
San Vicente y las Granadinas	7.3	6.9	6.0	5.0	4.4	4.1	3.7	3.4
Santa Lucía	7.7	7.0	5.9	4.7	3.9	3.4	3.0	2.6
Trinidad y Tobago	7.2	5.9	5.0	4.1	3.8	3.6	3.2	2.7
América Latina y el Caribe	8.6	7.5	6.5	5.6	4.9	4.3	3.8	3.4

Fuente: Elaboración propia con datos de PNUD, *World Population Prospects 2019*. Disponibles en <https://population.un.org/wpp/Download/Standard/Population/> descargados el 25 de enero de 2020. No se encontraron datos para todos los países de la Caricom.

Sin duda, las tendencias demográficas son un problema importante que muchas instituciones tienen presente. Si bien no se han hecho reformas estructurales, varios de los países de la región han promovido un aumento de las cotizaciones, de la edad para el retiro y, en algunos casos, de las semanas requeridas para alcanzar una pensión. Un estudio del FMI resume claramente algunas de las reformas que se llevaron a cabo desde los 2000 en Barbados, Bahamas, Belice, Dominica, Jamaica, Santa Lucía, San Vicente y las Granadinas y Trinidad y Tobago.⁷⁸ La mayoría de las primeras reformas buscaron un incremento en las contribuciones y un aumento en el monto máximo asegurable, lo cual disminuye la cantidad de fondos complementarios que las personas necesitarían en su retiro para mantener su nivel de consumo. De esta ola de reformas, sólo Barbados, Belice, Dominica y Santa Lucía aumentaron gradualmente la edad mi-

nima para el retiro. En Belice y Santa Lucía, ésta era de sólo 60 años (y de 63 y 65 después de la reforma). Barbados la subió a 67 y Dominica a 65. Una segunda ola de reformas se está llevando a cabo desde el 2010, las cuales se ocupan principalmente de incrementar la edad de retiro y, en algunos casos, las semanas mínimas requeridas y el porcentaje de contribuciones. Es el caso, por ejemplo, de Antigua y Barbuda, donde desde 2017 se está dando un incremento gradual de contribuciones planeado a 2025. Las contribuciones aumentarán en ese periodo 4 puntos porcentuales —2 para obreros y 2 para patrones— para pasar de un 11 % a un 15 % en el sector público y de un 12 % a un 16 % en el privado.⁷⁹ La edad de jubilación cambiará de los 62 a los 65 años, y el mínimo de semanas, de 600 a 750. En Belice no aumentó el porcentaje total de contribuciones desde 2003, el cual era del 8 %. Actualmente se está incrementando gradualmente hasta llegar

⁷⁸ Koffie Nassar et al., *National Insurance Scheme Reforms in the Caribbean*, IMF Working Paper WP/16/206, octubre de 2016.

⁷⁹ Véase Antigua and Barbuda Social Security Board, "Notice. Increase in contribution rate", 2020. Disponible en <http://www.socialsecurity.gov.ag/files/reforms/notice-contribution-rate-increase-2020.pdf>

al 10 % en 2021. Un caso que llama la atención es el de Surinam,⁸⁰ donde se está llevando a cabo un aumento gradual a largo plazo para alcanzar un total del 42 % del ingreso (compuesto por un 14 % de cuotas obreras y un 28 % de cuotas patronales) al 2065.

Otro problema que enfrentan los países de la Caricom es la alta tasa de migración, en mayoritariamente interna. Si bien las personas se valen de los acuerdos de portabilidad de la Caricom (que les permiten beneficiarse en un país de las cotizaciones realizadas en otro), las naciones participantes pueden experimentar desequilibrios importantes, pues algunas se vuelven receptoras netas y otras expulsoras netas de migrantes. De acuerdo con un estudio de la Organización Internacional para las Migraciones (OIM),⁸¹ sólo Antigua y Barbuda y Surinam reciben más personas de las que migran de sus territorios. Guyana y Haití tienen el mayor número de migrantes intrarregionales,⁸² y Trinidad y Tobago es de los países con mayor déficit migratorio. Sin embargo, quizás el mayor reto para las economías de estos países es la migración fuera de la región. El reporte de la OIM estima que, en poco más de 50 años, más de 5 millones de personas han emigrado de la región del Caribe, donde habitan cerca de 34 millones de personas. Un reporte de la OIT⁸³ de 2006 estimó que algunos países tenían tasas de migración tan altas como un 43 % en Surinam, un 40 % en Granada o un 39 % en San Cristóbal y Nieves, en comparación con el promedio mundial del 2 %. El reporte también subraya la tasa alarmante de "fuga de cerebros" en algunos países. En Guyana, por ejemplo, el 86 % de los egresados de la educación superior salían del país; en Jamaica, el 83 %; en Trinidad y Tobago, el 78 %. Reportes recientes como el de la OIM señalan que, aunque las tasas de migración

han disminuido, el Caribe sigue siendo una de las regiones con los índices más altos. Esto tiene implicaciones importantes para los sistemas de seguridad social, no sólo por la sostenibilidad financiera, sino por la capacidad del Estado de proveer servicios. Por ejemplo, el citado estudio de la OIT señalaba que Jamaica requería entrenar en promedio a cinco doctores para retener a uno.

Como se mencionó en la introducción, a estos problemas regionales se suman altas tasas de desempleo entre los jóvenes, los índices de vulnerabilidad económica y social relativamente altos, e importantes niveles de desigualdad. Sin embargo, muchos de estos países generan altos niveles de ingreso. Por lo tanto, la seguridad social solidaria debe ser auxiliar en los esfuerzos por generar mejores esquemas de redistribución que, a su vez, puedan ser incentivos de retención de la población, en especial de jóvenes y personas con educación superior. Hasta ahora los esquemas de aseguramiento de los países de la Caricom han logrado mantener la sostenibilidad de sus sistemas, principalmente en el rubro de pensiones. Sin embargo, se requiere continuar con el esfuerzo de aumentar la afiliación a quienes están fuera de la economía formal.

“Hasta ahora los esquemas de aseguramiento de los países de la Caricom han logrado mantener la sostenibilidad de sus sistemas, principalmente en el rubro de pensiones. Sin embargo, se requiere continuar con el esfuerzo de aumentar la afiliación a quienes están fuera de la economía formal.”

⁸⁰ SSA/ISSA, *op. cit.*, 2018.

⁸¹ OIM, *Migration in the Caribbean: Current Trends, Opportunities and Challenges*, OIM, San José, 2017. El estudio incluye sólo a nueve de los miembros de la Caricom: Antigua y Barbuda, Bahamas, Belice, Guyana, Haití, Jamaica, San Vicente y las Granadinas, Surinam, y Trinidad y Tobago. También se incluye a Cuba y a la República Dominicana.

⁸² Cabe notar que Haití y Surinam no han ratificado el acuerdo de portabilidad de la Caricom.

⁸³ Andrew Pienkos, *Caribbean Labour Migration: Minimizing Losses and Optimizing Benefits*, ILO, Puerto España, 2006.

4.4. La Caricom y la seguridad social

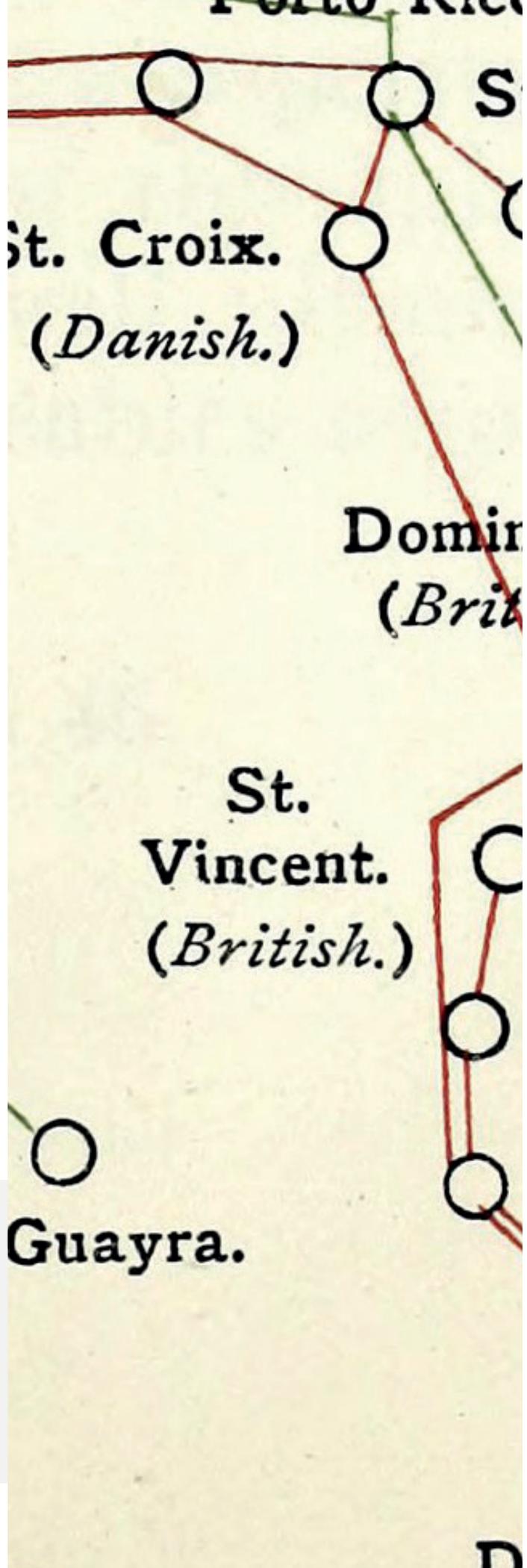
4.4.1. Historia de la Caricom

Aunque los antecedentes de la integración regional son previos a la independencia de los Estados de la Caricom, éstos no fueron iniciativas de colaboración horizontal. Como apunta Ortiz Monasterio,⁸⁴ Reino Unido —como las demás potencias europeas— mantuvo contacto individualizado con sus colonias, con el fin de evitar la interconexión entre ellas. Cuando el control sobre el Caribe comenzaba a flaquear, Londres promovió un conjunto de iniciativas orientadas al bienestar de la población caribeña, incluidos intentos de integración regional. Un ejemplo fue la Federación de las Indias Occidentales, impulsada en 1958 por el gobierno británico con la intención de satisfacer los ánimos independentistas sin perder por completo el control.⁸⁵ Sin embargo, esta Federación tampoco reforzó los lazos entre los territorios, pues mantuvo comunicaciones verticales.

La Federación se disolvió en 1962 y muchas de las islas que la conformaban se independizaron de inmediato —como Jamaica y Trinidad y Tobago en 1962— o poco des-

⁸⁴ Luis Ortiz Monasterio, "El Caribe anglófono. La creación de una nacionalidad", *Revista Mexicana de Política Exterior*, núm. 38, 1993, p. 17.

⁸⁵ La Federación incluía a Antigua y Barbuda, Barbados, Dominica, Granada, Jamaica, Monserrat, San Cristóbal, Nieves y Anguilla, Santa Lucía, San Vicente y las Granadinas, y Trinidad y Tobago. Para un breve resumen de la organización política, véase Caribbean Community Secretariat, "The West Indies Federation". Disponible en https://web.archive.org/web/20130929234257/http://www.caricom.org/jsp/community/west_indies_federation.jsp?menu=community



pués —Barbados y Guyana en 1966—, y algunas se constituyeron como territorios británicos de ultramar (como la isla de Monserrat y los cinco miembros asociados de la actual Caricom: Anguila, Bermudas, Islas Vírgenes Británicas, Islas Caimán e Islas Turcas y Caicos). Aunque la Federación no tuvo éxito, ayudó a fortalecer un creciente sentimiento, incluso anterior a la Federación, de excepcionalidad, un sentimiento “constructivo y vital”: “Este ánimo de singularidad, este orgullo *West Indian*, jugará un papel muy importante, con el paso del tiempo, en la creación de una nacionalidad anglocaribeña”.⁸⁶ Así es como, poco después de que se disolviera la federación, comenzó la organización de lo que sería la Asociación de Libre Comercio del Caribe (CARIFTA, por sus siglas en inglés).

La Federación de las Indias Occidentales, al ser promovida por la metrópoli, no contemplaba mayor interacción económica o comercial entre las colonias; un interés que claramente existía entre ellas. En 1965, Antigua y Barbuda, Barbados y Guyana firmaron el acuerdo de creación de la CARIFTA, y en 1967 invitaron a otras naciones caribeñas, independientes o no, a unirse. Así, en 1968 se firmó el Acuerdo de la CARIFTA, al que se unieron en total 12 países.⁸⁷ Se estableció también un secretariado regional de la comunidad de naciones caribeñas (Commonwealth Caribbean Regional Secretariat) en 1968, y el Banco de Desarrollo del Caribe en 1969. Además, durante esa misma década, hubo otros esfuerzos de integración regional más allá del ámbito económico, como la creación del Servicio Meteorológico Caribeño y un servicio de cargo regional, en colaboración con la Universidad de las Indias Occidentales (fundada en 1948).

Tras la formación de la CARIFTA, los países miembros buscaron que la integración no fuera sólo económica. En consecuencia, en 1973 se firmó el Tratado de Chaguaramas, que establece la creación de la Comunidad del Caribe y el Mercado Común. A la Comunidad se unieron en ese año 13 de los países que hoy en día tienen membresía completa, con excepción de Surinam y Haití, que se unieron en 1995 y 2002, respectivamente. A la par de la Comunidad, se creó el Mercado Común,⁸⁸ aunque con una entidad legal distinta, para permitir la opción de pertenecer a la primera sin incluirse en el segundo, como lo hizo Bahamas. Los objetivos de la Comunidad eran:

1. Una integración económica mediante un régimen de mercado común para (a) fortalecer, coordinar y regular las relaciones económicas y comerciales entre la membresía y así promover un desarrollo acelerado, armónico y balanceado, y (b) aumentar su independencia económica y fortalecer sus capacidades de negociación con otros Estados.
2. Coordinar las políticas exteriores de los Estados miembros.
3. La cooperación funcional en temas como la operación de servicios comunes y el desarrollo tecnológico, cultural y social.⁸⁹

4.4.2. Mercado común y acuerdo de portabilidad

Hacia finales de los ochenta, los países buscaron fortalecer la integración económica y pasar de un mercado común a un mercado único, con li-

⁸⁶ Ortiz Monasterio, *op. cit.*, p. 18.

⁸⁷ Antigua y Barbuda, Barbados, Guyana y Trinidad y Tobago fueron los primeros signatarios. Le siguieron en ese mismo año Dominica, Granada, San Cristóbal y Nieves, y Anguila (antes de su separación), Santa Lucía, San Vicente y las Granadinas, Jamaica y Monserrat. Belice se unió unos años más tarde, en 1971. Es importante anotar que para 1968 cuatro naciones habían obtenido su completa independencia, pero a varias otras se les habían otorgado ya importantes niveles de autonomía.

⁸⁸ Que reemplazó a la CARIFTA, la cual perdió vigencia en 1974.

⁸⁹ Los objetivos completos pueden revisarse en el artículo 4 del *Treaty Establishing the Caribbean Community*, Chaguaramas, 4 de julio de 1973. Disponible en http://www.sice.oas.org/Trade/CCME/Chaguaramastreaty_e.pdf



bre movimiento de capital, productos y personas para aumentar su competitividad internacional ante las crisis económicas y la creciente globalización. Este espíritu se reflejó en la Declaración de Grand Anse de 1989. Durante la década de 1990, se formó una comisión intergubernamental con la intención de revisar el Tratado de Chaguaramas y plantear protocolos para la formación del mercado único. En 2001 se firmó el Tratado de Chaguaramas Revisado, en el cual se incluyen los principios del mercado único y la economía de la Caricom (Caricom Single Market and Economy, CSME), que entró en vigor en 2006. El mercado único se basa en el derecho de establecer negocios en cualquier país miembro y la libre circulación de capacidades, bienes, servicios y capital. Sus principales objetivos son maximizar la capacidad de trabajo, el uso pleno de los factores de la producción (los recursos naturales, el trabajo y el capital) y una producción competitiva.

Los miembros de la Caricom, desde la Declaración de Grand Anse, reconocieron la necesidad de asegurar la movilidad laboral y optaron por una

aplicación progresiva del principio de libre circulación de capacidades para las siguientes categorías: personas con título universitario, artistas, músicos, profesionales de medios de comunicación y deportistas.⁹⁰ Una vez que aumentó la libertad de movimiento entre los países miembro para muchas personas trabajadoras, se hizo necesario un esquema de portabilidad de derechos de seguridad social.

El Acuerdo sobre Seguridad Social en la Caricom se adoptó en 1996 y entró en vigor en 1997. En el Acuerdo se reconoce “que la armonización de la legislación de la seguridad social de los Estados miembros de la Comunidad del Caribe es una de las maneras previstas para promover la cooperación funcional y la unidad regional”.⁹¹ Para tal efecto, el acuerdo establece mecanismos de portabilidad para proteger el derecho a beneficios de largo plazo en los países signatarios en los que las personas hayan trabajado. Las personas trabajadoras de estos países —y sus dependientes— que estén registradas en otro país suscrito al Acuerdo pueden

⁹⁰ Artículo 46 del Tratado Revisado de Chaguaramas, *Revised Treaty of Chaguaramas establishing the Caribbean Community including the Caricom Single Market and Economy*, 2001. Disponible en https://caricom.org/documents/4906-revised_treaty-text.pdf Fuera de estas categorías, los nacionales de los países miembros requieren un permiso para trabajar en otro estado miembro.

⁹¹ Preámbulo del Acuerdo, *Caricom Reciprocal Agreement on Social Security*, 1996. Disponible en https://www.nibtt.net/Downloads/caricom_rec_agreement.pdf



disfrutar del sistema de seguridad social vigente en aquel país. Las semanas cotizadas en un país se tomarán en cuenta en el otro al momento de pensionarse. Los beneficios que se incluyen son pensiones por invalidez, incapacidad, vejez o retiro, sobrevivientes y prestaciones por muerte de la persona beneficiaria.⁹² Con excepción de Haití y Surinam, los otros países de membresía completa de la Caricom han ratificado el acuerdo.

La portabilidad es un avance importante en la expansión del derecho a la seguridad social y una necesidad ante la integración de sus mercados. Sin embargo, no hay evidencia de que un número importante de personas hayan hecho uso de este sistema. En los reportes anuales de los sistemas de seguridad social revisados para este informe, que incluían a las personas que cobran pensiones bajo el Acuerdo, los números no son muy altos. Guyana, por

ejemplo, reportó en 2015 un total de 7 pensionados por vejez conforme al acuerdo de portabilidad y 10 en 2016.⁹³ En Santa Lucía, desde el inicio del acuerdo y hasta 2017 se habían procesado 135 pensiones.⁹⁴ En Dominica, 44 personas cobran pensiones bajo el acuerdo en 2015 —39 por vejez y 5 por sobrevivencia—. No obstante, el número de personas que se han incorporado a la seguridad social en ese país bajo el Acuerdo ha incrementado en los últimos años. De los 1276 nuevos registros a la seguridad social de 2015, 137 provenían de países de la Caricom.⁹⁵ Aunque los datos no son suficientes para generalizar conclusiones, son consistentes con resultados de estudios anteriores⁹⁶ y podrían señalar una falta de conocimiento sobre el sistema,⁹⁷ una disparidad de regímenes de seguridad social que complican la portabilidad,⁹⁸ o quizás una falta de inclusión de la población migrante en la economía formal.

⁹² Con respecto a la cobertura de servicios de salud, desde 2010 se han hecho estudios en la región sobre la posibilidad de establecer un mecanismo regional (*Regional Health Insurance Mechanism*), y continúan las discusiones sobre una mayor colaboración en la materia.

⁹³ Guyana National Insurance Scheme, *op. cit.*, p. 21.

⁹⁴ St Lucia National Insurance Corporation, *op. cit.*, p. 9.

⁹⁵ Dominica Social Security Board, *op. cit.*, pp. 23 y 32.

⁹⁶ Por ejemplo, Alvaro Forteza, *The Portability of Pension Rights: General Principles and the Caribbean Case*, Social Protection and Labor Discussion Paper, Banco Mundial, mayo de 2008.

⁹⁷ La teoría de Forteza, *op. cit.*

⁹⁸ Como propone Guillermo Alfonso Maldonado Sierra, "La seguridad social en el derecho de integración subregional de América Latina y el Caribe", *Revista Latinoamericana de Derecho Social*, núm. 28, enero-junio de 2019, pp. 103-133.

“ El Acuerdo sobre Seguridad Social en la Caricom se adoptó en 1996 y entró en vigor en 1997. En el Acuerdo se reconoce “que la armonización de la legislación de la seguridad social de los Estados miembros de la Comunidad del Caribe es una de las maneras previstas para promover la cooperación funcional y la unidad regional”. Para tal efecto, el acuerdo establece mecanismos de portabilidad para proteger el derecho a beneficios de largo plazo en los países signatarios en los que las personas hayan trabajado.” ”



4.5. Reto pendiente: un enfoque de derechos

La descripción y los resultados de los sistemas de seguridad social en la región deben examinarse también desde un enfoque de derechos. La seguridad social es un derecho humano reconocido en la Declaración Universal de los Derechos Humanos (artículo 22) y el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (artículo 9). Por lo tanto, la institucionalidad del derecho es clave para su continuidad y exigencia.⁹⁹ Un problema regional desde esta perspectiva es la falta del reconocimiento explícito de la seguridad social como un derecho en la mayoría de las normas constitucionales del Caribe. Morlachetti señala que la mayoría de los países de América Latina reconocen en su constitución la protección y promoción de los derechos económicos, sociales y culturales. En contraste, los países del Caribe que forman parte de la Mancomunidad de Naciones (como Antigua y Barbuda, Barbados, Dominica, Granada, San Cristóbal y Nieves y San Vicente y las Granadinas) sólo reconocen derechos civiles y políticos, con limitada o nula mención a los derechos sociales, dentro de los cuales se incluye la seguridad social.¹⁰⁰ Es posible que

⁹⁹ Simone Cecchini y María Nieves Rico, "El enfoque de derechos en la protección social", en Cecchini *et al.* (eds.), *Instrumentos de protección social: Caminos latinoamericanos hacia la universalización*, CEPAL, Santiago de Chile, 2015.

¹⁰⁰ Alejandro Morlachetti, *Current State of Social Protection Legislation in Barbados and the Organization of Eastern Caribbean States from a Human Rights Perspective*, FAO, Roma, 2015, p. 7.

THE UNIVERSAL DECLARATION OF Human Rights

gnity and of the equal and
man family is the foundation
ld,

man rights have resulted in
conscience of mankind, and
beings shall enjoy freedom of
and want has been proclaimed
people,

e compelled to have recourse,
y and oppression, that human
law,

elopment of friendly relations

have in the Charter reaffirmed
in the dignity and worth of
of men and women and have

determined to promote social progress a
larger freedom,

WHEREAS Member States have pledged
operation with the United Nations, the p
for and observance of human rights and

WHEREAS a common understanding of th
the greatest importance for the full realis

NOW THEREFORE THE GENERAL ASSEMBLY
PROCLAIMS this Universal Declaration of I
standard of achievement for all peoples a
every individual and every organ of soci
constantly in mind, shall strive by teachi
respect for these rights and freedoms a
national and international, to secure t
recognition and observance, both among
themselves and among the peoples of terri

ity
ind

ms
as
on,

the
or
an
iny

try

as

h-
n-
of
in.

he
al

id
al

ie
w
y

of
s,
t-

e
is
-

it

,

ARTICLE 14 —1. Everyone has the right to seek and to enjoy in
other countries asylum from persecution.

2. This right may not be invoked in the case of prosecutions genu-
inely arising from non-political crimes or from acts contrary to the
purposes and principles of the United Nations.

ARTICLE 15 —1. Everyone has the right to a nationality.

2. No one shall be arbitrarily deprived of his nationality nor denied
the right to change his nationality.

ARTICLE 16 —1. Men and women of full age, without any limita-
tion due to race, nationality or religion, have the right to marry and
to found a family. They are entitled to equal rights as to marriage,
during marriage and at its dissolution.

2. Marriage shall be entered into only with the free and full consent
of the intending spouses.

3. The family is the natural and fundamental group unit of society
and is entitled to protection by society and the State.

ARTICLE 17 —1. Everyone has the right to own property alone
as well as in association with others.

2. No one shall be arbitrarily deprived of his property.

ARTICLE 18 —Everyone has the right to freedom of thought,
conscience and religion; this right includes freedom to change his
religion or belief, and freedom, either alone or in community with
others and in public or private, to manifest his religion or belief in
teaching, practice, worship and observance.

ARTICLE 19 —Everyone has the right to freedom of opinion and
expression; this right includes freedom to hold opinions without
interference and to seek, receive and impart information and ideas
through any media and regardless of frontiers.

ARTICLE 20 —1. Everyone has the right to freedom
of peaceful assembly and association.

2. No one may be compelled to belong to an association.

ARTICLE 21 —1. Everyone has the right to take part in the
government of his country, directly or through freely chosen
representatives.

2. Everyone has the right of equal access to public service in his
country.

3. The will of the people shall be the basis of the authority of gov-
ernment; this will shall be expressed in periodic and genuine elec-
tions which shall be by universal and equal suffrage and shall be
held by secret vote or by equivalent free voting procedures.

ARTICLE 22 —Everyone, as a member of society, has the right to
social security and is entitled to realisation, through national
effort and international co-operation and in accordance with the
organisation and resources of each State, of the economic, social and
cultural rights indispensable for his dignity and the free develop-
ment of his personality.

ARTICLE 23 —1. Everyone has the right to work, to free choice of
employment, to just and favourable conditions of work and to pro-
tection against unemployment.

2. Everyone, without any discrimination, has the right
to equal pay for equal work.

3. Everyone who works has the right to just and favourable remuneration

ation insuring for
human dignity, and
social protection.

4. Everyone has the right
for the protection of

ARTICLE 24 —Every
reasonable limitation
pay.

ARTICLE 25 —1. Every
one has the right to
adequate for the health
including food, clo-
thing, housing, medi-
cal services, and so-
cial services, and
education, and to
security in the event
of sickness, disabil-
ity, old age or un-
employment.

2. Motherhood and
childhood shall en-
title to special care
and assistance. All
children, whether
born in or out of
marriage, shall en-
joy the same social
protection.

3. Parents have a
primary duty to
educate and in-
struct their children
in the spirit and
values of the Decla-
ration.

ARTICLE 26 —1. Every
one shall be free, at
least in the field of
education, to be
educated in the
State's language,
and to receive
instruction in
his own language
for as long a time
as is necessary.

2. Education shall be
directed to the
full development
of the human
personality and to
strengthening
respect for the
rights and freedoms
of others and to
promoting under-
standing, peace,
goodwill, brotherly
love and friendship
between the
peoples of the
world.

3. Parents have a
primary duty to
educate their
children in the
spirit and values
of the Declaration.

4. States shall ensure
that parents or
guardians have
the right to choose
for their children
the kind of educa-
tion that shall be
given.

5. No one shall be
subjected to
unreasonable or
arbitrary interfer-
ence with his
family, private life,
honour or reputa-
tion.

ARTICLE 27 —1. Every
one has the right to
participate in the
cultural life of the
community,
to enjoy the arts
and to share in
scientific advances
and their benefits.

2. Everyone has the
right to the protec-
tion of the moral
and material inter-
ests resulting from
his scientific, liter-
ary or artistic pro-
ductions.

ARTICLE 28 —Every
one has the right to
a social and inter-
national order in
which the rights
and freedoms set
forth in the Decla-
ration can be fully
realized.

ARTICLE 29 —1. Every
one has duties to
the community in
which alone the
freedom and full
development of
his personality are
possible.

2. In the exercise of
his rights and
freedoms, every
one shall be
subject to such
limitations as are
determined by law
for the purpose of
securing the
recognition and
respect for the
rights and freedoms
of others and of
meeting the just
requirements of
morality, public
order and the
general welfare of
the community.

3. These rights and
freedoms shall be
exercised in full
subject to such
limitations as are
determined by law
for the purpose of
securing the
recognition and
respect for the
rights and freedoms
of others and of
meeting the just
requirements of
morality, public
order and the
general welfare of
the community.

4. No one shall be
subjected to
arbitrary arrest or
detention.

ARTICLE 30 —Nothing
in this Declaration
implies for any
State, group or
individual the
right to engage in
any activity or to
perform any act
aimed at the
destruction of the
rights and freedoms
set forth in this
Declaration.

5. Nothing in this
Declaration shall
be interpreted as
authorizing any
State, group or
individual to
engage in any
activity or to
perform any act
aimed at the
destruction of the
rights and freedoms
set forth in this
Declaration.

6. Nothing in this
Declaration shall
be interpreted as
authorizing any
State, group or
individual to
engage in any
activity or to
perform any act
aimed at the
destruction of the
rights and freedoms
set forth in this
Declaration.

7. Nothing in this
Declaration shall
be interpreted as
authorizing any
State, group or
individual to
engage in any
activity or to
perform any act
aimed at the
destruction of the
rights and freedoms
set forth in this
Declaration.

8. Nothing in this
Declaration shall
be interpreted as
authorizing any
State, group or
individual to
engage in any
activity or to
perform any act
aimed at the
destruction of the
rights and freedoms
set forth in this
Declaration.

esto tenga que ver con la tradición consuetudinaria de sus sistemas legales. Sin embargo, el reconocimiento de la seguridad social como un derecho humano hace necesario que se establezcan mecanismos de garantizarla en los más altos rangos legales.

En cuanto a convenios internacionales, pocos países miembros de la Caricom han ratificado alguno de los convenios de la OIT relativos a la seguridad social. El convenio 102 (norma mínima) de 1952 ha sido ratificado sólo por Barbados¹⁰¹ y San Vicente y las Granadinas.¹⁰² Esto a pesar de que la mayoría de los países cumplen con los requisitos necesarios para adherirse a él, como brindar al menos tres de las nueve prestaciones de seguridad social mencionadas en el Convenio (ver Tabla 15). Tomando en cuenta esta baja adherencia al Convenio 102, no sorprende que ninguno de los países haya ratificado los convenios 121 (Convenio sobre las prestaciones en caso de accidentes del trabajo y enfermedades profesionales, 1964), 130 (Convenio sobre asistencia médica y prestaciones monetarias de enfermedad, 1969) ni 168 (Convenio sobre el fomento del empleo y la protección contra el desempleo, 1988). Sólo Barbados ratificó el 128 (Convenio sobre las prestaciones de invalidez, vejez y sobrevivientes, 1967), en 1972. Belice ha sido el único en ratificar los convenios 156 (Convenio sobre los trabajadores con responsabilidades familiares, 1981) y el 183 (Convenio sobre la protección de la maternidad, 2000).

Sin duda, la portabilidad de las prestaciones ha sido un paso importante en la aplicación tanto del derecho a la seguridad social como de los derechos de las personas migrantes. Sin embargo, Ruxandra Paul, en un análisis de los acuerdos

de portabilidad en distintas regiones del mundo, encuentra que, a pesar de los acuerdos internacionales, la expansión de los derechos sociales a las personas que no son ciudadanas tiene que ver más con la integración económica que con los principios de universalización y no discriminación. Señala que los derechos deberían otorgarse a todas las personas, sin importar su condición laboral o nacionalidad, por el hecho de ser parte de una sociedad. Sin embargo, "lo que más parece importar para determinar el acceso de los migrantes a la protección social formal es si pertenecen o no a un mercado laboral supranacional".¹⁰³

También dentro de cada país aún existen importantes brechas. Si bien en su origen los sistemas de seguridad social se crearon con la intención de incluir a todas las personas, esto está lejos de alcanzarse. En buena medida, es resultado de una expectativa de formalidad laboral casi universal que no se cumplió ni en los países de la Caricom ni en la región de América Latina y el Caribe en general, lo que ocasiona una constante tensión entre la seguridad social como prestación laboral y como derecho humano. Esto ha llevado a sistemas complementarios en los que se otorgan algunas prestaciones además de las incluidas en la seguridad social contributiva, como las pensiones sociales. Sin embargo, como ya se vio, en muchos casos están lejos de lograr montos que permitan una vejez digna. La cobertura en los servicios es, por tanto, un reto importante que superar. Además, como lo demostró el caso de los sistemas de salud, es fundamental que se consideren los contextos de informalidad y pobreza que determinan tanto el acceso a estos servicios como a sus resultados.

Esto no significa, por supuesto, que los países no hayan mostrado importantes logros y esfuerzos

¹⁰¹ Barbados ratificó el convenio en 1972. Aceptó las partes III (Prestaciones Monetarias de Enfermedad), V (Prestaciones de Vejez), VI (Prestaciones en Caso de Accidente del Trabajo y de Enfermedad Profesional), IX (Prestaciones de Invalidez) y X (Prestaciones de Sobrevivientes).

¹⁰² Ratificó el convenio en 2015. Aceptó las partes II (Asistencia médica), III (Prestaciones Monetarias de Enfermedad), V (Prestaciones de Vejez), VI (Prestaciones en Caso de Accidente del Trabajo y de Enfermedad Profesional), VIII (Prestaciones de Maternidad), IX (Prestaciones de Invalidez) y X (Prestaciones de Sobrevivientes).

¹⁰³ Paul Ruxandra, "Welfare without Borders: Unpacking the Bases of Transnational Social Protection for International Migrants", *Oxford Development Studies*, núm. 1, vol. 45, 2017, p. 42.



por la mejora constante y la expansión de sus sistemas de salud y seguridad social. Mucho menos quita mérito a que el tema haya sido de su interés desde la misma fundación de sus Estados. Lo que se busca resaltar es que un paso importante para poder recibir y brindar mejores servicios es la exigencia ciudadana, que pasa y es impulsada por el reconocimiento y la institucionalidad del derecho. Su consagración en las máximas leyes asegura que las conquistas de los gobiernos de los países de la Caricom alcanzadas hasta ahora, que no son pocas, se mantendrán incluso ante eventuales cambios de regímenes o vaivenes políticos. Los avances en la materia en estos países se deben reconocer, proteger e impulsar.

“Si bien en su origen los sistemas de seguridad social se crearon con la intención de incluir a todas las personas, esto está lejos de alcanzarse. En buena medida, es resultado de una expectativa de formalidad laboral casi universal que no se cumplió ni en los países de la Caricom ni en la región de América Latina y el Caribe en general, lo que ocasiona una constante tensión entre la seguridad social como prestación laboral y como derecho humano.”

Capítulo 5

Las transformaciones del sistema de seguridad social uruguayo: fortalecimiento estatal, ampliación de la cobertura y mejora de resultados





Uruguay tiene uno de los sistemas de seguridad social más desarrollados del continente americano. Los índices que se presentaron en el Capítulo 3 lo ubican consistentemente en los estratos de mejor desempeño.

En este capítulo se analiza si, además de asistencia y salud, estas tendencias también se implementaron en el resto de prestaciones del sistema, y se trata de identificar los mecanismos que explican los cambios registrados en los índices e indicadores. Con este objetivo, se revisa el origen y desarrollo del sistema, así como sus reformas recientes.

El sistema de seguridad uruguayo ofrece beneficios en las nueve prestaciones reconocidas en el Convenio 102 de la OIT, y tiene una amplia cobertura. Tras un periodo prolongado de deterioro relativo —en el que se disminuyó el valor real de las prestaciones, se desreguló el sector salud y se introdujo un pilar privado al sistema de pensiones—, se retomó la vocación universalista del sistema y se buscó ajustarlo a la estructura actual de los riesgos sociales. Estos cambios han implicado:

- 1) El crecimiento de la cobertura.
- 2) El fortalecimiento de los mecanismos contributivos.
- 3) El desarrollo de nuevas capacidades estatales.
- 4) La recuperación del Estado como agente principal del sistema de seguridad social.

Sin embargo, desde 2017, la agenda política incluye la necesidad de hacer más sostenible —en términos financieros— el régimen de pensiones, que es uno de sus componentes principales. Si en el desarrollo de esta reforma —que ya entró a la agenda gubernamental— no se ponderan tanto la sostenibilidad como la garantía del derecho a la seguridad social, pueden suscitarse retrocesos importantes en la protección ante el riesgo de empobrecimiento en la vejez.

El capítulo se organiza en cinco apartados. En el primero se revisan algunos datos generales del país, en particular económicos, sociales y demográficos. En el segundo se hace un análisis de las tendencias de los indicadores que componen los índices de presión, cobertura, eficacia y desempeño, para pasar, en el tercero, a la exposición de la información reciente sobre el número de personas que reciben beneficios en las nueve ramas. En el cuarto se exponen el origen y el desarrollo de los componentes del sistema a lo largo el siglo XX para entender su evolución y características hasta la década de 1980. Así, en el quinto se analizan, por un lado, los cambios que van de la década de 1980 a la de 1990 y, por el otro, las profundas transformaciones de los 2000, que ampliaron de manera sustancial la cobertura del sistema, en especial a partir de 2005, y la reciente discusión en torno a una posible reforma al sistema de pensiones para garantizar su sostenibilidad financiera. Finalmente, se presentan algunas conclusiones.

5.1. Condiciones económicas, sociales y demográficas

En comparación con el resto de los países americanos, Uruguay es de tamaño medio: tiene 175 000 km² de área de tierra, con lo que es el 15.º más extenso de entre los 34 países del continente.¹ En 2018 tenía 3 449 299 habitantes, de los cuales el 51.7 % eran mujeres y el 48.3 % hombres;² en ese mismo año se distribuyeron de la siguiente manera según grupos de edad: el 20.6 % tenía menos de 14 años, el 64.6 %, entre 15 y 64, y el 14.8 % tenía 65 o más.³ Como se explica con mayor detalle en la próxima sección, la población está

¹ Países: Antigua y Barbuda, Argentina, Bahamas, Barbados, Belice, Bolivia, Brasil, Canadá, Chile, Colombia, Costa Rica, Cuba, Dominica, Ecuador, El Salvador, Estados Unidos, Granada, Guatemala, Guyana, Haití, Honduras, Jamaica, México, Nicaragua, Panamá, Paraguay, Perú, Puerto Rico, San Vicente y las Granadinas, Santa Lucía, Surinam, Trinidad y Tobago, Uruguay y Venezuela. Banco Mundial, "Área de tierra (kilómetros cuadrados)", *Banco de Datos*, 2020. Disponible en <https://datos.bancomundial.org/indicador/AG.LND.TOTL.K2>

² Banco Mundial, Población, mujeres (del total), Población, hombres (del total), *Banco de Datos*, 2020. Disponible en <https://datos.bancomundial.org/indicador/SP.POP.TOTL.FE.ZS>; <https://datos.bancomundial.org/indicador/SP.POP.TOTL.MA.ZS>

³ Banco Mundial, Población entre 0 y 14 años de edad (% del total) —Uruguay, Población entre 15 y 64 años de edad (del total)— Uruguay, Población de 65 años de edad y más (del total)— Uruguay, *Banco de Datos*, 2020. Disponible en <https://datos.bancomundial.org/indicador/SP.POP.0014.TO.ZS?locations=UY> <https://datos.bancomundial.org/indicador/SP.POP.1564.TO.ZS?locations=UY> <https://datos.bancomundial.org/indicador/SP.POP.65UP.TO.ZS?locations=UY>

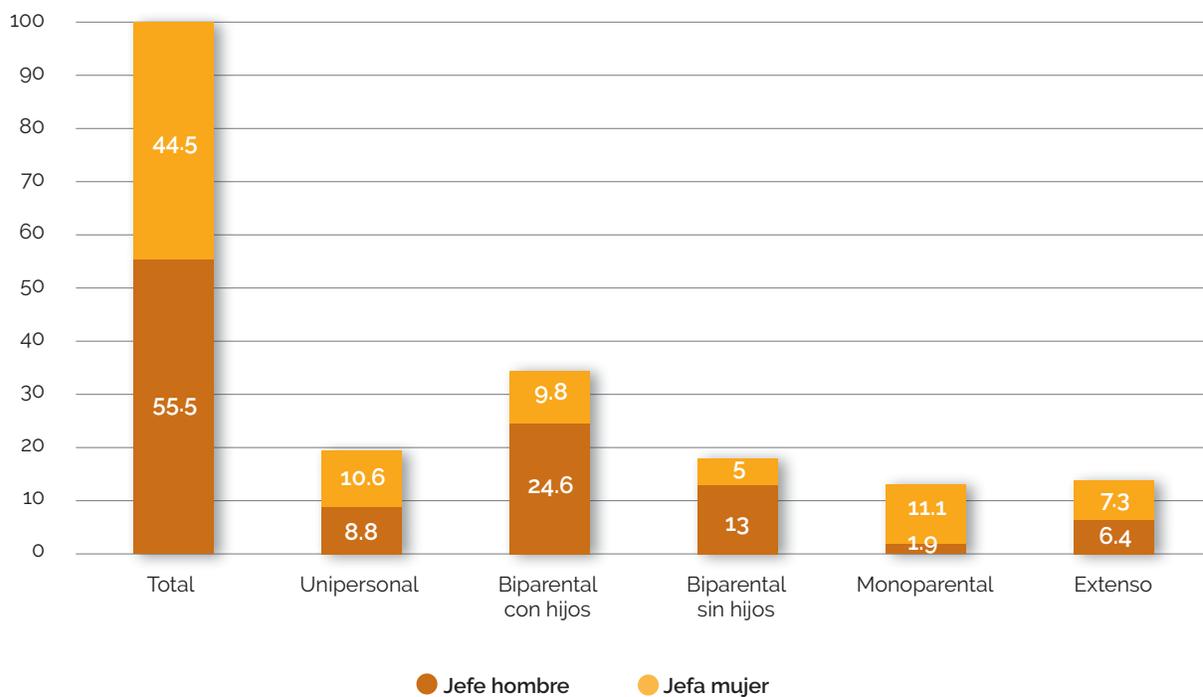


avanzada en su proceso de envejecimiento poblacional.

En 2018, el 34.4 % de los hogares uruguayos eran biparentales, la mayoría de ellos encabezados por hombres (24.6 %), aunque esta última proporción ha descendido, ya que mientras la proporción de hogares biparentales en 2007 era aproximadamente el mismo (34.6 %), los hombres encabezaban el 31.9 %. En tanto

que, en 2018, el 13 % de los hogares eran monoparentales (frente al 11.3 % de 2007) y la mayoría tenían jefatura femenina (11 %).⁴ Además, sólo el 13.7 % de los hogares eran extensos. Esto contrasta con otros países de América Latina, en los que este último tipo de familias es más del 20 % del total —como en Chile y República Dominicana— o en los que es mayor del 40 % —como Nicaragua—.⁵

Gráfica 35. Tipos de hogares por sexo del jefe de hogar en Uruguay, 2018



Fuente: CEPAL, Tipos de hogares por sexo del jefe de hogar según área geográfica, *CEPALSTAT*, 2020. Disponible en <https://cepalstat-prod.cepal.org/cepalstat/tabulador/ConsultaIntegrada.asp?idIndicador=2465&idioma=e>

⁴ CEPAL, Tipos de hogares por sexo del jefe de hogar según área geográfica, *CEPALSTAT*, 2020. Disponible en <https://cepalstat-prod.cepal.org/cepalstat/tabulador/ConsultaIntegrada.asp?idIndicador=2465&idioma=e>

⁵ *Ibid.*



Este país tiene un alto desarrollo económico y social. Su PIB per cápita en 2018 era de 17 277,97 USD, el décimo más alto del continente, por encima de la mayoría de países de la región de América Latina y el Caribe, y apenas superado por Chile.⁶ Su economía ha crecido a un ritmo lento desde 2015 en comparación con la década previa, pero está lejos de retrocesos como los que se registraron entre 1999 y 2003,⁷ cuando enfrentó una de las peores crisis de su historia moderna.⁸ De hecho, incluso la contracción esperada por la pandemia en 2020 (-5 %) es menor que la sufrida en 2002 (-7,7 %).⁹

En materia social, se debe destacar que Uruguay tiene bajos niveles de pobreza. En

2018, apenas el 2,9 % de la población estaba en esta condición,¹⁰ según estimaciones de la CEPAL con base en una metodología de línea de ingreso monetario.¹¹ Esto contrasta con el 19,3 % de población que estaba en esta condición en 2007. La disminución de los valores de este indicador se vincula principalmente con el alto crecimiento económico del periodo 2004-2015, la disminución del desempleo y otras mejoras en materia laboral —como el restablecimiento de la negociación salarial tripartita y el crecimiento del salario mínimo—,¹² así como con los importantes cambios al sistema de seguridad social que se exponen en el tercer apartado.

⁶ A precios actuales. Banco Mundial, "PIB per cápita (US a precios actuales)", *Banco de Datos*, 2020. Disponible en <https://datos.bancomundial.org/indicador/NY.GDP.PCAP.CD?locations=UY>

⁷ Banco Mundial, "Crecimiento del PIB (% anual)", *Banco de Datos*, 2020. Disponible en <https://datos.bancomundial.org/indicador/NY.GDP.MKTP.KD.ZG?locations=UY>

⁸ Más adelante se profundiza en este tema, pero se puede apuntar que los problemas económicos que enfrentó el país en ese entonces se relacionaron con las crisis de Brasil en 1999 y Argentina en 2001, debido a que estos países son los principales socios comerciales de Uruguay.

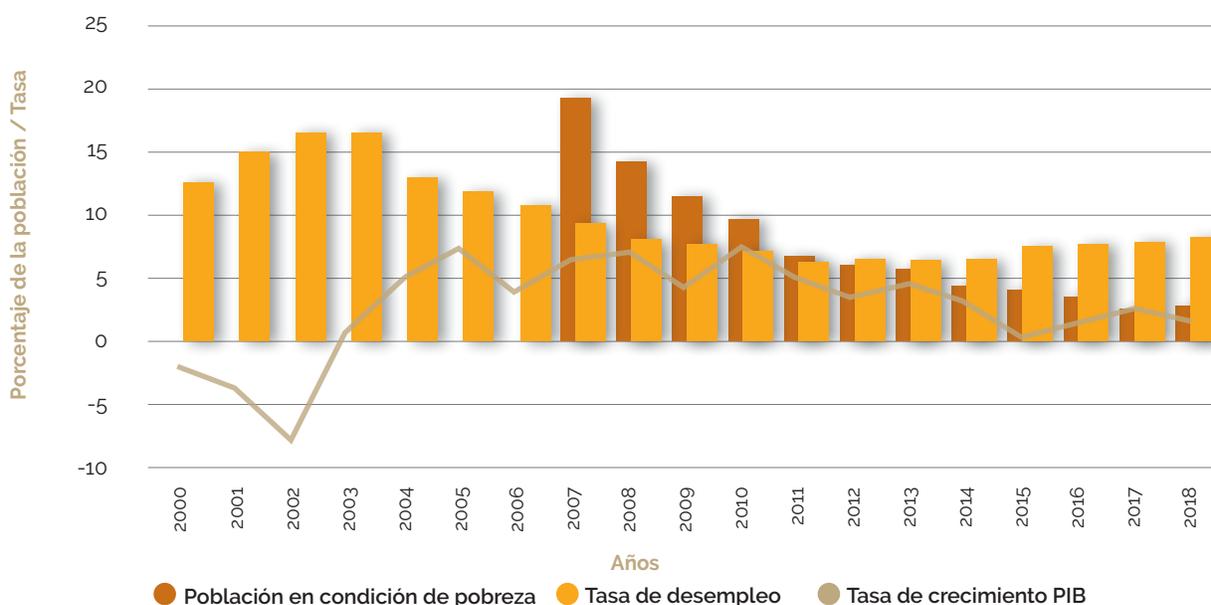
⁹ CEPAL, "Enfrentar los efectos cada vez mayores del COVID-19 para una reactivación con igualdad: nuevas proyecciones", *Informe Especial*, núm. 5, 15 de julio, p. 9.

¹⁰ CEPAL, "Población en situación de pobreza extrema y pobreza según edad, sexo y área geográfica", *CEPALSTAT*. Disponible en <https://cepalstat-prod.cepal.org/cepalstat/tabulador/ConsultaIntegrada.asp?idIndicador=3341&idioma=e>

¹¹ Según el Instituto Nacional de Estadística de Uruguay, fue más bien un 8,1 % de la población. Véase Instituto Nacional de Estadística, *Encuesta Continua de Hogares*. Disponible en <http://www.ine.gub.uy/web/guest/encuesta-continua-de-hogares1>

¹² Verónica Amarante y Victoria Tenenbaum, "Mercado laboral y heterogeneidad productiva en Uruguay", en Verónica Amarante y Ricardo Infante (eds.), *Hacia un desarrollo inclusivo: el caso de Uruguay*, CEPAL/OIT, Santiago de Chile, 2016.

Gráfica 36. Crecimiento del PIB, tasa de desempleo y población en pobreza en Uruguay, 2000-2018



Nota: *La serie de la CEPAL no presenta datos para el periodo 2000-2006.

Fuente: Elaboración propia con datos del Banco Mundial, "Crecimiento del PIB (% anual)", *Banco de Datos*, 2020. Disponible en <https://datos.bancomundial.org/indicador/NY.GDP.MKTP.KD.ZG?locations=UY>; CEPAL, "Población en situación de pobreza extrema y pobreza según edad, sexo y área geográfica", *CEPALSTAT*. Disponible en <https://cepalstat-prod.cepal.org/cepalstat/tabulador/ConsultaIntegrada.asp?idIndicador=3341&idioma=e>; OIT, Tasa de desempleo por sexo y edad (porcentaje anual), *ILOSTAT*, 2020. Disponible en https://www.ilo.org/shinyapps/bulkexplorer31/?lang=en&segment=indicator&id=UNE_DEAP_SEX_AGE_RT_A

Sin embargo, la pobreza afecta principalmente a los grupos de menor edad. Así, en 2018 se calcula que dicha condición repercutía en el 6.7 % de las personas de 0 a 14 años, el 4 % de individuos de 15 a 24 años y el 2.5 % de la población con entre 25 y 44 años. Las personas adultas mayores son las menos expuestas a la pobreza, pues sólo el 0.3 % estaban en esa condición. Por último, según el PNUD, en ese año Uruguay era un país de desarrollo humano muy alto y ocupaba el lugar 55 de 189 en el Índice de Desarrollo Humano.¹³

La tasa de participación en la fuerza de trabajo en 2019 fue del 63.7 % entre las personas de 15 años o más.¹⁴ Hay una clara diferenciación

según el sexo, pues entre los hombres fue del 68.3 % y entre las mujeres, del 52.8 %.¹⁵ La tasa de desempleo era del 8.3 % para toda la población: del 6.9 % para hombres y del 10.1 % para mujeres.¹⁶ Es decir, las mujeres enfrentan mayores barreras para participar en el mercado laboral y, una vez en él, para obtener un empleo.

En 2016 —último año para el que hay datos disponibles—, la OPS estimaba que había una tasa de mortalidad por enfermedades no transmisibles de 458 muertes por cada 100 000 habitantes, mientras que la tasa de mortalidad por enfermedades transmisibles era de alrededor de 43 muertes por cada 100 000 habitantes.¹⁷

¹³ PNUD, Índice e indicadores de desarrollo humano. Actualización estadística de 2018, Nueva York, 2018.

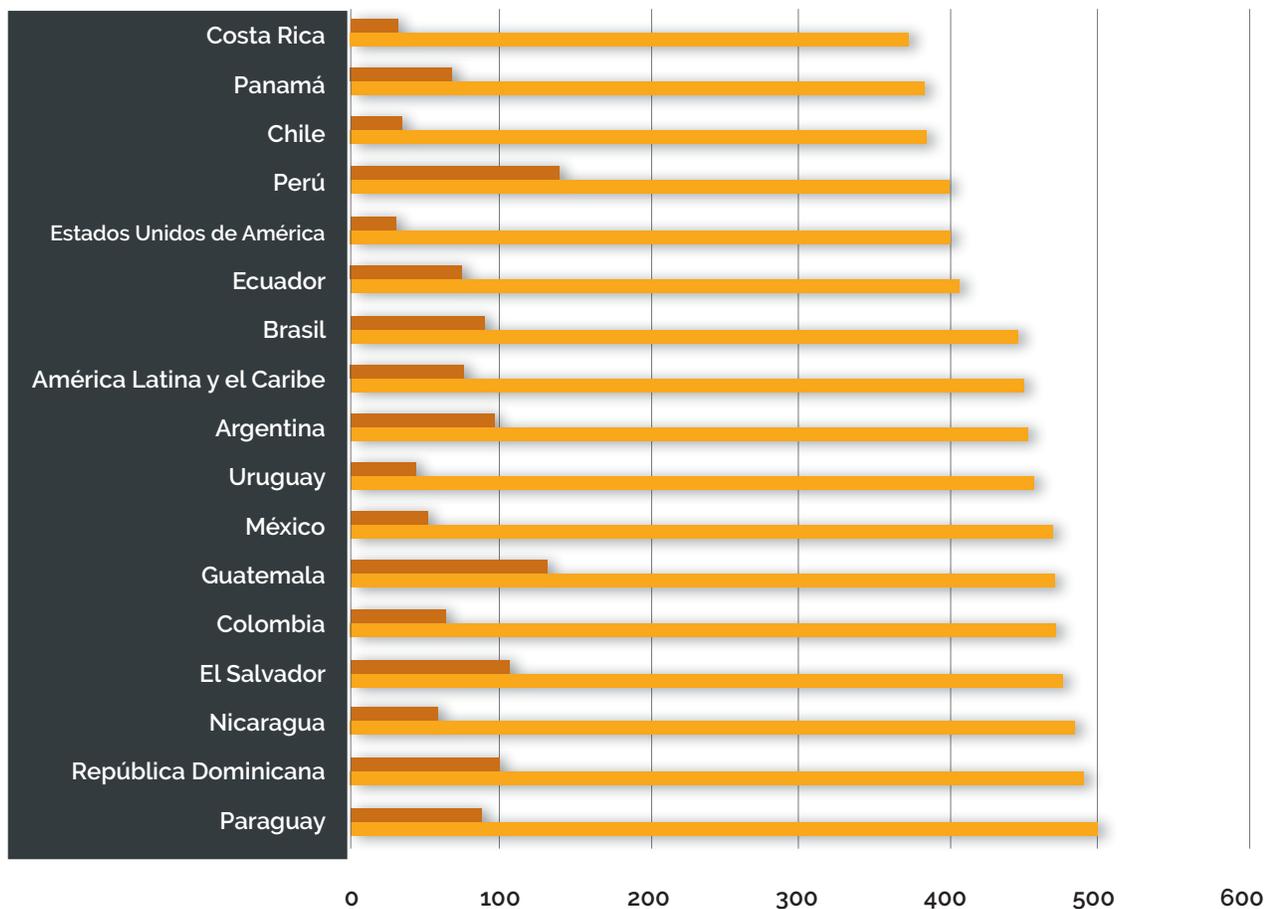
¹⁴ ILO, "Labour Force Participation rate by sex and age (%)-Annual", *ILOSTAT*, 2020. Disponible en https://www.ilo.org/shinyapps/bulkexplorer56/?lang=en&segment=indicator&id=EAP_DWAP_SEX_AGE_RT_A

¹⁵ *Idem*.

¹⁶ ILO, "Unemployment rate by sex and age (%)-Total", *ILOSTAT*, 2020. Disponible en https://www.ilo.org/shinyapps/bulkexplorer53/?lang=en&segment=indicator&id=UNE_DEAP_SEX_AGE_RT_A

¹⁷ OPS, "Tasa de mortalidad por enfermedades transmisibles c/100,000 habitantes", "Tasa de mortalidad por enfermedades no transmisibles c/100,000 habitantes", 2020. Disponible en <https://www.paho.org/data/index.php/es/visualizacion-de-indicadores.html>

Gráfica 37. Tasa de mortalidad por enfermedades transmisibles y por enfermedades no transmisibles por cada 100 000 habitantes en América, 2016



- Tasa de mortalidad por enfermedades transmisibles
- Tasa de mortalidad por enfermedades no transmisibles

Notas:

*Los datos de Canadá, Colombia y Perú corresponden a 2015.

**Los datos de El Salvador y Costa Rica corresponden a 2014.

***Los datos de República Dominicana corresponden a 2013.

Fuente: Elaboración propia con información de Organización Panamericana de la Salud (OPS), "Tasa de mortalidad por enfermedades transmisibles (ajustada por edad c/100,000 habitantes)", "Tasa de mortalidad por enfermedades no transmisibles (ajustada por edad c/100,000 habitantes)", 2020. Disponible en <https://www.paho.org/data/index.php/es/visualizacion-de-indicadores.html>

5.2. Resultados de Uruguay en los índices de presión, cobertura, eficacia y desempeño

El Capítulo 3 permitió aproximarse a las grandes tendencias de los factores que presionan a la expansión del sistema de seguridad social, la evolución de la cobertura de salud y pensiones, así como la eficacia de estas prestaciones. Los índices de cada una de estas dimensiones (IP, IC e IE) ubicaron a Uruguay la mayoría de las veces en el grupo alto (con excepción del Índice de Cobertura en 2016). A continuación, se presenta el comportamiento de este país en los índices y en las variables que los integran.

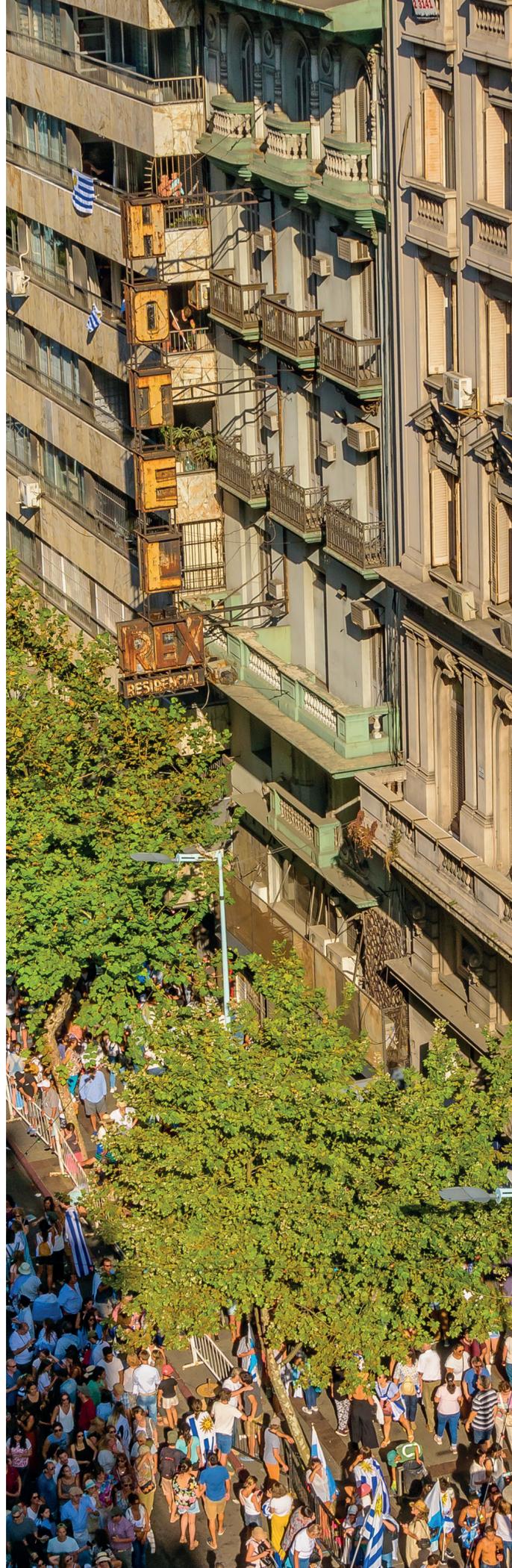


Tabla 27. Indicadores de presión, cobertura y eficacia de la seguridad social para Uruguay

Índices	Indicadores	2000	2010	2018
Presión	Población de 65 años o más como porcentaje de la población total	13.09	14.00	14.81
	Población urbana como porcentaje de la población total	92.03	94.41	95.33
	Empleo en servicios como porcentaje del empleo total	65.76	67.02	72.44
	Tasa de desempleo	12.63	7.16	8.34
Presión Específica	Población rural como porcentaje de la población total	7.97	5.59	4.67
	Tasa de crecimiento poblacional	0.35	0.29	0.37
	Razón de dependencia demográfica	60.34	56.75	54.85
	Trabajadores familiares que contribuyen	1.44	1.28	0.78
	Tasa de informalidad	No disponible	No disponible	24.50 (2017)
Cobertura	Partos atendidos por personal capacitado	99.40 (2002)	99.90	100 (2017)
	Porcentaje de personas de 65 años o más que reciben una pensión	88.40	87.90	87.90 (2017)
	Gasto del gobierno en salud como porcentaje del PIB	4.16	5.16	6.58 (2017)
	Gasto público en protección social como porcentaje del PIB	6.18	6.28	7.86
Eficacia	Tasa de participación laboral de las personas de 65 años o más	10.02	16.65	14.88
	Tasa de mortalidad infantil	14.80	9.20	6.40
	Gasto de bolsillo como porcentaje del gasto total en salud	25.17	20.47	17.55 (2017)
	Población de 65 años o más en situación de pobreza	1.60	1.00	0.30



5.2.1 Índice de Presión (IP)

Uruguay perteneció al estrato de presión alta en 2009 y 2016, y cambió de la tercera a la primera posición entre esos años, es decir, fue uno de los países con mayor presencia de factores sociales, demográficos y laborales relacionados con la necesidad de protección ante riesgos sociales. Su pertenencia a este grupo se debió a que es el país latinoamericano con los valores más altos en tres de los cuatro indicadores que componen el IP: población urbana y de 65 años o más como porcentajes de la población total, y empleo en servicios como porcentaje del empleo total. En tanto, su cambio de posición se vincula con el hecho de que entre 2009 y 2016 tuvo un ligero crecimiento de la tasa de desempleo, de 0.01 puntos, frente a una reducción de 1.3 y 4.4 puntos porcentuales en Canadá y Estados Unidos, respectivamente, y a que presentó un incremento mayor que esos dos países en el empleo en servicios, de 3.6 puntos porcentuales, frente al 0.9 y el 0.1, respectivamente, de los otros dos países.

El Índice de Presión Específica (IPE), elaborado únicamente para 2016, busca aproximarse a

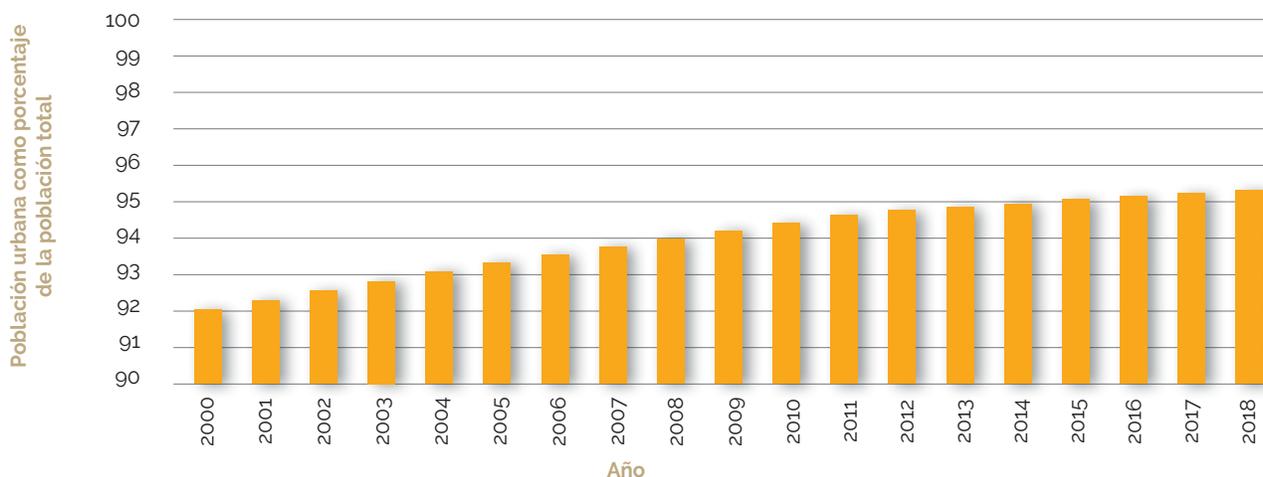
las variables vinculadas con una alta exclusión de la seguridad social. En este caso, Uruguay se ubicó en el estrato muy bajo y en la posición 18 del índice, porque tuvo:

1. El segundo nivel más bajo de informalidad laboral, después de Estados Unidos.
2. La menor presencia de trabajadores familiares que contribuyen como porcentaje del total de empleos.
3. El menor porcentaje de población rural.

Esto lo puso entre los países de menor IPE, a pesar de que tenía un nivel relativamente alto de dependencia demográfica. A continuación, se describen con más detalle las tendencias de los indicadores que componen estos dos índices.

Como se puede apreciar en la Gráfica 38, entre 2000 y 2018, la población urbana apenas creció 3.3 puntos porcentuales, para terminar el periodo con un 95.3 %, y entre 2009 y 2016, se registró un crecimiento aún menor, de 0.9 puntos. En sentido contrario, la población rural pasó del 7.9 % al 4.7 % entre 2000 y 2018. Lo anterior implica que de cada 10 uruguayos, más de 9 vive en una localidad urbana.

Gráfica 38. Población urbana como porcentaje de la población total en Uruguay, 2000-2018

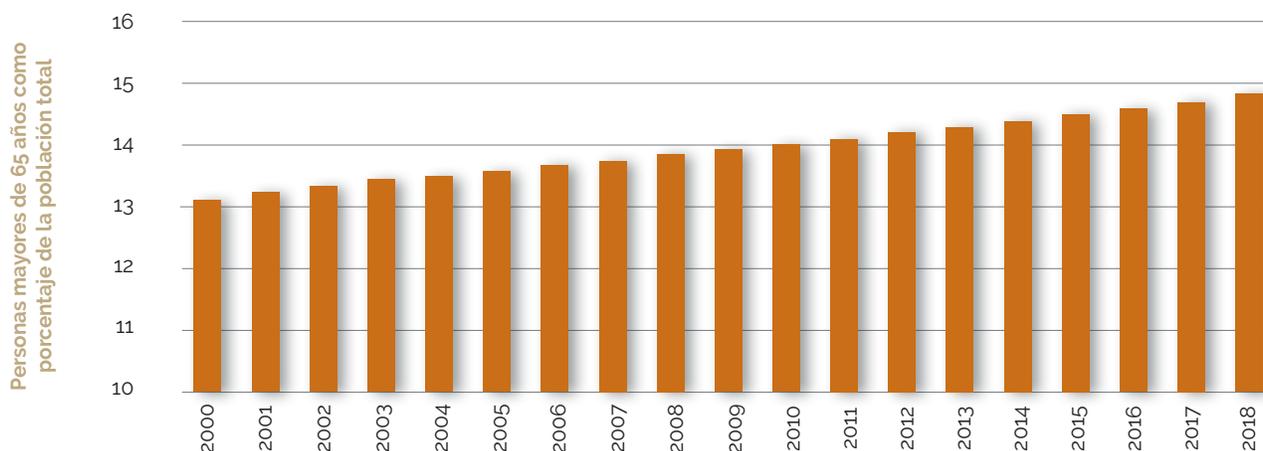


Fuente: Elaboración propia con información del Banco Mundial, "Población urbana (% de la población total)", *Banco de Datos*, 2020. Disponible en <https://datos.bancomundial.org/indicador/SP.URB.TOTL.IN.ZS>

Además, Uruguay está avanzado en su envejecimiento poblacional. La población de 65 años o más pasó del 13.1 % en 2000, al 14.8 % en 2018 (ver Gráfica 39). En buena medida, esta

tendencia se relaciona con ganancias continuas en la esperanza de vida al nacer, que en 1975 era de 69.1 años, llegó a 74.7 en 2000 y a los 77.8 años en 2018.¹⁸

Gráfica 39. Personas mayores de 65 años como porcentaje de la población total en Uruguay, 2000-2018



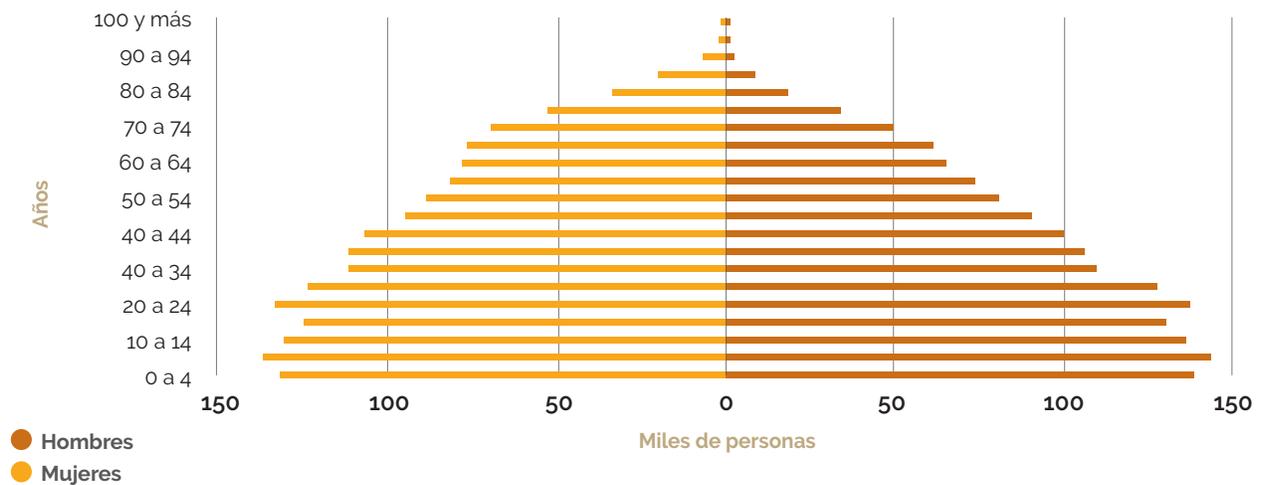
Fuente: Elaboración propia con información del Banco Mundial, "Población de 65 años y más (% del total)", *Banco de Datos*, 2020. Disponible en <https://datos.bancomundial.org/indicador/SP.POP.65UPTO.ZS>

¹⁸ Banco Mundial, "Esperanza de vida al nacer, total (años)", *Banco de Datos*, 2020. Disponible en <https://datos.bancomundial.org/indicador/SP.DYN.LE00.IN>

Asimismo, el envejecimiento se relaciona con una disminución de la población de menor edad en las últimas dos décadas. Como se aprecia en las gráficas 40, 41 y 42 —que muestran el número de personas por grupos de edad en 2000, 2010 y 2018—,

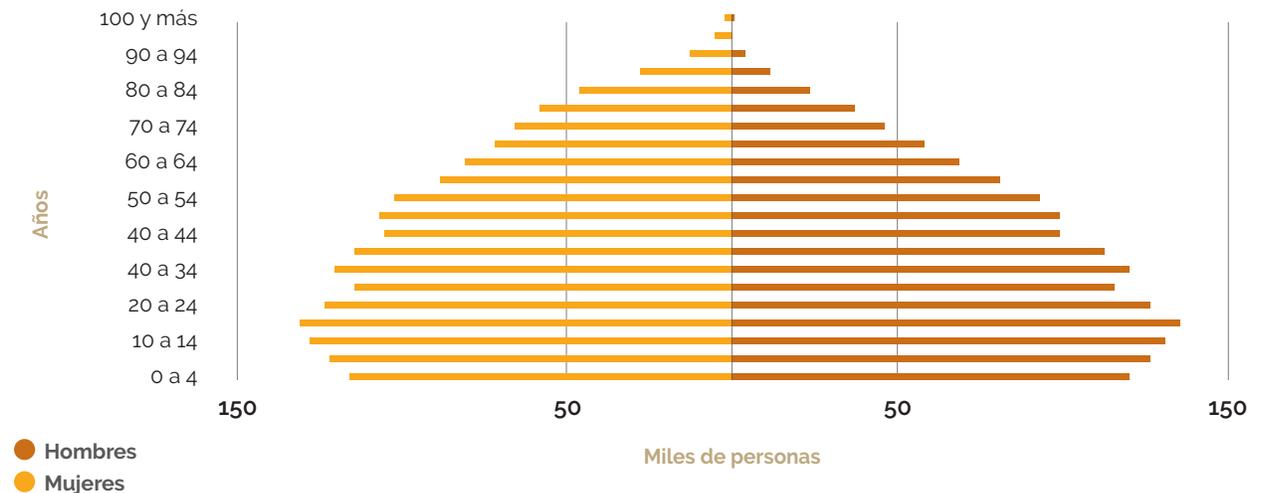
la distribución de la población ha comenzado a tomar forma de pirámide invertida. Esto explica la reducción en la dependencia demográfica, que pasó de 60,3 personas en edad inactiva por cada 100 en edad activa en 2000, a 54,9 en 2018 (ver Gráfica 43).

Gráfica 40. Hombres y mujeres por grupos de edad en Uruguay, 2000



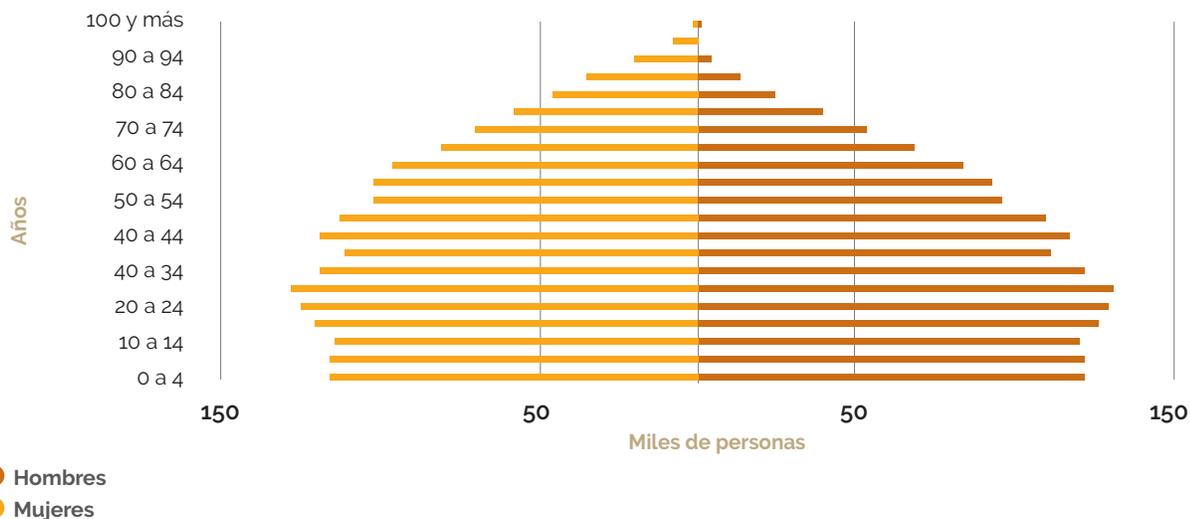
Fuente: Elaboración propia con información de CEPAL, Población, por grupos de edad, según sexo, *CEPALSTAT*, 2020. Disponible en <https://cepalstat-prod.cepal.org/cepalstat/tabulador/ConsultaIntegrada.asp?idIndicador=31&idioma=e>

Gráfica 41. Hombres y mujeres por grupos de edad en Uruguay, 2010



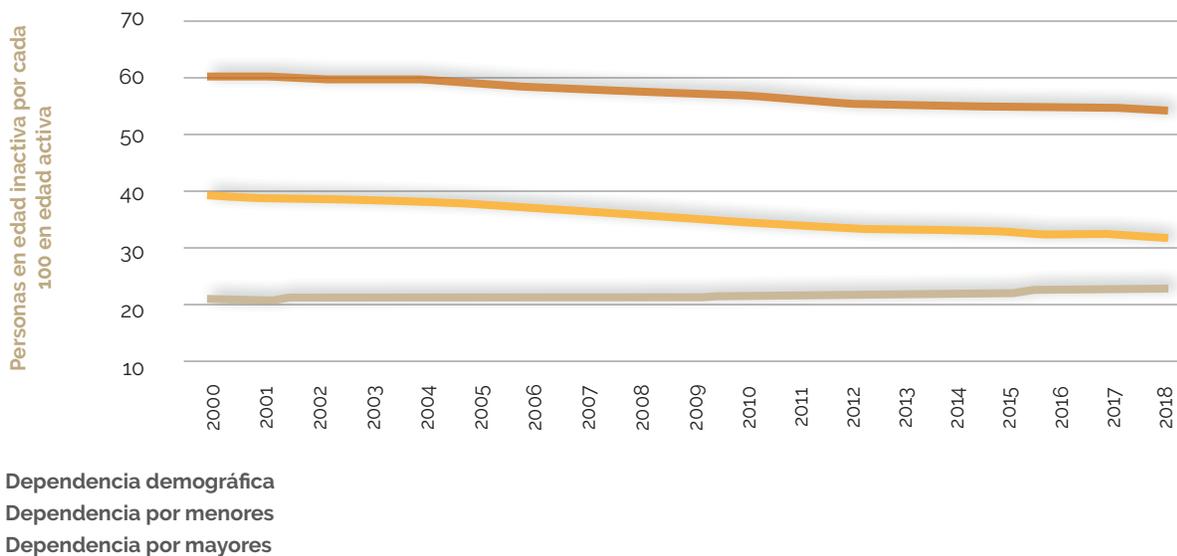
Fuente: Elaboración propia con información de CEPAL, Población, por grupos de edad, según sexo, *CEPALSTAT*, 2020. Disponible en <https://cepalstat-prod.cepal.org/cepalstat/tabulador/ConsultaIntegrada.asp?idIndicador=31&idioma=e>

Gráfica 42. Hombres y mujeres por grupos de edad en Uruguay, 2020



Fuente: Elaboración propia con información de CEPAL, Población, por grupos de edad, según sexo, *CEPALSTAT*, 2020. Disponible en <https://cepalstat-prod.cepal.org/cepalstat/tabulador/ConsultaIntegrada.asp?idIndicador=31&idioma=e>

Gráfica 43. Dependencia demográfica en Uruguay, 2000-2018



Fuente: Elaboración propia con información del Banco Mundial, Age dependency ratio, young (% of working-age population), Age dependency ratio, old (% of working-age population), Age dependency ratio (% of working-age population). Disponibles, respectivamente, en <https://data.worldbank.org/indicator/SP.POP.DPND.OL?locations=UY> <https://data.worldbank.org/indicator/SP.POP.DPND.YG?locations=UY> <https://data.worldbank.org/indicator/SP.POP.DPND?locations=UY>

La reducción de la población joven se relaciona, a su vez, con la caída del número de hijos por mujer —pasó de 2.4 en 1996 a 1.6 en 2018—, la cual constriñó la tasa de crecimiento poblacional —apenas tuvo una ganancia de 0.01 puntos porcentuales entre 2000 y 2018, pero con un claro descenso en 2003 y 2004—. A esto se agrega que Uruguay se ha convertido en un país expulsor de migrantes desde la década de los sesenta,¹⁹ y que a principios del 2000 hubo una importante salida de población debido a la grave crisis económica que azotó al país desde 1998.²⁰

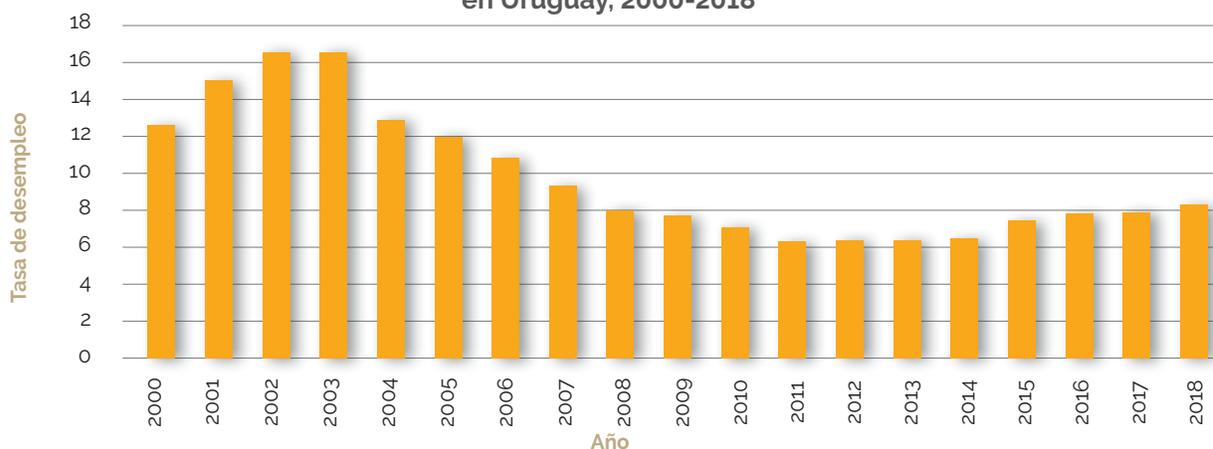
Este proceso de envejecimiento poblacional impone serios desafíos al sistema de seguridad social uruguayo, que, como se verá más adelante, han determinado en buena medida los problemas que se han propuesto atender las reformas recientes al sistema.

Los indicadores laborales incluidos en el IPE muestran, en general, una presencia alta de tra-

bajo remunerado y bajos niveles de informalidad laboral. Respecto a lo primero, conviene destacar que, en 2018, el trabajo en empresas familiares únicamente representaba el 0.8 % del total de empleos y que ha tenido una tendencia decreciente en comparación con 2000, cuando era del 1.4 %, aunque con un repunte de 2003 a 2006, cuando alcanzó un máximo del 2 %, probablemente relacionado con la crisis económica del primer lustro de los 2000.²¹

Los efectos de la crisis también se pueden observar en el comportamiento de la tasa de desempleo, que presentó un máximo del 16.7 % en 2003, para presentar un descenso constante hasta 2011, con un 6.3 %. A partir de entonces ha vuelto a crecer, ligeramente, hasta llegar al 8.3 % en 2018. Es probable que esta tendencia se relacione con los menores niveles de crecimiento económico registrados desde 2015 (ver Gráfica 44).

Gráfica 44. Tasa de desempleo en Uruguay, 2000-2018



Fuente: Elaboración propia con información de la OIT, "Tasa de desempleo por sexo y edad (%) anual", *ILOSTAT*, 2020, disponible en https://www.ilo.org/shinyapps/bulkexplorer31/?lang=en&segment=indicator&id=UNE_DEAP_SEX_AGE_RT_A

¹⁹ Luis Bértola, Fernando Isabella y Carola Saavedra, *El ciclo económico del Uruguay, 1998-2013*, CEPAL, Santiago de Chile, 2014; Juan José Calvo, "La demografía presente y futura del Uruguay", en Rafael Rofman, Verónica Amarante e Ignacio Apella (eds.), *Cambio demográfico y desafíos económicos y sociales en el Uruguay del siglo XXI*, CEPAL/BM, Santiago de Chile, 2016.

²⁰ Se estima que, entre 1999 y 2003, emigró aproximadamente el 3 % de la población a causa de la crisis económica. Véase María Bonino, Huck-ju Kwon y Alexander Peyre Dutrey, "Uruguay's Social and Economic Challenges and Its Policy Responses", en Manuel Riesco (ed.), *Latin America: A New Developmental Welfare State Model in the Making?*, Palgrave Macmillan/UNRISD, Nueva York, 2007, p. 219.

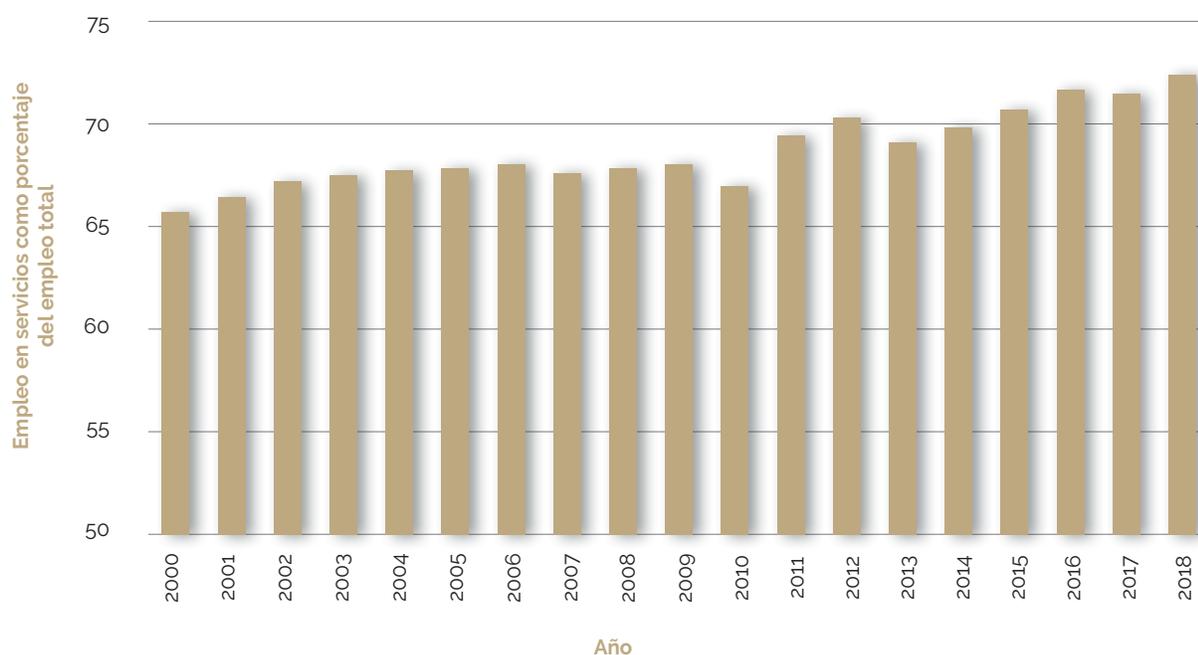
²¹ Banco Mundial, Trabajadores familiares que contribuyen, total (% del empleo total) – Uruguay, *Banco de Datos*, 2020. Disponible en <https://datos.bancomundial.org/indicador/SL.FAM.WORK.ZS?locations=UY>

La fuente utilizada para obtener los datos de informalidad laboral del IPE es *Women and Men in the Informal Economy*, de la OIT. Y ésta únicamente incluye una observación para 2016, la cual indica que el empleo informal en Uruguay ascendía al 24.5 %.²² Sin embargo, con una metodología distinta, Verónica Amarante y Victoria Tenenbaum identificaron que la informalidad pasó del 34.7 % en 2007, al 24.9 % en 2014.²³ En opinión de estas investigadoras, este cambio se relacionó con el desempeño económico y con las políticas laborales de los gobiernos del Frente Amplio, entre las que destaca la reinstitucionalización de la negociación colectiva, el incremento del salario mínimo y, en general, una política en favor de los trabajadores.

Otra característica de la estructura laboral uruguaya es la concentración del empleo en el sector servicios, la más alta de América Latina. Es interesante notar que, a diferencia de lo que plantean Carnes y Mares,²⁴ y de lo que suele ocurrir, el incremento del empleo en el sector no se ha acompañado de un crecimiento de la tasa de informalidad. Como se aprecia en la Gráfica 45, el empleo en servicios fue el 65,8 % del empleo total en 2000, llegó al 68,1 % en 2009, al 71,7 % en 2016 y al 72,4 % en 2018.

En conjunto, estos cuatro indicadores laborales, incluidos en el IP —tasa de desempleo y empleo en servicios— y en el IPE —empleo informal y trabajadores familiares— indican una baja presencia de factores relacionados con la exclusión de la seguridad social.

Gráfica 45. Empleo en servicios como porcentaje del empleo total en Uruguay, 2000-2018



Fuente: Elaboración propia con información del Banco Mundial, "Empleos en servicios (% del total de empleos)", *Banco de Datos*, 2020. Disponible en <https://datos.bancomundial.org/indicador/SL.SRV.EMPL.ZS>

²² ILO, *Women and Men in the Informal Economy: A Statistical Picture*, Ginebra, 2018, p. 87.

²³ Verónica Amarante y Victoria Tenenbaum, *op. cit.*, p. 87.

²⁴ Matthew E. Carnes y Isabela Mares, "Coalitional Realignment and the Adoption of Non-Contributory Social Insurance Programs in Latin America", *Socio-Economic Review*, vol. 12, 2014, 695-722.



5.2.2. Índice de Cobertura (IC)

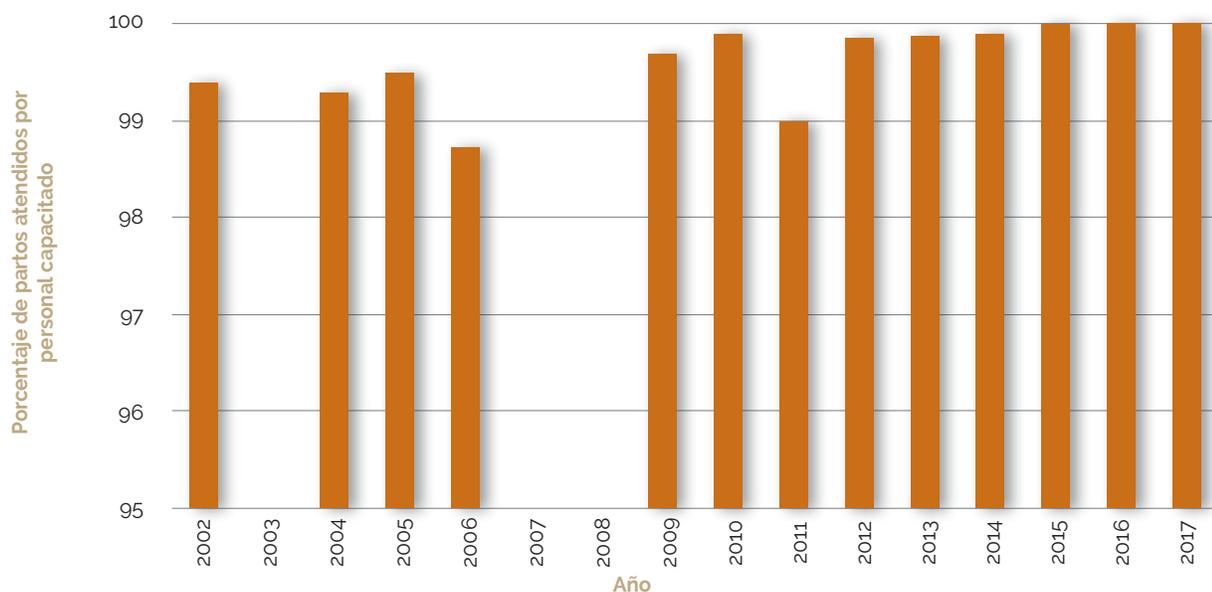
En 2009, Uruguay se ubicó en el grupo alto del Índice de Cobertura (IC), junto con Estados Unidos, Canadá, Brasil, Argentina y Chile. Sin embargo, para 2016 pasó al estrato medio, con Brasil, Bolivia, Chile, Colombia y Costa Rica.

El tránsito de Brasil, Chile y Uruguay al último grupo se debió tanto a los cambios en sus propios indicadores como a los que ocurrieron en los otros países. En general, en estos tres casos hubo una relativa estabilidad en la cobertura. En Uruguay, por ejemplo, hubo crecimientos moderados en los indicadores de gasto en protección social, cobertura de pensiones y partos atendidos por personal capacitado, y tuvo un incremento acelerado en el gasto del gobierno en salud. Sin embargo, aumentó también, y en mayor medida, la cobertura en países como Colombia, cuyo sistema de pensiones pasó de otorgar beneficios al 25,7 % de las personas de 65 años o más en 2009,

a cubrir al 45,9 % en 2016, mientras que, en Bolivia, el porcentaje de partos atendidos por personal capacitado pasó del 67,4 % en 2009 al 99 % en 2016. En síntesis, el cambio de estrato se dio por un incremento sustancial de la cobertura en los países del grupo medio y no tanto por un descenso de los niveles de Uruguay, como se muestra a continuación.

Así, en salud, se comprobó un porcentaje muy alto de partos atendidos por personal entrenado, con un mínimo del 98,7 % en 2006, un valor del 99,7 % en 2009, y un máximo del 100 % a partir de 2015 (ver Gráfica 46). Además, hubo un claro incremento en el gasto del gobierno en salud, en particular a partir de 2007 (3,9 % del PIB) al 2018 (6,6 %). En los años para los que se estimó el IC, 2009 y 2016, el gasto fue del 5,1 y del 6,4 % del PIB, respectivamente. Como se expone en las siguientes secciones, dicho aumento se debió a la creación del Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS).

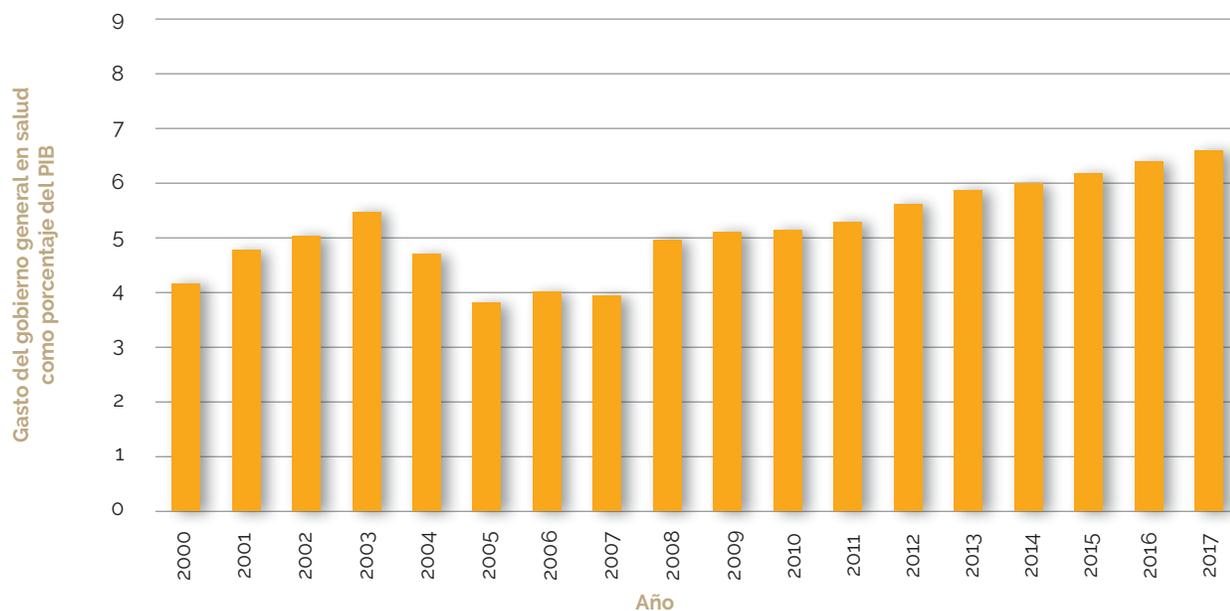
Gráfica 46. Partos atendidos por personal entrenado en Uruguay
(años disponibles), 2002-2017



Nota: No hay datos disponibles para 2003, 2007 y 2008.

Fuente: Elaboración propia con información del Repositorio de datos del Observatorio Mundial de Salud, "Partos atendidos por personal entrenado". Disponible en <https://apps.who.int/gho/data/view.main.GSWCAHo2v>

Gráfica 47. Gasto interno en salud del gobierno general como porcentaje del PIB en Uruguay, 2000-2017

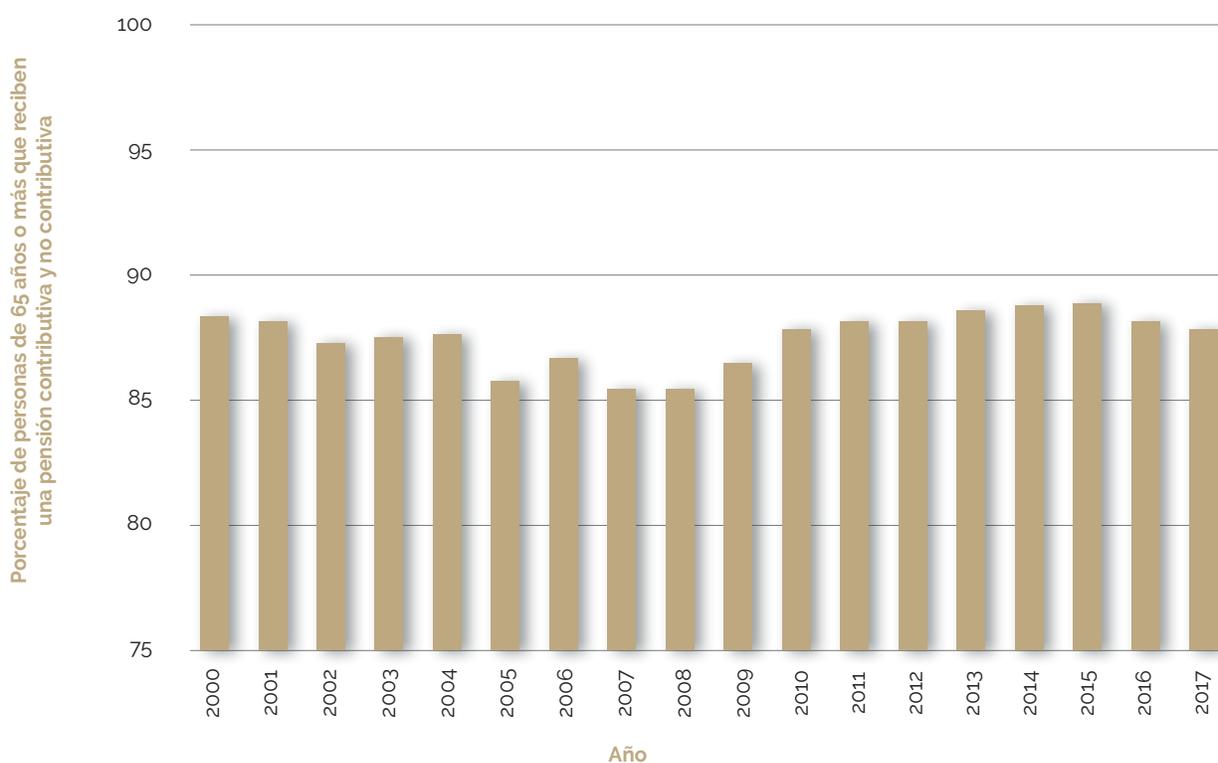


Fuente: Elaboración propia con información del Banco Mundial, "Gasto interno en salud del gobierno general (% del PIB)", *Banco de Datos*, 2020. Disponible en <https://data.worldbank.org/indicador/SH.XPD.GHED.GD.ZS>

Respecto a la cobertura de pensiones de la población de 65 años o más, se puede apreciar una ligera tendencia a la baja entre 2000 y 2007, del 88.8 % al 85.5 %, sin embargo, comienza a incrementar a partir de 2009 (86.5 %), hasta llegar en 2015 a un máximo del 88.9 %, es decir, apenas

0.1 puntos más alto que en 2000. La tendencia ligeramente creciente que puede verse desde 2008 se debe seguramente a la reforma previsional de ese año, que flexibilizó las condiciones de acceso a pensiones. Más adelante se tratará el asunto con mayor detenimiento.

Gráfica 48. Porcentaje de personas de 65 años o más que reciben una pensión (contributiva o no contributiva) en Uruguay, 2000-2017

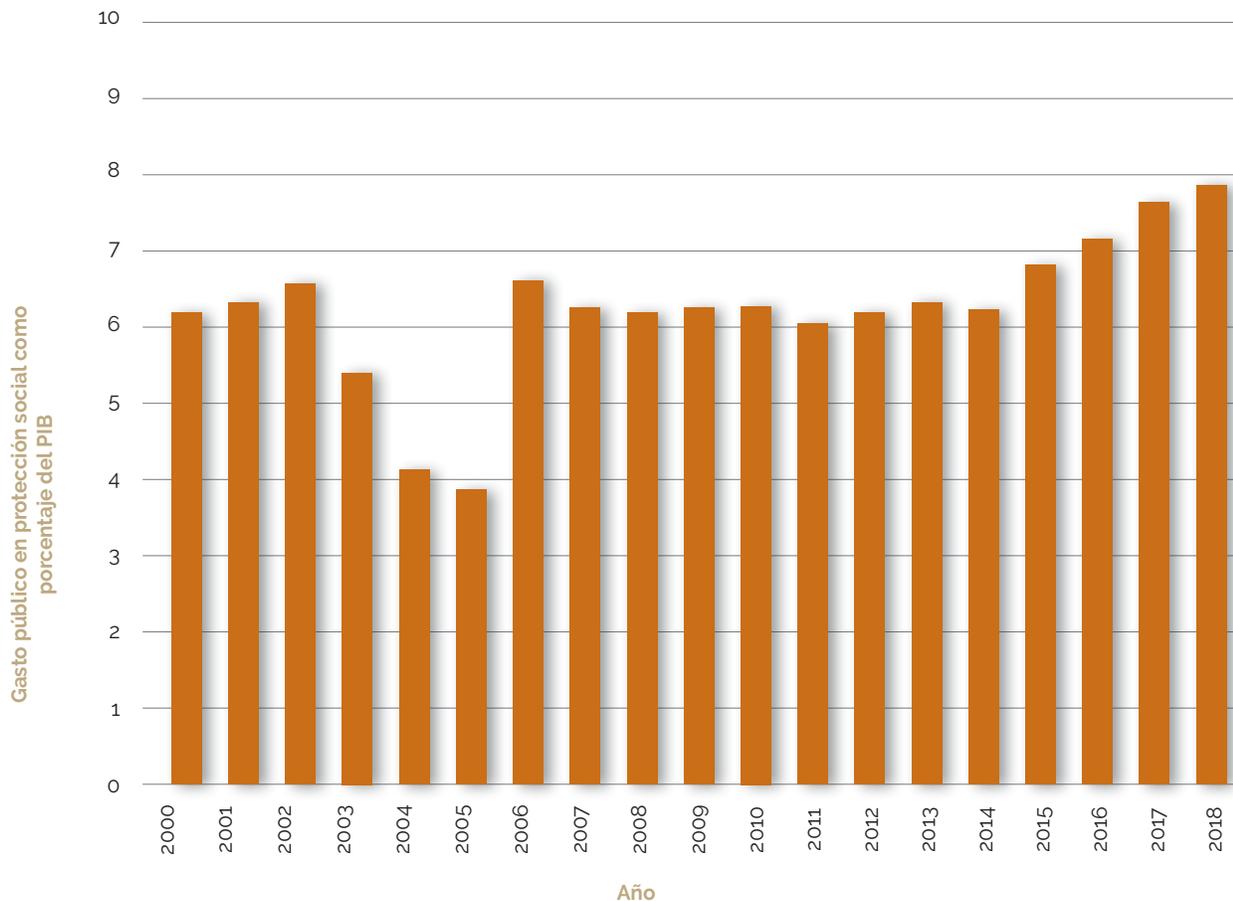


Fuente: Elaboración propia con información de Arenas de Mesa, Alberto, *Los sistemas de pensiones en la encrucijada. Desafíos para la sostenibilidad en América Latina*, Santiago de Chile, 2019.

En general, Uruguay tiene un gasto relativamente alto en protección social. Entre 2000 y 2018 se mantuvo en promedio por arriba del 6 % del PIB. No obstante, presentó una caída importante entre

2003 y 2005, con un mínimo del 3.9 %. A partir de entonces, recuperó niveles similares a los que tenía a principios de los 2000, con un 6.3 % en 2009 y un 7.3 % en 2016, hasta llegar al 7.9 % en 2018.

Gráfica 49. Gasto público en protección social como porcentaje del PIB en Uruguay, 2000-2018



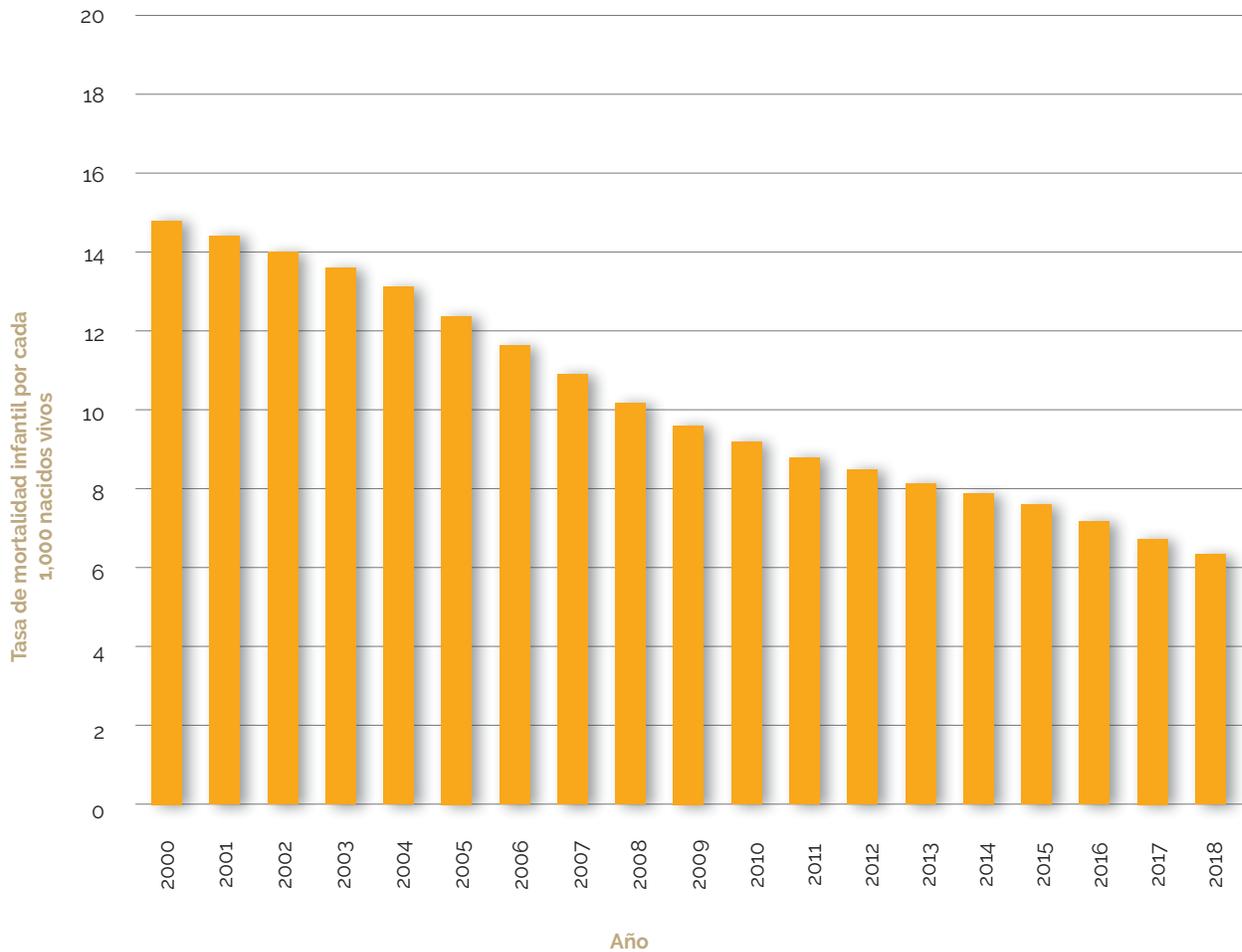
Fuente: Elaboración propia "Gasto público según clasificación por funciones del gobierno (en porcentajes del PIB)", 2020. Disponible en <https://cepalstat-prod.cepal.org/cepalstat/tabulador/ConsultaIntegrada.asp?idIndicador=3127&idioma=e>

5.2.3 Índice de Eficacia (IE)

El sistema de seguridad social uruguayo se mantuvo en el estrato de eficacia alta tanto en 2009 como en 2016. De hecho, en este último año subió una posición en el IE, quizás a causa de la disminución en indicadores de mortalidad infantil, gasto de bolsillo y personas de 65 años o más en condición de pobreza —reducción mayor que la de Estados Unidos y Canadá—.

En efecto, entre 2000 y 2018, la tasa de mortalidad infantil pasó de 14.8 por cada 1000 nacidos vivos a 6.4, y entre 2009 y 2016, de 9.6 a 7.2. Aunque estos niveles son más altos que los de Estados Unidos y Canadá, Uruguay tuvo una reducción más acelerada: de 2.4 puntos porcentuales frente a 0.6 y 0.5 puntos de aquellos países. Además, es el de menor tasa de mortalidad infantil de los países latinoamericanos incluidos en los índices, cuya media fue de 13.9 por cada 1000 nacidos vivos.

Gráfica 50. Tasa de mortalidad infantil en Uruguay, 2000-2018



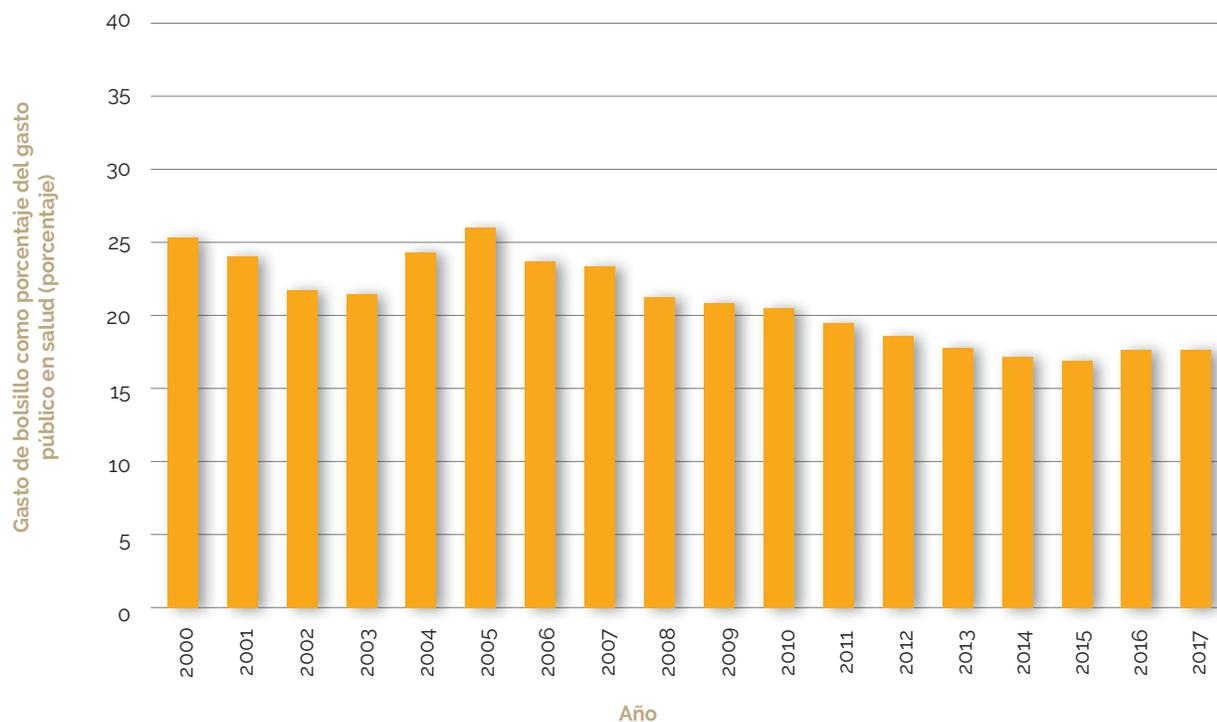
Fuente: Elaboración propia con información del Banco Mundial, "Tasa de mortalidad infantil", *Indicadores de Desarrollo del Banco Mundial*, 2000-2018. Disponible en <https://databank.bancomundial.org/source/world-development-indicators>

También tenía un bajo nivel de gasto de bolsillo como porcentaje del gasto total en salud: del 25 % en 2000, éste continuó en descenso durante todo el periodo —salvo por un repunte en 2005,

del 25,9 %— hasta llegar a un mínimo del 16,9 % en 2015. Esto coincide con el incremento del gasto del gobierno en salud y, como se explica más adelante, con la creación del SNIS.



Gráfica 51. Gasto de bolsillo como porcentaje del gasto total en salud en Uruguay, 2000-2017

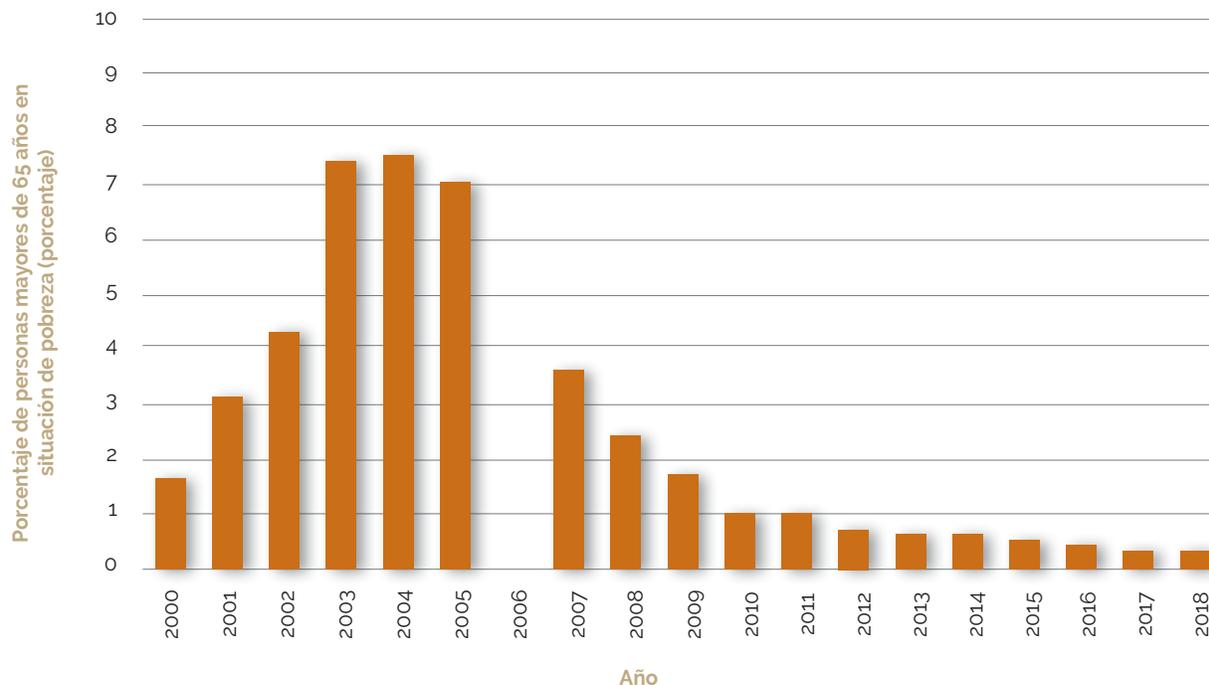


Fuente: Elaboración propia con información del Banco Mundial, "Out-of-pocket expenditure (% of current health expenditure)", *Indicadores de Desarrollo del Banco Mundial*, 2000-2018. Disponible en <https://data.worldbank.org/indicator/SH.XPD.OOPC.CH.ZS>

En general, entre 2000 y 2018, Uruguay tuvo un pequeño porcentaje de personas mayores en pobreza, 1,6 % y 0,3 %, respectivamente. Sin embargo, hubo un incremento considerable a raíz de la crisis económica a principios de los 2000, de tal manera que entre 2003 y 2005 fue mayor del 7 %, con una

cima de 7,5 en 2004. El periodo de crecimiento económico que siguió a la crisis y la reforma de 2008 al sistema de pensiones —que flexibilizó los criterios de acceso— contribuyeron al marcado descenso que hubo en este indicador, hasta alcanzar niveles mínimos en 2018.

Gráfica 52. Porcentaje de personas mayores de 65 años en situación de pobreza en Uruguay, 2000-2018



Nota: No hay datos para 2006.

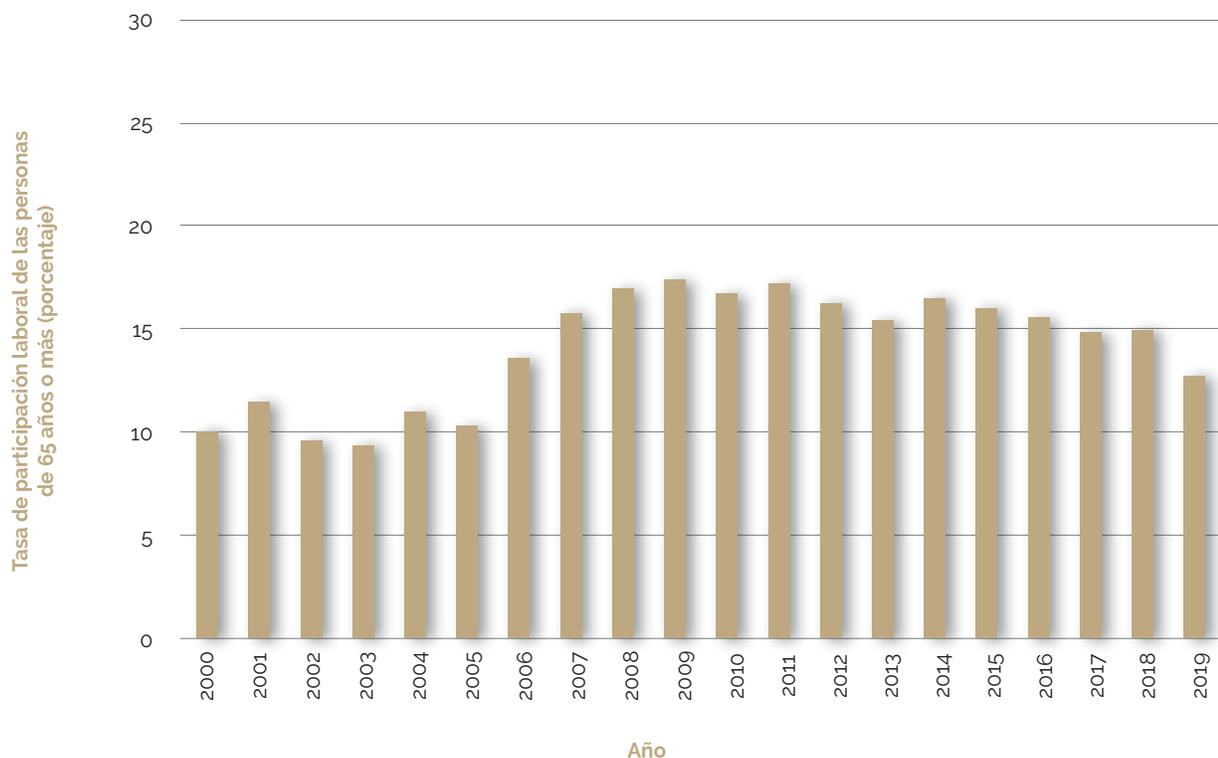
Fuente: Elaboración propia con información de CEPAL, "Población en situación de pobreza extrema y pobreza según edad, sexo y área geográfica", CEPALSTAT, 2020. Disponible en <https://cepalstat-prod.cepal.org/cepalstat/tabulador/ConsultaIntegrada.asp?idIndicador=3341&idioma=e>

Uruguay es el país con los niveles más bajos de participación laboral de las personas adultas mayores. En 2009, por ejemplo, era del 17.4 %, frente a una media del 28.8 % de los 19 países americanos incluidos en el IE, y en 2016 era de 16.4 %, frente a un promedio de 28.6 %. Sin embargo, estos valores son mayores a los que tenía en 2000 —cuando registró un 10 %—, puesto que a partir de 2004 comenzó una tendencia al crecimiento.

Es difícil atribuir esto a un cambio de política, puesto que, si bien se reformó el sistema previsional para permitir que las personas pensionadas puedan trabajar de forma parcial, este cambio se dio hasta 2013. Tampoco se puede atribuir al ciclo económico, en tanto que el incremento en este indicador no se dio junto con un menor crecimiento del PIB o un aumento de los niveles de pobreza.

Es importante notar que esta tendencia también se ha presentado recientemente en Canadá y Estados Unidos. Por ejemplo, entre 2009 y 2016, la participación laboral de las personas mayores pasó del 10.5 % al 17.2 %, en el primer país, y del 13.7 % al 19.3 %, en el segundo. En estos tres casos hay una alta cobertura del sistema de pensiones (en 2016 fue del 93.4 % en Estados Unidos y del 97.7 % en Canadá), y niveles relativamente bajos de pobreza en la población adulta mayor (del 9.3 % y el 4.9 %, respectivamente). Ante estas características, no se puede descartar que, en los tres países, el envejecimiento poblacional y, en especial, el aumento en la esperanza de vida, permitan que las personas sigan en el mercado laboral a pesar de contar con un sistema de pensiones que tienden a la universalización.

Gráfica 53. Tasa de participación laboral de las personas mayores de 65 años en América, 2000-2019



Fuente: Elaboración propia con base en OIT, "Labour Force Participation rate by sex and age (%)-Annual", *ILOSTAT*, 2020. Disponible en https://www.ilo.org/shinyapps/bulkexplorer15/?lang=en&segment=indicator&id=EAP_DWAP_SEX_AGE_RT_A

5.2.4. Índice de Desempeño de los Sistemas de Seguridad Social (IDSS)

De acuerdo con el Índice de Desempeño de los Sistemas de Seguridad Social (IDSS), Uruguay se ubicó en el grupo de desempeño alto en 2009 y en 2016, ya que fue el país latinoamericano con valores más altos en los indicadores del IP, uno de los de mayor cobertura médica y de pensiones para personas adultas mayores y obtuvo buenos resultados en salud y protección de ingresos de las personas de 65 años o más.

En síntesis, la información expuesta hasta este momento señala que el aumento de la presión en Uruguay se dio al mismo tiempo que incrementó la cobertura de salud, de pensiones —en menor medida— y aumentó la eficacia. Como se expone en el tercer apartado de este capítulo, esto se relacionó con un conjunto de reformas instrumentadas entre 2005 y 2015, éstas transformaron de manera sustancial la mayoría de las prestaciones de la seguridad social. Antes de analizarlas bajo una perspectiva histórica, se presentan datos recientes sobre la cobertura de prestaciones familiares, por enfermedad, maternidad y paternidad, así como de asistencia médica, pensiones por vejez y seguro de desempleo.

5.3. Cobertura del sistema de seguridad social uruguayo

Uruguay tiene un sistema de seguridad social basado ampliamente en el empleo, y cuenta con al menos un programa para cada una de las 9 prestaciones reconocidas en el Convenio 102 de la OIT. Como se muestra a continuación, el sistema tiene una alta cobertura poblacional, que se acerca a la universalidad en prestaciones como asistencia médica y pensiones para personas adultas mayores. Otra característica importante es su fragmentación, pues las personas acceden a distintos tipos de prestaciones según el trabajo que tienen.

5.3.1. Servicios de salud

El sistema de salud cuenta con distintos componentes. Por un lado, el SNIS cubre a las personas con empleo formal —ya sea en el sector público o el privado— a profesionales independientes —con la opción de incluir a sus cónyuges o hijos— y a pensionistas. El sistema se financia con contribuciones de los afiliados. En el caso de las personas en edad activa, hay aportaciones del trabajador y del patrón, mientras que, en el de los jubilados, la aportación se deduce del beneficio por vejez; además, el Estado complementa el financia-



miento con transferencias al sistema. Estos recursos se consolidan en el Fondo Nacional de Salud (Fonasa), los cuales se utilizan para asignar un monto per cápita por aseguramiento a los prestadores de servicios, que pueden ser públicos, en el caso de la Administración de los Servicios de Salud del Estado (ASSE); privados sin fines de lucro —mediante las Instituciones de Asistencia Médica Colectiva (IAMC)— o privados con fines de lucro.

Por otro lado, las personas con trabajo informal y en condición de pobreza pueden acceder a los servicios de la ASSE mediante una afiliación gratuita o subsidiada, según el nivel de ingresos. Por lo tanto, estos servicios se finan-

cian principalmente con transferencias gubernamentales.

La policía y las fuerzas armadas tienen esquemas propios de aseguramiento. Además, sus integrantes pueden contratar de manera voluntaria una afiliación con las IAMC o con los seguros privados, pero deben hacerse cargo del costo total del aseguramiento. En la Tabla 28 se presenta la cobertura por tipo de prestador de servicios en 2019, con base en la Encuesta Continua de Hogares (ECH) del Instituto Nacional de Estadística (cuyos datos, por ser resultado de un ejercicio demoscópico, pueden diferir de los registros administrativos).

Tabla 28. Afiliación a servicios de salud en 2019

Vía de afiliación	Cobertura (porcentaje)
IAMC	60.3
IAMC a través del Fonasa	55.8
IAMC pago privado	3.6
IAMC pagado por empleador	0.9
ASSE	32
Hospital Policial o Militar	6.8
Seguro médico privado	2.5
Seguro médico pagado parcialmente a través del Fonasa	1.9
Policlínica Municipal	1
Otros	1.5
Sin cobertura	1.1

Nota: Los porcentajes no suman 100 % debido a que hay personas con derecho de atención en más de un sistema.

Fuente: Instituto Nacional de Estadística (INE), "Microdatos de la Encuesta Continua de Hogares 2019", *Boletín Técnico*, 1 de abril de 2020, p. 5.

“El sistema tiene una alta cobertura poblacional, que se acerca a la universalidad en prestaciones como asistencia médica y pensiones para personas adultas mayores.”

Como se puede observar, las IAMC son las principales proveedoras de salud en el país, en particular, mediante afiliaciones al Fonasa, es decir, con aseguramiento del SNIS, mientras que los seguros médicos privados tienen una baja cobertura. En conjunto, los servicios para la policía y las fuerzas armadas apenas atienden al 6,8 % de la población y hay un pequeño porcentaje de personas que no tienen afiliación —sin embargo, los tabulados de la ECH no desagregan esta información por condiciones sociodemográficas, por lo que no es posible caracterizar al grupo sin cobertura—. Es importante notar que la ASSE es el segundo prestador más importante en el país, pero la encuesta tampoco proporciona información desagregada por tipo de afiliación —Fonasa o mediante los servicios destinados a las personas sin empleo formal o en condición de pobreza—. Según registros administrativos, en diciembre de 2019, sólo el 37 %

de quienes estaban afiliados a la ASSE tenían cobertura del Fonasa.²⁵

Todos los proveedores que participan en el SNIS deben garantizar las intervenciones incluidas en el Plan Integral de Atención en Salud (PIAS). Éste es un paquete de garantías explícitas con dos grandes componentes: los programas nacionales de promoción y prevención, y el catálogo de prestaciones. Este último “no detalla patologías a cubrir, sino que especifica las prestaciones necesarias para el diagnóstico y tratamiento, así como para la rehabilitación de los problemas de salud”.²⁶ Las prestaciones, a su vez, se clasifican en:

- 1) Diagnósticas y terapéuticas de baja o mediana complejidad y costo.
- 2) Medicamentos de bajo costo.
- 3) Diagnósticas y terapéuticas y medicamentos de alta especialización y costo, y medicamentos de alto costo e impacto económico.²⁷

²⁵ MSP, “Población afiliada a ASSE por tipo de afiliación 2012-2020”, 2020. Disponible en <https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/datos-y-estadisticas/datos/poblacion-afiliada-asse-tipo-afiliacion-2012-2020>

²⁶ Silvia Molins, Lucía Alonso y Jorge Fernández, “Uruguay: el Plan Integral de Atención a la Salud”, en Ursula Giedion y Ricardo Bitrán e Ignez Tristao (eds.), *Planes de beneficios en salud en América Latina: una comparación regional*, BID, 2014, p. 121. Disponible en <https://publications.iadb.org/es/planes-de-beneficios-en-salud-de-america-latina-una-comparacion-regional>

²⁷ *Idem*.

El PIAS busca atender prácticamente la “totalidad de las necesidades de la población [por lo que las prestaciones que incluye] permiten el control, diagnóstico y tratamiento de todas las patologías y problemas de salud conforme a las tecnologías disponibles en salud”.²⁸ Así pues, las personas tienen el derecho a acceder a las prestaciones incluidas en el PIAS, sin importar su tipo de proveedor. Sin embargo, la diferencia radica en que las afiliadas a la ASSE no deben hacer pagos adicionales, mientras que las que están afiliadas a las IAMC y a los seguros médicos deben pagar tasas reguladoras —pagos al momento de recibir servicios que tienen el objetivo de incentivar su uso racional (se diferencian de los copagos en que estos últimos se calculan como una fracción del costo total de la atención recibida)—.

El Ministerio de Salud Pública (MSP) tiene la facultad de regular las tasas de las IAMC, pero no así las de seguros privados. En las IAMC, por ejemplo, el monto máximo por una consulta de medicina general a partir de julio de 2019 es de 109,8 UYU (unos 2,6 USD), el de una consulta ginecológica, de 113,4, y el de otra especialidad, de 276,7 UYU, mientras que el máximo para una consulta de urgencias en establecimiento médico es de 690,8 UYU —poco más de 16 USD—.²⁹ Además, el gasto que las familias destinan al pago de tasas reguladoras sólo representaba el 3,9 % del gasto total en salud en el país en 2017 y es una parte mínima del gasto de bolsillo que hacen los hogares, puesto que, en el mismo año, el gasto directo en servicios de salud a particulares —que excluye las tasas moderadoras— fue el 12,8 % del gasto total.³⁰ En síntesis, las tasas moderadoras no son necesariamente una barrera de acceso importante a los servicios de salud.

Aunque no se definen prestaciones explícitas para las personas afiliadas a la ASSE fuera del SNIS, en la página de Internet de este prestador de servicios se indica que las personas con afiliación gratuita tienen derecho a una atención integral a la salud sin ningún tipo de copago por medicamentos o servicios.³¹ En la sección de este capítulo dedicada al análisis de las reformas recientes al sistema de seguridad social se presentan más detalles sobre el financiamiento y la organización institucional del sistema de salud, en particular del SNIS. A continuación, se expone la configuración y la cobertura actual del sistema de pensiones.

5.3.2. Pensiones por vejez

Este sistema también está fragmentado y tiene una cobertura alta. Hay un régimen de aseguramiento mixto, para personas que trabajan en el sector privado —construcción, industria, comercio, trabajo del hogar o actividades rurales— y en el sector público. Incluye un pilar solidario administrado por el Banco de Previsión Social (BPS) y uno privado, a cargo de las Administradoras de Fondos para Ahorro Previsional (AFAP), al que las personas de ingresos altos pueden destinar hasta el 50 % de sus aportaciones. Las fuerzas armadas y la policía tienen esquemas especiales de retiro, regularmente denominados *cajas estatales*. También hay esquemas especiales para los empleados de la banca, notarias y profesionales universitarios —conocidas como *cajas paraestatales*— estos dos tipos de esquemas funcionan en su totalidad con un beneficio definido.

²⁸ *Ibid.*, p. 122.

²⁹ Ministerio de Salud Pública (MSP), “Precios de *tickets* y órdenes de las Instituciones de Asistencia Médica Colectiva (IAMC) a partir de julio 2019”, 2019. Disponible en <https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/datos-y-estadisticas/datos/precios-tickets-ordenes-instituciones-asistencia-medica-colectiva-iamc-0>

³⁰ MSP, *Cuentas de Salud 2016-2017: gasto y financiamiento de la salud en Uruguay*, Montevideo, 2020, pp. 22-23.

³¹ Véase Administración de los Servicios de Salud del Estado (ASSE), “¿Cómo me afilio?”, 2020. Disponible en <http://afiliaciones.asse.com.uy/web/guest/prestacion>



Además, hay dos regímenes no contributivos para personas con ingresos bajos: uno para quienes tienen entre 65 y 70 años, y otro para personas de 70 años o más que se encuentren en condición de pobreza —que también ofrece beneficios a las personas con discapacidad—.

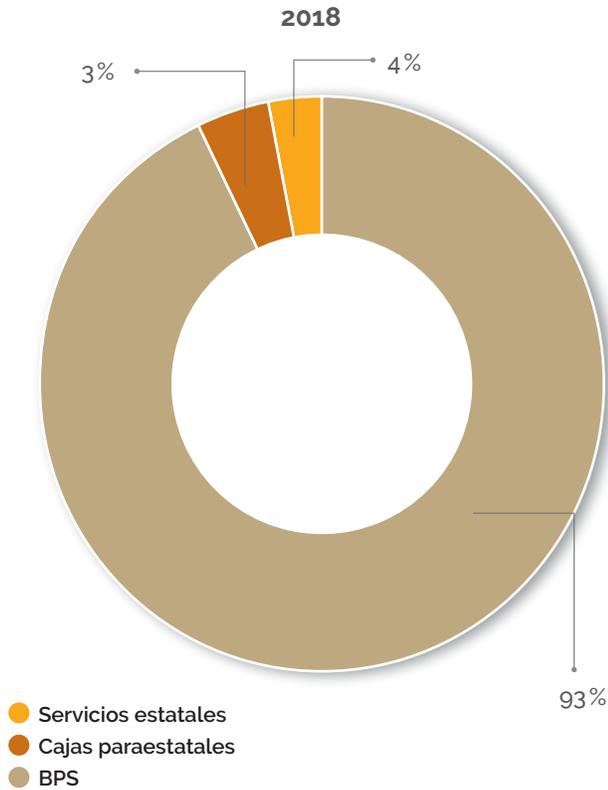
Según el Centro de Investigaciones Económicas (CINVE), en 2017, la población ocupada era de 1.6 millones de personas, de las cuales alrededor de 1.5 —más de 9 de cada 10— cotizaban a un esquema de pensiones.³² El 92.7 % —1.3 millones— de ellas estaba afiliada vía el

BPS, mientras que las cajas paraestatales y los servicios estatales cubrían el 7.3 % restante en similar proporción (ver Gráfica 54). Sin embargo, estos datos no indican cuántas personas participan en el esquema de capitalización individual administrado por las AFAP. El Instituto Nacional de Estadística, con base en registros del BPS, señala que en 2018 había 1 398 354 personas afiliadas a alguna AFAP, de las cuales sólo 815 870 hicieron aportaciones ese año, esto es, cerca del 54 % de las personas que contribuían al régimen administrado por el BPS.³³

³² Centro de Investigaciones Económicas (CINVE), "Cobertura del Sistema de Seguridad Social en el Uruguay: Situación actual y Evolución reciente", *Observatorio de la Seguridad Social*, Informe núm. 1, 2018. Disponible en http://www.observatorioseguridadsocial.org.uy/phocadownload/userupload/Informe_Cobertura_Seg_Social.pdf

³³ INE, Afiliados, por año, según AFAP, 2020. Disponible en <http://ine.gub.uy/seguridad-social>

Gráfica 54. Personas cotizantes al sistema de pensiones por tipo de cobertura en Uruguay, 2018



Nota: Las cifras están redondeadas.

Fuente: Elaboración propia con base en CINVE, "Cobertura del Sistema de Seguridad Social en el Uruguay: Situación actual y Evolución reciente", *Observatorio de la Seguridad Social*, Informe núm. 1, 2018, p. 4.

Según Arenas de Mesa, con base en registros administrativos, en 2017 el 87.9 %³⁴ de las personas de 65 años o más recibía pensiones; el 81.9 % de ellas eran de contribución directa³⁵ y el 6 % indirecta.³⁶ Aunque este investigador no desagregó la cobertura contributiva, con base en información presentada por el CINVE —institu-

ción privada de investigación con sede en Uruguay y especializada en temas económicos—, se estima que ese mismo año el BPS otorgaba el 93.4 % de este tipo de pensiones, los servicios para fuerzas armadas y policiales, el 4.1 %, y las cajas paraestatales, el 2.5 %.³⁷ En tanto, las AFAP otorgaban 12 761 pensiones, aproximadamente el 3.3 % del total.³⁸

En la Tabla 29 se presentan la media y la mediana de los montos que otorgan cuatro regímenes previsionales. Como se puede apreciar, las personas que tienen exclusivamente una pensión del pilar colectivo son las que reciben el monto más bajo, seguidas por quienes reciben prestaciones del pilar de capitalización individual, mientras que las personas con pensiones de la Caja Bancaria son las que perciben el monto más alto. Aunque la mediana de los montos que otorga el pilar solidario del BPS es mayor que la canasta básica alimentaria (CBA) en Montevideo, que es de 3159.55, y de la canasta básica no alimentaria (CBNA), 9303 UYU, no es mayor que la de la línea de pobreza (CBA + CBNA) —de 12 462.75—. Es decir, menos del 50 % de los beneficiarios recibían una prestación menor a la línea de pobreza en la capital del país. No obstante, es notablemente superior a la línea de pobreza de las demás localidades urbanas —de 8116.47— y al de las zonas rurales —5504.22—. ³⁹

De igual manera, el monto de la pensión de contribución indirecta es homogéneo para todas las personas y en 2017 ascendía a 9290 UYU, por lo que también era mayor a la línea de pobreza en las localidades urbanas y rurales al interior, pero inferior a la de Montevideo.⁴⁰

³⁴ Alberto Arenas de Mesa, *op. cit.*, p. 171.

³⁵ *Ibid.*, p. 176.

³⁶ *Ibid.*, p. 193.

³⁷ Cálculos propios con base en CINVE, *op. cit.*, p. 8.

³⁸ Cálculos propios con base en CINVE, *op. cit.*, p. 8; BPS, *Boletín Estadístico 2018*, 2018, p. 475.

³⁹ INE, "Líneas de Pobreza e Indigencia per cápita, para Montevideo, Interior Urbano e Interior Rural —en pesos uruguayos—", 2020. Disponible en <http://www.ine.gub.uy/linea-de-pobreza>

⁴⁰ Catálogo de Datos Abiertos, "Datos de monto promedio de pensiones no contributivas por vejez e invalidez otorgadas por el BPS", 2017. Disponible en <https://catalogodatos.gub.uy/dataset/mides-indicador-11488/resource/3a5ed39c-45e0-4280-abfo-98180347b149>

Tabla 29. Monto de pensión según el régimen de aseguramiento en 2017

Régimen de aseguramiento	Monto de la pensión (UYU)	
	Promedio	Mediana
BPS	18 540	12 300
BPS y AFAP	24 631	20 000
Servicio Policial	30 944	28 000
Servicio Fuerzas Armadas	26 588	18 400
Caja de Profesionales	46 472	49 000
Caja Notarial	48 655	40 000
Caja Bancaria	58 235	58 000
País	21 876	14 000

Fuente: CINVE, "Nivel y Heterogeneidad de las Jubilaciones y Pensiones del Sistema de Seguridad Social en el Uruguay", *Observatorio de la Seguridad Social*, Informe núm. 2, 2018, p. 2.

También se puede tener una aproximación al nivel de la cobertura mediante las tasas de reemplazo. De acuerdo con las estimaciones de investigadores del BID con datos de 2015 (utilizadas en la última parte del Capítulo 3), el pilar solidario del BPS otorgaría una tasa del 49 %, ⁴¹ que es superior a lo recomendado por la OIT en los convenios 128 (45 %) y 102 (40 %), en tanto que el componente privado otorgaría un beneficio del 23 %. ⁴² Así, las personas que coticen a ambos —que son las de mayor ingreso— podrían acceder a una pensión con una tasa de reemplazo de hasta un 72 %. En tanto, las prestaciones de contribución indirecta otorgarían un beneficio de hasta un 30.4 % del salario que a pesar de ser considerablemente menor a las pensiones contributivas es más alto que

el promedio regional, del 17.8 %. ⁴³ Por lo tanto, se puede afirmar que el sistema previsional tiene una cobertura cercana a la universalidad y con montos, en promedio, superiores a la línea de pobreza y a los mínimos recomendados por la OIT. Ahora, se revisan los beneficios dirigidos a las familias con menores a cargo.

5.3.3. Prestaciones familiares

Uruguay tiene un amplio esquema de prestaciones familiares. Por un lado, la Ley N° 15.084, promulgada en 1980 —con modificaciones que se detallan en las siguientes secciones— establece presta-

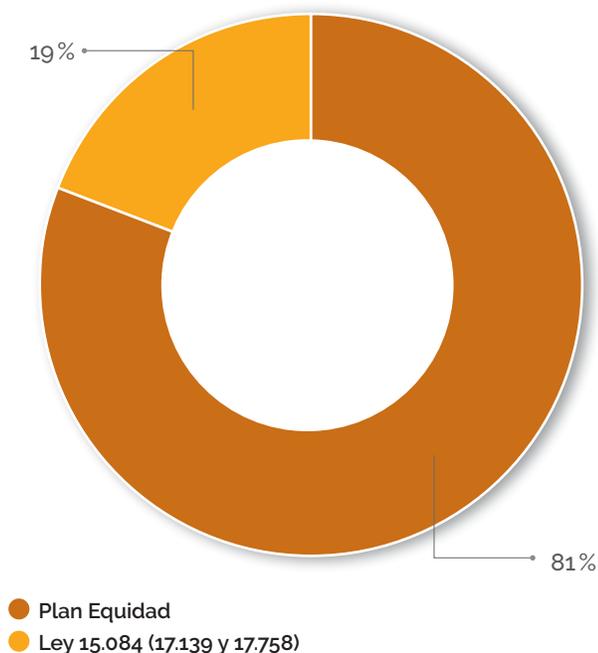
⁴¹ Álvaro Altamirano Montoya *et al.*, *Presente y futuro de las pensiones en América Latina y el Caribe*, BID, Washington D. C., p. 29.

⁴² *Idem.*

⁴³ *Ibid.*, p. 48.

ciones monetarias, financiadas con contribuciones obrero-patronales, para proteger a las hijas e hijos de personas que trabajan en el sector privado, reciben prestaciones por desempleo o están pensionadas. Por otro lado, hay un esquema no contributivo, llamado Plan Equidad (Ley N° 18.227 de 2008), para atender a adolescentes y menores que vivan en hogares en vulnerabilidad económica, estén en atención de tiempo completo en un establecimiento del Instituto del Niño y Adolescente del Uruguay, o en instituciones que tengan convenio con éste. En ambos casos, las personas con una discapacidad que impida su incorporación al mercado laboral reciben una prestación de por vida o hasta que perciban otro beneficio de la seguridad social. El BPS se encarga de la administración de ambos programas.

Gráfica 55. Personas beneficiarias de prestaciones familiares según tipo de cobertura en Uruguay, 2018



Fuente: Elaboración propia con base en BPS, *Prestaciones de actividad 2019*, Montevideo, 2019, p. 92.

En diciembre de 2018 había 460 327 beneficiarios de prestaciones familiares, de los cuales el 80.9 % correspondía a Plan Equidad. El resto eran personas amparadas por la Ley N° 15.084, y por dos leyes que la modificaban para dar acceso a hogares de bajos ingresos: la Ley N° 17.139, que rigió entre 2000 y 2004, y la Ley N° 17.758, que estuvo vigente entre 2004 y 2007. También para diciembre de 2018, el monto mensual promedio de las transferencias que otorgaba el Plan Equidad —1324 UYU— era casi el doble del que otorgaban las prestaciones contributivas —680 UYU—, y era casi cuatro veces el que recibían en ese mismo año las familias de ingresos bajos que accedieron al beneficio mediante las leyes N° 17.139 y N° 17.758. Ese mismo mes, en Montevideo, la línea monetaria *per cápita* para adquirir la CBA, denominada línea de indigencia, fue de 3394.17 UYU, el valor de la CBNA *per cápita* fue de 10 093.39 UYU y el de la línea de pobreza (CBA + CBNA) fue de 13 487.56 UYU.⁴⁴

5.3.4. Seguro de desempleo

El sistema de seguridad social también tiene un amplio conjunto de programas orientados a la población en edad de trabajar, como seguro de desempleo, prestaciones por paternidad, maternidad y enfermedad. A continuación, se analiza brevemente cada uno de ellos.

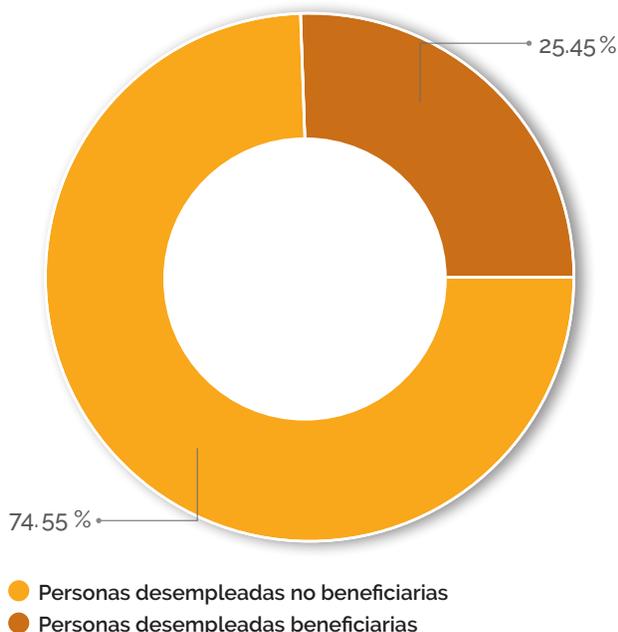
El seguro de desempleo se financia mediante contribuciones obrero-patronales y lo administra el BPS. Ofrece cobertura a las personas con empleo subordinado formal y ocupadas en el sector privado, en actividades rurales y en el trabajo en el hogar. Es decir, excluye a los profesionales independientes, a los empleados del sector público, a los integrantes de fuerzas armadas y a quienes se ocupan en el sector informal.

⁴⁴ INE, "Líneas de Pobreza...", *op. cit.*

En promedio, en 2018, el BPS otorgó 37 532 beneficios por desempleo,⁴⁵ con lo que cubrió alrededor del 25 % de las personas sin empleo en ese año, según datos de la OIT.⁴⁶ Esto se debe a que hay exclusiones importantes de sectores de trabajadores formales y a la informalidad laboral, que todavía en 2018 afectaba a uno de cada cuatro trabajadores, según se expuso antes.

El beneficio tiene una duración regular de seis meses, aunque en periodos de recesión económica puede durar más, y ofrece una tasa de reemplazo decreciente: el primer mes asciende al 66 % del salario y el último, al 40 %. Estas tasas son cercanas a lo establecido por la OIT en el Convenio 102, del 50 % del salario.

Gráfica 56. Personas desempleadas por condición de acceso al seguro de desempleo en Uruguay, 2018



Fuente: Elaboración propia a partir de BPS, *Prestaciones de actividad*, Montevideo, 2019, p. 37 y de ILO, "Unemployment by sex and age (thousands)- Annual", ILOSTAT, 2020. Disponible en https://www.ilo.org/shinyapps/bulkexplorer26/?lang=en&segment=indicator&id=UNE_TUNE_SEX_AGE_NB_A

5.3.5. Prestaciones por maternidad y paternidad

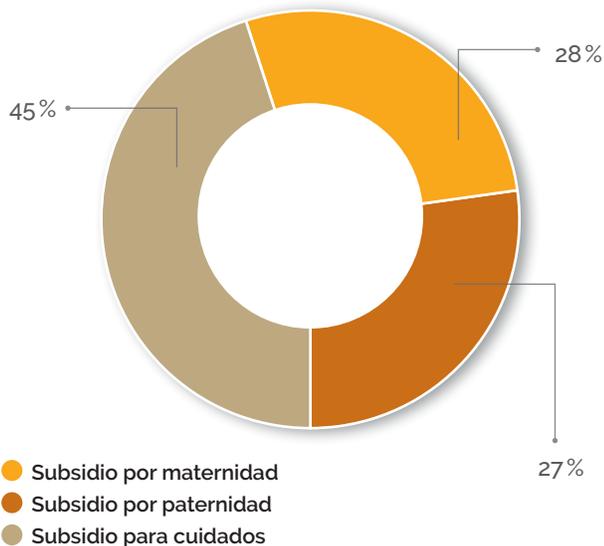
El BPS también administra las prestaciones por maternidad y paternidad para las personas que trabajan en el sector privado y en el rural, las que trabajan para empresas monotributistas y en empresas unipersonales, así como a mujeres que sean beneficiarias del seguro de desempleo. Las mujeres tienen derecho a una prestación sustitutiva del salario con duración de 14 semanas, 6 previas al parto y 8 posteriores, nivel que coincide con la recomendación de la OIT en el Convenio 183 sobre la protección de la maternidad. La prestación por paternidad corresponde a 13 días en el caso de que la persona sea empleada o 10 días si es patrón. Para ambas prestaciones, el monto corresponde al 100 % del promedio del salario en los últimos seis meses, en el caso de quienes se ocupan en el sector privado; en el caso de quienes trabajan en empresas monotributistas, corresponde al ingreso promedio en los últimos 12 meses. Además, uno de los padres puede acceder a una prestación para cuidados, la cual otorga el 50 % del salario promedio en los últimos seis meses para que se ausente media jornada laboral y cuidar al menor hasta que cumpla medio año. A diciembre de 2018, había 1330 personas beneficiarias del subsidio por maternidad, 1302 del de paternidad y 2143 del subsidio para cuidados.

⁴⁵ Cálculos propios con base en Banco de Previsión Social (BPS), *Prestaciones de actividad*, Montevideo, 2019, p. 37..

⁴⁶ Cálculos propios con base en Banco de Previsión Social, *op. cit.* y en ILO, "Unemployment by sex and age (thousands)- Annual", ILOSTAT, 2020. Disponible en https://www.ilo.org/shinyapps/bulkexplorer26/?lang=en&segment=indicator&id=UNE_TUNE_SEX_AGE_NB_A



Gráfica 57. Personas beneficiarias de prestaciones por maternidad, por paternidad y para cuidados en Uruguay, 2018



Fuente: Elaboración propia a partir de BPS, *Prestaciones de actividad 2019*, Montevideo, 2019, p. 69.

Las prestaciones monetarias por enfermedad o accidente de trabajo cubren a las personas afiliadas al BPS que trabajan en el sector privado o son monotributistas. El beneficio otorga un monto del 70 % del ingreso promedio de los últimos seis meses y tiene una duración de un año, con posibilidad de prórroga a otro año más. En diciembre de 2018, había 31 563 beneficiarios de esta prestación.

Hasta aquí se explicó la cobertura del sistema de seguridad social con los datos más recientes de alcance y de nivel. Ahora, en el siguiente apartado, se presentan brevemente el origen y el desarrollo del sistema de seguridad social hasta iniciar la década de 1980.

5.4. Evolución del sistema de seguridad social: orígenes y auge

Se puede dividir la historia del sistema de seguridad social uruguayo en tres etapas. La primera inicia en los años 1900 y termina en la década de 1930. En ella se fundaron los primeros regímenes de pensiones, aunque con serias deficiencias técnicas y esquemas diferenciados para distintos tipos de trabajadores. En este primer momento, el origen del sistema de seguridad social se vinculó particularmente con la instrumentación de un proyecto de modernización económica y social impulsado desde el gobierno. No con el fin de responder a las demandas de una creciente clase obrera, sino de sentar las bases para el origen de los sectores medios y de trabajadores que sostuvieran la industrialización de la economía. La segunda etapa inició en la década de 1940 y concluyó a principios de la década de 1980 —inició y terminó junto con la industrialización por sustitución de importaciones—. Por ello, en este tiempo la seguridad social continuó orientada al trabajo formal, dado que buscaba atender, precisamente, a los sectores más importantes para la estabilidad de este modelo de desarrollo. De la tercera etapa se hablará en el apartado siguiente.



5.4.1. Surgimiento del sistema de seguridad social: de los 1900 a los 1930

La fundación y expansión del sistema de seguridad social en el primer cuarto de siglo fue el resultado del impulso que dio José Batlle y Ordóñez, en sus dos periodos presidenciales (1903-1907, y 1911-1915), a un proceso de modernización social y económica que se podría resumir en la idea de "una economía uruguaya independiente e industrializada; una clase trabajadora educada, secular, segura económicamente y vinculada al Partido Colorado; un sistema político completamente democrático gobernado por un [...] consejo de nueve personas, el Colegiado".⁴⁷ Esta proyección contrastaba con las características del país en la época que Batlle y Ordóñez lo gobernó. Por ejemplo, la población todavía era rural —en su mayoría— en tanto que Montevideo concentraba sólo el 30 % de la población, una porción de apenas un 5 % mayor a la que tenía en 1860.⁴⁸ Además, el grueso de la economía se basaba en actividades del sector primario para exportación, en particular, en la venta de lanas y cueros, que para el periodo 1911-1915 representaban todavía el 90 % de las ventas al extranjero.⁴⁹ Y aunque el régimen político era presidencial, el Legislativo era el poder dominante, ya que se encargaba de la designación del presidente y había un acuerdo de coparticipación entre el Partido Nacional y el Colorado en el ejercicio del poder.

Para impulsar el desarrollo de una clase trabajadora moderna que tuviera seguridad económica y respaldara al Partido Colorado, Batlle

y Ordóñez promovió una legislación laboral y de seguridad social. Sin embargo, no pudo conseguir estos cambios en su primer periodo de gobierno, dado que lo dedicó a controlar la rebelión del Partido Nacional, originada por la intención del presidente de no compartir el poder, y por la necesidad de unificar tras su liderazgo al fragmentado Partido Colorado.⁵⁰ Por ello, fue hasta su segundo mandato cuando se aprobaron leyes sobre accidentes de trabajo (1915) y para establecer las jornadas de ocho horas (1915).⁵¹

El avance más significativo de este periodo, en lo que refiere a la construcción del sistema de seguridad social, fue el establecimiento de los primeros regímenes de pensiones, aunque se pueden rastrear los antecedentes de éstos hasta las primeras décadas del siglo XIX, cuando se crearon beneficios para militares y combatientes de la Revolución de independencia, y en 1896, cuando se fundó la Caja Escolar de Jubilaciones y Pensiones. El impulso más importante se dio con:

1. La creación en 1904 de la Caja de Jubilaciones y Pensiones Civiles para proveer protección a los funcionarios públicos civiles.
2. El establecimiento del Instituto de Pensiones a la Vejez, con base en la Ley N° 6.874 de 1919, para otorgar pensiones no contributivas a personas mayores y con discapacidad que vivieran en condiciones de pobreza.
3. La fundación, en el mismo año, de la Caja de Jubilaciones y Pensiones de Empleados y Obreros de los Servicios Públicos.

En 1915, Batlle y Ordóñez y los líderes del Partido Nacional (PN) acordaron convocar a una

⁴⁷ Ruth Berins Collier y David Collier, *Critical Junctures, the Labor Movement, and Regime Dynamics in Latin America*, University of Notre Dame Press, Notredame, 2002, p. 275.

⁴⁸ Rial y Klaczko cit. en Fernando Filgueira, "A Century of Social Welfare in Uruguay: Growth to the Limit of the Batllista Social State", *Democracy and Social Policy Series, Working Paper*, núm. 5, 1995, p. 4.

⁴⁹ Pablo Gerchunoff y Lucas Llach, "Dos siglos en las economías del Plata, 1810-2010", en Luis Bértola y Pablo Gerchunoff (comp.), *Institucionalidad y desarrollo económico en América Latina*, CEPAL, Santiago de Chile, 2011, p. 301.

⁵⁰ Ruth Berins Collier y David Collier, *op. cit.*; Stephan Haggard y Robert Kaufman, *Development, Democracy and Welfare States: Latin America, East Asia, and Eastern Europe*, Princeton University Press, Princeton y Oxford, 2008.

⁵¹ Fernando Filgueira, *op. cit.*, p. 7.

Asamblea Constituyente para reformar la Constitución al año siguiente (1916). Mientras que el entonces presidente buscaba llevar su proyecto político y económico a la Carta Magna, el PN buscaba crear vías institucionales para garantizar su participación en el poder político, dado que el camino de las armas había quedado cerrado con la derrota militar que sufrieron en 1904, durante el primer gobierno de Batlle y Ordóñez.⁵² Las elecciones para esta asamblea fueron las primeras con sufragio universal masculino, voto secreto y una regla de integración cuasi proporcional.⁵³ Con esto, la participación electoral pasó del 16 % de los hombres mayores de 18 años en la elección legislativa de 1913, al 37.1 % para la Asamblea Constituyente.⁵⁴

Sin embargo, el batllismo no pudo ganar la mayoría de los asientos, y la asamblea quedó dominada por el PN y una fracción minoritaria del Partido Colorado (PC), opuesta a Batlle, quien había concluido su periodo presidencial en 1915. Ante estos resultados, el presidente Feliciano Viera (1915-1919), del PC, decidió frenar la agenda reformista que había heredado de su antecesor.⁵⁵ Por ello, fue hasta el último año del gobierno de Viera que se aprobaron las leyes para crear el Instituto de Pensiones a la Vejez y la Caja de Jubilaciones y el de Pensiones de Empleados y Obreros de los Servicios Públicos, después de que el batllismo triunfara en la elección legislativa de 1917.

Volviendo al Congreso Constituyente, a pesar de que el batllismo quedó en minoría, se consiguió establecer en la Constitución el Consejo Nacional de Administración (CNA) de nueve integrantes que compartiría el Poder Ejecutivo con el presidente. Esto en consonancia con el proyecto de Batlle de evitar la concentración del

poder en una sola persona. Esta fragmentación del poder conduciría a crisis políticas posteriores,⁵⁶ como la que llevó a la instauración de la dictadura encabezada por Gabriel Terra, al iniciar la década de 1930.

La crisis económica mundial de 1929 generó gran malestar entre los grupos conservadores en Uruguay y favoreció su agrupación ante las inminentes elecciones presidenciales de 1930, y, después de ellas, comenzaron a promover la promulgación de una Constitución que eliminara al CNA.⁵⁷ El ganador de la elección presidencial, Gabriel Terra, del PC —pero de una fracción distinta a la de Batlle (quien murió en 1929)—, apoyó esta idea y entró en confrontación con el CNA dominado por integrantes del PC afines al batllismo. Estas tensiones llegaron al máximo en marzo de 1933, cuando Terra y Luis Alberto Herrera —líder de una fracción minoritaria del PN— emprendieron un golpe de Estado contra el CNA.

“El origen del sistema de seguridad social se vinculó particularmente con la instrumentación de un proyecto de modernización económica y social impulsado desde el gobierno. No con el fin de responder a las demandas de una creciente clase obrera, sino de sentar las bases para el origen de los sectores medios y de trabajadores que sostuvieran la industrialización de la economía.”

⁵² Daniel Chasqueti, “Tres experimentos constitucionales. El complejo proceso de diseño del Poder Ejecutivo en el Uruguay”, *Revista Uruguaya de Ciencia Política*, núm. 1, vol. 27, 2018.

⁵³ *Idem*.

⁵⁴ Gerardo Caetano, *Historia mínima de Uruguay*, El Colegio de México, Ciudad de México, 2019, p. 142.

⁵⁵ *Ibid.*, p. 35; Daniel Chasqueti, *op. cit.*

⁵⁶ *Idem*.

⁵⁷ Ruth Berins Collier y David Collier, *op. cit.*, pp. 441-442.

Bajo el gobierno de Terra se fundó el Ministerio de Salud Pública (MSP), con una orientación asistencialista, para atender a los sectores de ingresos bajos que no tenían acceso a las Instituciones de Asistencia Médica Colectiva (IAMC), a las que estaban afiliadas principalmente los sectores de ingresos medios y altos, cuyos orígenes se encuentran a mediados del siglo anterior, vinculadas a colectivos de personas que habían migrado desde Europa.⁵⁸ Al crear el MSP era claro que los sectores de bajos ingresos estaban desprotegidos, por lo que el gobierno central inició la construcción de alrededor de 40 establecimientos públicos para otorgarles atención médica. Con la creación del Ministerio, el gobierno asumió la responsabilidad de proveer atención sanitaria a quienes carecían de acceso a servicios de salud.⁵⁹ Fernando Filgueira argumenta que esto respondió al interés del gobierno de conseguir una fuerza de trabajo sana que pudiera participar en el proceso productivo.⁶⁰

Sin embargo, en el gobierno *de facto* se frenó la creación de nuevos fondos de pensiones y, más bien, se intentó la unificación de los existentes para tratar de solucionar sus problemas financieros y administrativos, dado que la mayoría de ellos se habían creado sin mucha técnica actuarial. Así, también en 1933, se fundó el Instituto de Jubilaciones y Pensiones del Uruguay, que integró a la Caja de Empleados y de Obreros de los Servicios Públicos, a la Caja de Jubilaciones y Pensiones Civiles, a la Caja Escolar de Jubilaciones y Pensiones, y al Instituto de Pensiones a la Vejez.⁶¹ Además, se establecieron reglas más claras para el acceso a los beneficios en todos los regímenes existentes, por ejemplo, un mínimo de

30 años de trabajo, haber cumplido los 50 años y realizar el cálculo de los beneficios con base en los últimos 15 años de salario y no en los últimos 5, como sucedía hasta entonces.⁶²

A principios de 1940 se reinstauró la democracia y comenzó un periodo de crecimiento económico acelerado vinculado con el incremento de la demanda externa y la escasez de productos de importación, ocasionados por las alteraciones al comercio internacional que produjo la Segunda Guerra Mundial. Esto originó un nuevo periodo de notable expansión del sistema de seguridad social, el cual se analiza a continuación.

5.4.2 La etapa de consolidación: de los años cuarenta a los ochenta

La transición a la democracia se dio a partir de un golpe de Estado dirigido por Alfredo Baldomir, quien era yerno de Gabriel Terra y lo sucedió en el cargo tras ganar las elecciones presidenciales de 1938. Al poco tiempo de tomar posesión, el nuevo presidente rompió la coalición que había tenido Terra con el herrerismo, debido a las confrontaciones entre los intereses de la élite agroexportadora, afín a Herrera, y los intereses industriales, así como a la disputa ideológica en torno a las potencias enfrentadas en la Segunda Guerra Mundial, pues Baldomir era afín a los aliados y Herrera al Eje.⁶³ El desenlace de la reconfiguración de la coalición gobernante fue el golpe de Estado comandado por Baldomir (denominado "golpe bueno" porque no tuvo expresiones represivas como había sucedido con el que encabezó Terra), con

⁵⁸ Ida Oreggioni, "El camino hacia la cobertura universal en Uruguay: cambios en el financiamiento del sistema de salud uruguayo", en Miguel Fernández Galeano, Eduardo Levcovitz y Daniel Olesker (eds.), *Economía, política y economía política para el acceso y la cobertura universal de salud en Uruguay*, OPS, Montevideo, 2015.

⁵⁹ Ida Oreggioni, *op. cit.*

⁶⁰ Fernando Filgueira, *op. cit.*, pp. 14-15.

⁶¹ Esta nueva institución funcionó hasta 1948, cuando se constituyeron tres cajas: una para trabajadores civiles, otra para los sectores de industria y comercio, y otra para los trabajadores rurales. Véase Mariana Sienra, "La evolución del sistema de seguridad social en el Uruguay (1829-1986)", *Serie Documentos de Trabajo Instituto de Economía*, núm. 7, 2007.

⁶² Fernando Filgueira, *op. cit.*, p. 16.

⁶³ Ruth Berins Collier y David Collier, *op. cit.*, pp. 450-451.

“ A principios de 1940 se reinstauró la democracia y comenzó un periodo de crecimiento económico acelerado vinculado con el incremento de la demanda externa y la escasez de productos de importación, ocasionados por las alteraciones al comercio internacional que produjo la Segunda Guerra Mundial. Esto originó un nuevo periodo de notable expansión del sistema de seguridad social.”

en el que disolvió al Legislativo, lo sustituyó con un Consejo de Estado —en el que había una importante influencia del *batllismo* desplazado por la dictadura terrista— y propuso una nueva Constitución.⁶⁴ Finalmente, reinstauró la democracia electoral en 1942.

A partir de entonces, empezó un periodo histórico denominado el “Uruguay feliz”,⁶⁵ que concluyó en la segunda mitad de la década de 1950 y se caracterizó por el alto crecimiento económico y la competencia electoral. En él se dio un fuerte impulso al desarrollo industrial —entre 1948 y 1955, el empleo en el sector industrial creció un 45 %—⁶⁶, al mismo tiempo que se ampliaban los derechos y beneficios sociales para los sectores trabajadores.

De hecho, desde 1941 se notaban tendencias en este último sentido, con la fundación de la caja de previsión para empleados notariales, y el año de la restauración democrática (1942) se aprobó la Ley N° 10.449, que creó el sistema de asignaciones familiares para las personas que trabajaban

en la industria y el comercio. El financiamiento era contributivo y su administración quedó a cargo de diversas cajas que recolectaban las aportaciones y otorgaban los beneficios.⁶⁷ En tanto, en 1943, se fundó la Caja de Trabajadores Rurales, Domésticos y de Pensiones a la Vejez, que coincidió con el establecimiento del sistema de negociación salarial tripartita, el cual es, hasta la fecha,⁶⁸ un elemento fundamental en las relaciones entre trabajadores y patrones.

Sin duda, los avances más importantes se dieron en la década de 1950, impulsados tanto por el crecimiento económico como por la competencia electoral. Así, a principios de esa década, se otorgó atención médica materno-infantil a las personas ocupadas en la industria y el comercio.⁶⁹ En 1954, con una mayoría del Partido Colorado en el Consejo Nacional de Gobierno —que ejercía el Poder Ejecutivo, debido a la desaparición de la figura de presidente en la Constitución de 1952—,⁷⁰ se amplió considerablemente la cobertura del

⁶⁴ *Ibid.*, p. 452.

⁶⁵ *Ibid.*, pp. 17-18.

⁶⁶ Arturo C. Porzecanski, “The Case of Uruguay”, en Carmelo Mesa-Lago, *Social Security in Latin America: Pressure Groups, Stratification, and Inequality*, Chicago University Press, Chicago, 1978.

⁶⁷ Mariana Sienna, *op. cit.*

⁶⁸ Fernando Filgueira, *op. cit.*, p. 18.

⁶⁹ Ida Oreggioni, *op. cit.*

⁷⁰ Daniel Chasqueti, *op. cit.*

sistema: se dio acceso a las asignaciones familiares a las personas que se ocupaban en el sector rural, se estableció la caja previsual para profesionales universitarios con el fin de proteger a las personas egresadas de la Universidad de la República —con excepción de los que se ocupaban en el sector notarial— y se promulgó la Ley N° 12.133, que estableció el derecho a que todas las personas que desempeñaran actividades lícitas se incorporaran a un esquema contributivo de aseguramiento por vejez, invalidez y sobrevivientes,⁷¹ por lo que se suele reconocer a dicha legislación como el punto que marca la universalización —al menos en términos legales— del sistema de pensiones.

La creación de todos estos beneficios fue parte de los mecanismos instrumentados para proteger a la industria y a quienes se ocupaban en ella, con la intención de sustentar la ISI, pero también respondió a la lógica político-electoral, y en particular a prácticas clientelistas. Ante la necesidad de conseguir apoyo ciudadano, tanto congresistas como funcionarios públicos desarrollaron bases políticas mediante el establecimiento de intercambios particularistas con el electorado, que podían suponer el acceso a pensiones contributivas por vejez, incluso aunque no se cumplieran los requisitos mínimos o a servicios de salud subsidiados, que deberían estar disponibles sólo para las personas de bajos ingresos.⁷²

Otro elemento importante fue la estratificación de las prestaciones, debido a que los grupos de trabajadores mejor organizados podían presionar por su incorporación al sistema de seguridad social y exigir mejores beneficios, mientras que el resto recibía menos o era

simplemente excluido. Un actor relevante en este sentido fue la Unión General de Trabajadores, fundada en 1942.⁷³ Estas tendencias a la ampliación de la cobertura y la fragmentación de los beneficios dieron origen a lo que Fernando Filgueira denominó *universalismo estratificado*.⁷⁴

Dado el crecimiento de la cobertura, la estratificación de los beneficios, la fragmentación institucional y las prácticas clientelistas, continuaron los problemas financieros del sistema, aunque no se hicieron evidentes, debido a que la bonanza económica permitía sufragar los costos. No obstante, tales dificultades quedaron en evidencia cuando terminó el periodo de alto crecimiento económico, a mediados de la década de 1950, cuando el sistema de pensiones ya contaba con sus elementos actuales:

- 1) Esquemas para personas ocupadas en el sector privado, en el público, en actividades rurales y el trabajo en el hogar, pagadas con contribuciones obrero-patronales.
- 2) Esquemas especiales para las fuerzas armadas, financiadas mediante rentas generales.
- 3) Instituciones paraestatales para grupos especiales de trabajadores —bancarios, notariales y profesionales—.
- 4) Un programa no contributivo para personas de bajos ingresos.

Así, al finalizar la primera mitad del siglo XX, la ISI estaba cerca de sus límites, después de aproximadamente 15 años de alto desarrollo económico, de tal manera que, en 1958, Uruguay enfrentó estancamiento económico, inflación y movilizaciones obreras y estudiantiles.

⁷¹ Mariana Sienna, *op. cit.*

⁷² Fernando Filgueira, *op. cit.*, p. 21.

⁷³ Arturo C. Porzecanski, *op. cit.*, p. 76.

⁷⁴ Fernando Filgueira, *op. cit.*; Fernando Filgueira, "El nuevo modelo de las prestaciones sociales en América Latina: eficiencia, residualismo y ciudadanía estratificada", en Bryan Roberts, *Centroamérica en reestructuración: ciudadanía y política social*, FLACSO, San José de Costa Rica, 1998.

“ Sin duda, los avances más importantes se dieron en la década de 1950, impulsados tanto por el crecimiento económico como por la competencia electoral. Así, a principios de esa década, se otorgó atención médica materno-infantil a las personas ocupadas en la industria y el comercio. En 1954, con una mayoría del Partido Colorado en el Consejo Nacional de Gobierno —que ejercía el Poder Ejecutivo, debido a la desaparición de la figura de presidente en la Constitución de 1952—, se amplió considerablemente la cobertura del sistema: se dio acceso a las asignaciones familiares a las personas que se ocupaban en el sector rural, se estableció la caja previsional para profesionales universitarios con el fin de proteger a las personas egresadas de la Universidad de la República —con excepción de los que se ocupaban en el sector notarial— y se promulgó la Ley N° 12.133, que estableció el derecho a que todas las personas que desempeñaran actividades lícitas se incorporaran a un esquema contributivo de aseguramiento por vejez, invalidez y sobrevivientes, por lo que se suele reconocer a dicha legislación como el punto que marca la universalización —al menos en términos legales— del sistema de pensiones. ”



Entre otras acciones, la respuesta gubernamental a estos problemas incluyó la creación de nuevas prestaciones, como el seguro por desempleo y por enfermedad,⁷⁵ así como la ampliación de la cobertura de las asignaciones familiares a las personas que estaban desocupadas y cuyo empleo hubiera estado en la industria o el comercio.⁷⁶ Esta respuesta abonó a la fragmentación del sistema, puesto que la administración de las prestaciones por desempleo y por enfermedad quedó a cargo de un nuevo tipo de entidad, las cajas de compensación.

Sin embargo, el Partido Nacional ganó las elecciones generales de 1958 y se hizo del Poder Ejecutivo, después de 93 años de dominio del Partido Colorado, lo cual marcó el abandono de la estrategia de desarrollo dirigida por el Estado y empezó un periodo de liberalización económica y contención de las demandas sociales.⁷⁷ Sin embargo, el “hecho de que el país hubiera perdido su base económica y el Estado sus fuentes de ingreso para financiar el modelo de bienestar del país no condujo a la modificación drástica de los programas de bienestar ni de los mecanismos de financiamiento”.⁷⁸ Esto debido a la continuidad del régimen democrático y a la persistencia de las prácticas clientelistas, que impulsaron al mantenimiento de los beneficios, aunque hubo una creciente confrontación entre distintos grupos —intereses rurales, de los industriales, de las clases medias— por hacerse de los cada vez más escasos recursos. Los grupos más desorganizados políticamente fueron los que sufrieron los efectos negativos de las altas tasas de interés, ante la imposibilidad de apropiarse de recursos provenientes del Estado.⁷⁹

Tras ocho años fuera del gobierno, el Partido Colorado retornó a la presidencia en las elecciones de 1966, en las que también se aprobó la nueva Constitución de 1967. Según diversos autores, el mandato del nuevo gobierno era centralizar el poder del Ejecutivo en una sola persona, a diferencia del consejo colectivo que se había encargado de él en los últimos años.⁸⁰

A raíz de este cambio, se buscó unificar el sistema previsional para mejorar su administración, racionalizar prestaciones e incrementar la eficiencia.⁸¹ El artículo 195 de la nueva Constitución estableció la creación del BPS que, en línea con la tendencia a centralizar el poder, agrupó a las cajas Civil y Escolar; a la de Industria y Comercio; a la de Trabajadores Rurales y Domésticos, y a la de Pensiones a la Vejez.

A pesar del descenso en las tasas de crecimiento económico, en ese mismo periodo poco a poco se dio acceso a las prestaciones familiares a pensionados de la Caja de Industria y Comercio (1960), a funcionarios públicos (1960), a trabajadores rurales (1966) y a personas trabajadoras del hogar (1967).

En el ámbito de la salud, desde la década previa había crecido la cobertura de las IAMC y en la de 1960 proliferaron acuerdos obrero-patronales en el sector privado para dar aseguramiento a las personas trabajadoras; y ya para 1970 se hizo obligatorio el aseguramiento de los empleados tanto del sector público como del privado.⁸²

Sin embargo, se registraron altos niveles de inflación y el ingreso real de los trabajadores bajó. Esto produjo un deterioro en el valor de las prestaciones —se calculaban con base en el salario— y la situación financiera de algunas cajas de seguridad

⁷⁵ Mariana Sienra, *op. cit.*

⁷⁶ Nicolás Bonino-Gayoso y Ulises García Repetto, *Seguro de paro y protección a los desempleados en Uruguay (1958-2014): legislación y desempeño*, Serie Documentos de Trabajo Instituto de Economía, núm. 16, 2015.

⁷⁷ *Ibid.*, p. 12.

⁷⁸ Fernando Filgueira, “A Century of Social...”, *op. cit.*, p. 23.

⁷⁹ *Ibid.*, p. 24.

⁸⁰ Gerardo Caetano, *op. cit.*, p. 182; Arturo C. Porzecanski, *op. cit.*, p. 78.

⁸¹ Ulises García Repetto, “El financiamiento de la seguridad social en el Uruguay (1896-2008): una aproximación a su análisis en el largo plazo,” *Documentos de Trabajo (working papers) Instituto de Economía*, 2011, p. 44.

⁸² Fernando Filgueira, “A Century of Social...”, *op. cit.*, p. 25.



social comenzó a comprometerse, debido a que invirtieron sus fondos en deuda pública no indexada.⁸³ Al finalizar la década de 1960, el gobierno enfrentaba conflictos obreros y sociales crecientes, y en 1973 se estableció una dictadura cívico-militar.

A diferencia de lo ocurrido en Chile, el gobierno autoritario uruguayo no hizo grandes reformas liberalizadoras de la seguridad social, aunque sí modificó su funcionamiento. En primer lugar, en 1974 creó el Servicio de Retiros y Pensiones Militares, y el Servicio de Retiros y Pensiones Policiales, que hasta la fecha están a cargo del Ministerio de Defensa y del Ministerio del Interior, respectivamente. Las dos cajas se financian con contribuciones salariales y algunos impuestos menores, pero han operado históricamente con asistencia financiera del Estado —a tal grado que, en 2005, este tipo de transferencias representaban más del 50 %—.⁸⁴ Es

probable que la creación de estas prestaciones tuviera la intención de garantizar el respaldo de las Fuerzas Armadas al régimen autoritario.

En segundo lugar, mediante el acto institucional N° 9, de 1979, se creó la Dirección General de Seguridad Social (DGSS), que unificó la administración de las asignaciones familiares y servicios médicos materno-infantiles, el seguro de desempleo y los servicios de salud del sector privado.⁸⁵ Este último tipo de servicios quedó a cargo de la Dirección de Seguros Sociales por Enfermedad (DISSE), la cual pertenecía a la estructura organizacional de la DGSS, que se encargó de financiar el aseguramiento de los trabajadores del sector privado, quienes podían elegir libremente la IAMC de su preferencia.⁸⁶ También en 1979 se fundó el Fondo Nacional de Recursos para financiar servicios médicos de alta especialidad no cubiertos por las IAMC.⁸⁷ Por último,

⁸³ Fernando Filgueira, "A Century of Social...", *op. cit.*; Ulises García Repetto, *op. cit.*

⁸⁴ Ulises García Repetto, *op. cit.*, pp. 51-53.

⁸⁵ Fernando Filgueira, "A Century of Social...", *op. cit.*

⁸⁶ Ida Oreggioni, *op. cit.*

⁸⁷ *Ibid.*, p. 53.

“ A pesar del descenso en las tasas de crecimiento económico, en ese mismo periodo poco a poco se dio acceso a las prestaciones familiares a pensionados de la Caja de Industria y Comercio (1960), a funcionarios públicos (1960), a trabajadores rurales (1966) y a personas trabajadoras del hogar (1967).

En el ámbito de la salud, desde la década previa había crecido la cobertura de las IAMC y en la de 1960 proliferaron acuerdos obrero-patronales en el sector privado para dar aseguramiento a las personas trabajadoras; y ya para 1970 se hizo obligatorio el aseguramiento de los empleados tanto del sector público como del privado. ”

en 1984 se dio acceso al aseguramiento en salud a las personas que trabajaban en el sector rural y a trabajadoras del hogar mediante las prestaciones que administraba la DISSE.⁸⁸

En tercer lugar, el gobierno militar reformó el seguro de desempleo en 1981, para cubrir a todas las personas que trabajaban en el sector privado, pero continuó excluyendo a funcionarios públicos, bancarios, personas trabajadoras del hogar y a quienes se ocupaban en el sector informal.⁸⁹ Por último, en el ámbito de las pensiones, se impulsó la reducción de las tasas de aportación de los

patrones del sector privado para abaratar la mano de obra, y pasaron del 20 % del salario en 1972 al 8 % en 1982.⁹⁰ También se incrementó la edad de jubilación a 60 años, en el caso de los hombres, y a 55, en el de las mujeres, al tiempo que se pasó a exigir 30 años de aportaciones para acceder a una pensión por retiro.⁹¹

Los intentos más importantes por liberalizar el sistema se dieron ya en el periodo de gobiernos electos democráticamente, a partir de la segunda década de los ochenta, los cuales se analizan a continuación.

⁸⁸ Pablo Alegre y Fernando Filgueira, "Assessment of a Hybrid Reform Path: Social and Labour Policies in Uruguay", *International Labour Review*, 148 (2009), pp. 317-334.

⁸⁹ Nicolás Bonino-Gayoso y Ulises García Repetto, *op. cit.*

⁹⁰ Ulises García Repetto, *op. cit.*, p. 47.

⁹¹ Natalia Ferreira-Coimbra y Álvaro Forteza, *Protección social en Uruguay: Financiamiento, Cobertura y Desempeño 1990-2002*, OIT, Ginebra, 2004.

5.5. *La etapa de transformaciones*

Como en otros países de América, en la década de 1980, los sistemas de seguridad social enfrentaron una serie de críticas y reformas con base en el dogma neoliberal. En muchos casos, esto significó la privatización de prestaciones enteras de la seguridad social. También en Uruguay se intentó transformar el sistema, aunque los cambios no llegaron tan lejos como en otros países latinoamericanos.

5.5.1. *Los intentos neoliberales: 1985 a los 2000*

En 1985, tras varios años de tasas negativas en el crecimiento del PIB, el régimen político uruguayo transitó a la democracia. Los gobiernos electos libremente, en particular los de la década de 1990, aplicaron de forma parcial la agenda de reformas estructurales que arrasó con el legado desarrollista en otros países de América Latina.

Un cambio institucional importante de la transición a la democracia fue la supresión de la DGSS y su sustitución por el BPS. Las prestaciones por vejez, que pasó a administrar el Banco, tenían problemas financieros que presionaban el gasto estatal, debido a la reducción de las contribuciones patronales



y al proceso de envejecimiento poblacional.⁹² De esta manera, por ejemplo, el costo total de proveer pensiones por vejez era del 11 % del PIB, y continuó creciendo de manera constante en los años siguientes.⁹³

Una estrategia que utilizó el gobierno para enfrentar estos altos costos fue contener el valor real de las prestaciones. Eso desató una confrontación política entre los beneficiarios y las autoridades gubernamentales, que concluyó en 1989 con el triunfo, mediante plebiscito, de la propuesta de asegurar constitucionalmente que el valor de las pensiones creciera en la misma medida que el salario de los funcionarios públicos.⁹⁴ Esto incrementó los de por sí altos costos del sistema previsional.

Ante este escenario, en 1995 se aprobó una reforma importante al esquema de pensiones operado por el BPS. Por un lado, se estableció un sistema mixto, el cual mantuvo el esquema de beneficio definido, que es obligatorio para todas las personas afiliadas, pero agregó un pilar de capitalización individual, en el que participan los cotizantes de mayores ingresos. Por otro lado, se hicieron más estrictos los requisitos para acceder a una pensión: se unificó la edad de jubilación para hombres y mujeres, en 60 años por retiro, y en 70 años por edad avanzada; se incrementó la cantidad de años de cotización, de 30 a 35 para retiro, y de 10 a 15 por edad avanzada; también se extendió de 3 a 10 años el periodo base para promediar los ingresos de las personas para calcular la tasa de reemplazo.

En el ámbito de la salud, se descentralizaron los servicios para la población sin aseguramien-

to y se desreguló el sector mutualista. En 1987 se creó la Administración de los Servicios de Salud del Estado (ASSE) para operar la asistencia que proveía el MSP. El objetivo era separar la función rectora —que quedó a cargo del MSP— y la provisión de los servicios —que quedó como responsabilidad de la ASSE—.⁹⁵ En tanto, al iniciar la década de 1990, se eliminaron los topes a las tasas moderadoras de servicio de las IAMC. De esta manera, se creó una barrera financiera de acceso a los servicios de salud, en tanto creció el gasto de bolsillo en salud.⁹⁶

Así, al finalizar el siglo XX había un sistema de salud integrado por el sector público asistencial, por el sector privado, subdividido en instituciones sin fines de lucro y con fines de lucro. En tanto, las personas que laboraban en el sector público estaban excluidas de la cobertura obligatoria, aunque era común que tuvieran esquemas de aseguramiento mutua. Conviene mencionar que, si bien el aseguramiento era obligatorio para quienes se ocupaban en el sector privado, la cobertura no era extensiva al cónyuge o hijos.⁹⁷

En el ámbito de las prestaciones familiares, la aplicación de la agenda neoliberal implicó la focalización según el nivel de ingreso. Las personas que percibían hasta 6 salarios mínimos accedían a una prestación del 16 % del salario mínimo; las personas con ingresos de entre 6 y 10, a una prestación del 8 % del salario mínimo y las de ingresos superiores a 10 salarios mínimos quedaron excluidas del beneficio.⁹⁸ Así pues, la cobertura descendió de 440 998 beneficiarios en 1990, a 350 290 en 1999, con un mínimo de 317 945 beneficiarios en 1995.⁹⁹

⁹² *Idem.*

⁹³ Fabio Bertranou, "Protección social, mercado laboral e institucionalidad de la seguridad social", en OIT, *Uruguay: empleo y protección social. De la crisis al crecimiento*, Santiago de Chile, 2005.

⁹⁴ Filgueira, *op. cit.*

⁹⁵ Fabio Bertranou, *op. cit.*

⁹⁶ Ida Oreggioni, *op. cit.*

⁹⁷ Fabio Bertranou, *op. cit.*, p. 194.

⁹⁸ Rafael Rofman e Ignacio Apella, "La protección social uruguaya en un contexto de transición demográfica", en Rafael Rofman, Verónica Amarante e Ignacio Apella (eds.), *Cambio demográfico y desafíos económicos y sociales en el Uruguay del siglo XXI*, CEPAL/BM, Santiago de Chile, 2016, p. 81.

⁹⁹ Natalia Ferreira-Coimbra y Álvaro Forteza, *op. cit.*, p. 67.

En 1999 se reformaron, una vez más, las asignaciones familiares mediante la Ley N° 17.139, con el objetivo de cubrir a los hogares de ingresos bajos que no habían cotizado al sistema. Esto provocó un incremento notable de la cobertura, pues en 2000 había 405 244 beneficiarios —alrededor de 50 000 más que el año previo—.¹⁰⁰ En 2004 se reformó otra vez el esquema mediante la Ley N° 17.758 para cubrir a los hogares sin cotizaciones y con ingresos inferiores a tres salarios mínimos. Como se verá en la siguiente sección, éstas fueron algunas de las respuestas gubernamentales a los estragos de la crisis económica que afectó a Uruguay entre 1998 y 2002.

5.5.2. La recuperación y ampliación del sistema de seguridad social: 2005 en adelante

Tras una de las peores crisis económicas que enfrentó Uruguay y una reconfiguración total del sistema de partidos —que acabó con el bipartidismo comandado por el Partido Nacional y el Colorado—, el Frente Amplio llegó a la presidencia y empezó un periodo de profundas transformaciones al sistema de seguridad social, que ampliaron notablemente la cobertura de varias prestaciones.

En 1998 comenzó un periodo de constante contracción del PIB en Uruguay, hasta llegar a un decrecimiento del 7,7 % en 2002. Esta crisis fue el resultado del “contagio” de los problemas económicos que enfrentaban sus dos vecinos y principales socios: Argentina y Brasil. Los problemas serios iniciaron con la devaluación del real brasileño en 1999, pero todo se agravó con la crisis argentina de 2001. Las razones del contagio

se encuentran en la alta interdependencia de sus economías, pues Argentina y Brasil concentraban el 45 % del comercio exterior uruguayo y el 90 % del turismo. Sin embargo, lo más grave se originó con las restricciones impuestas al retiro de dinero de cuentas bancarias en Argentina, con lo que se inició un retiro masivo de los recursos que tenían los ciudadanos argentinos en el sistema bancario uruguayo, lo que provocó su colapso.¹⁰¹

Tal como sucedió en diversos momentos del siglo XX, la crisis económica fue la antesala de un profundo cambio político. En las elecciones generales de julio de 2004 triunfó la fórmula electoral de Tabaré Vázquez, quien compitió en representación de la coalición de izquierda Encuentro Progresista-Frente Amplio-Nueva Mayoría. Además, esta coalición consiguió más del 50 % de los asientos en ambas cámaras del Legislativo. El triunfo resultó de un largo proceso de articulación y aglomeración de distintas organizaciones de base, donde destaca la tradición sindicalista. Fue en 1971 cuando el Frente Amplio (FA) presentó a su primer candidato a la presidencia, Liber Seregni, y tuvo que operar en la clandestinidad durante la dictadura, para volver a presentar un candidato hasta las elecciones de 1984. Es decir, el triunfo del FA de 2005 —el primero de tres seguidos— se dio 20 años después de que pudo reingresar a la vida política y tras dos candidaturas presidenciales fallidas de Tabaré Vázquez (1994 y 1999).

Con la llegada del FA al gobierno, comenzó un periodo de crecimiento económico sostenido, mejora en los indicadores sociales y reforma e innovación en el sistema de seguridad social. Entre 2005 y 2015, el PIB creció a una tasa promedio del 4,9 %, mientras que entre 2007 y 2018, según datos de la CEPAL, la población en situación de pobreza pasó del 19,3 % al 2,3 % del total.¹⁰² La tasa de desempleo pasó de rondar el 20 % entre 2002 y

¹⁰⁰ *Idem*.

¹⁰¹ Rossana Castiglioni, “Las políticas sociales de la nueva (vieja) izquierda uruguayo”, *Woodrow Wilson Center Update on the Americas*, núm. 6, 2010.

¹⁰² CEPAL, “Población en situación de pobreza extrema y pobreza según edad, sexo y área geográfica”, CEPALSTAT, 2020. Disponible en <https://cepalstat-prod.cepal.org/cepalstat/tabulador/ConsultaIntegrada.asp?idIndicador=3341&idioma=e>

“Tras una de las peores crisis económicas que enfrentó Uruguay y una reconfiguración total del sistema de partidos —que acabó con el bipartidismo comandado por el Partido Nacional y el Colorado—, el Frente Amplio llegó a la presidencia y empezó un periodo de profundas transformaciones al sistema de seguridad social, que ampliaron notablemente la cobertura de varias prestaciones.”

2003, a un mínimo del 6.3 % en 2011; sin embargo, para 2018 ya había repuntado al 8.3 %.¹⁰³ En tanto, la tasa de mortalidad infantil pasó de 13.1 muertes por cada 1000 nacidos vivos en 2004, a 6.4 en 2018, y la razón de mortalidad materna pasó de 28 muertes por cada 100 000 nacidos vivos en 2004, a 15 en 2015.¹⁰⁴

En el primer periodo presidencial de Tabaré Vázquez (2005-2010) y en el de José Mujica (2010-2015), también del FA, se reformó de manera sustancial el sistema de seguridad social: se creó un sistema integrado de salud, se amplió la cobertura de las prestaciones familiares, se flexibilizaron los requisitos para acceder a una pensión por retiro o por vejez, y se reformó el seguro de desempleo.

Muchos de los avances en materia social se deben a cambios fuera del ámbito de la seguridad social, como la reinstitucionalización de la negociación colectiva y la recuperación del valor real del salario mínimo,¹⁰⁵ así como el descenso en los

niveles de informalidad laboral. Según estimaciones de Verónica Amarante y Victoria Tenenbaum, la informalidad laboral pasó del 34.7 %, en 2007, al 24.9 %, en 2014.¹⁰⁶ Las mejoras en materia laboral deben entenderse a la luz del origen sindical de muchos liderazgos integrados en el Frente Amplio. Además, se debe considerar el efecto que tuvo el crecimiento económico, de este periodo, en la mejora del desempeño de los indicadores sociales.

Sin embargo, sí se puede adjudicar cierta contribución del sistema de seguridad social a los resultados de salud e ingresos registrados a partir de 2005. Por ejemplo, en 2013 aproximadamente el 9 % de la población uruguaya vivía por debajo de la línea de pobreza, y se estimaba que, de no existir prestaciones monetarias como pensiones, seguro de desempleo y asignaciones familiares, esta proporción habría alcanzado el 25 %.¹⁰⁷

En términos generales, se puede afirmar que las reformas al sistema de seguridad social en este periodo implicaron:

- 1) El incremento de la cobertura.
- 2) El fortalecimiento de los mecanismos contributivos de financiamiento.
- 3) El desarrollo de nuevas capacidades estatales.
- 4) La recuperación del Estado como agente principal del sistema de seguridad social.

“Se creó un sistema integrado de salud, se amplió la cobertura de las prestaciones familiares, se flexibilizaron los requisitos para acceder a una pensión por retiro o por vejez, y se reformó el seguro de desempleo.”

¹⁰³ Verónica Amarante y Victoria Tenenbaum, *op. cit.*, p. 58.

¹⁰⁴ CISS, “Tasa de mortalidad infantil”, 2020. Disponible en <http://plataforma.ciss.net/>

¹⁰⁵ Cecilia Rossel, “De la heterogeneidad productiva a la estratificación de la protección social”, en Verónica Amarante y Ricardo Infante (eds.), *Hacia un desarrollo inclusivo: el caso de Uruguay*, CEPAL/OIT, Santiago de Chile, 2015; Verónica Amarante y Victoria Tenenbaum, *op. cit.*

¹⁰⁶ Verónica Amarante y Victoria Tenenbaum, *op. cit.*, p. 87.

¹⁰⁷ Rafael Rofman e Ignacio Apella, “La protección social en un contexto de cambio demográfico”, en Zafer Mustafaoglu (coord.), *Notas de políticas Uruguay: desafíos y oportunidades 2015-2020*, Banco Mundial, Montevideo, 2015, p. 137.



5.5.2.1. Reforma del sistema de salud

Al iniciar su gobierno, Tabaré Vázquez impulsó dos reformas importantes a la seguridad social: una al sistema de salud y la otra al de prestaciones familiares. En esta sección se analiza la primera. En ella se creó un sistema de aseguramiento colectivo, con rectoría pública, financiamiento tripartito y una provisión de servicios integrada por prestadores públicos y privados, y en este último caso, con y sin fines de lucro.

A principios de este siglo, el sistema de salud era desigual y estaba altamente fragmentado: las personas que trabajaban en el sector privado, en el rural y las personas trabajadoras del hogar

tenían acceso a la cobertura contributiva obligatoria, con afiliación mayoritaria en las IAMC;¹⁰⁸ las personas de ingresos bajos y las que trabajaban en el sector informal accedían a los servicios de la ASSE. También había un pequeño grupo de altos ingresos con cobertura de servicios privados, y otro, también minoritario, que no contaba con ningún tipo de afiliación. Además de la fragmentación, el sistema era desigual, debido al incremento del gasto de bolsillo de la década de 1990, antes mencionado, y al alto nivel del gasto privado como porcentaje del gasto total en salud, que para 2005 era del 49 %.¹⁰⁹

En los dos primeros años del gobierno de Vázquez, se aprobaron cuatro leyes que estable-

¹⁰⁸ Natalia Ferreira-Coimbra y Álvaro Forteza, *op. cit.*

¹⁰⁹ Luis Pérez, Juan Sanguinetti y Alfredo Perazzo, "Aspectos económicos y financieros del sector de salud de Uruguay: Análisis estratégico y opciones de políticas para optimizar su desempeño y sustentabilidad", en Zafer Mustafaoglu (coord.), *Notas de políticas Uruguay: desafíos y oportunidades 2015-2020*, Banco Mundial, Montevideo, 2015.

“ Se reconfiguró la función que desempeñaba el Estado en el sistema de salud, pues de ser proveedor de servicios para las personas de bajos ingresos, administrador de las aportaciones de los afiliados a la DISSE y financiador del aseguramiento privado de algunas categorías de servidores públicos, pasó a ser rector y supervisor de todo el sistema, al mismo tiempo creció el gasto público en salud. También se fortalecieron sus capacidades regulatorias, puesto que estableció topes a las cuotas moderadoras y prohibió la creación de nuevas, en sentido opuesto de lo que había sucedido en la década pasada. ”

cieron los elementos fundamentales del SNIS.¹¹⁰ Con ellas se reconfiguró la función que desempeñaba el Estado en el sistema de salud, pues de ser proveedor de servicios para las personas de bajos ingresos, administrador de las aportaciones de los afiliados a la DISSE y financiador del aseguramiento privado de algunas categorías de servidores públicos, pasó a ser rector y supervisor de todo el sistema,¹¹¹ al mismo tiempo creció el gasto público en salud. También se fortalecieron sus capacidades regulatorias, puesto que estableció topes a las cuotas moderadoras y prohibió la creación de nuevas, en sentido opuesto de lo que había sucedido en la década pasada.

Entre los cambios más importantes, se deben destacar la ampliación de la cobertura a grupos antes excluidos, la creación de un fondo mancomunado de contribuciones obrero-patro-

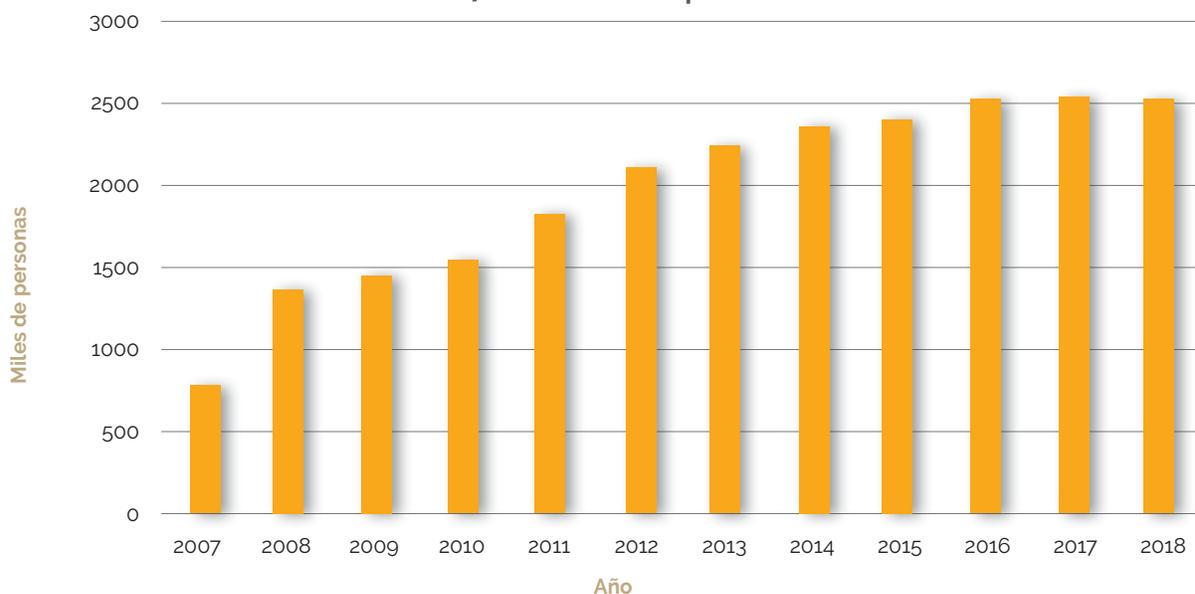
nales y estatales, así como el fortalecimiento de los servicios ofrecidos por el sector público. A continuación, se analiza brevemente cada uno de estos cambios.

En 2005, la DISSE cubría a 586 000 personas, principalmente a quienes trabajaban en el sector privado, docentes en escuelas primarias, personal del Poder Judicial y pensionistas. Con la reforma, se amplió la cobertura obligatoria de manera progresiva al sector público, a todos los trabajadores formales, a sus cónyuges y a los menores de 18 años que tuvieran a cargo, así como también a pensionistas y profesionales independientes. La integración de estos sectores se dio en distintas etapas, pero a partir de la puesta en marcha del SNIS, la cobertura creció de manera constante: de los 784 484 afiliados que tenía en 2007, pasó a 2 529 595 en 2018 (ver Gráfica 58).

¹¹⁰ Ley 17.390 de Presupuesto Nacional (2005-2010).

¹¹¹ Daniel Olesker, "Igualdad, universalidad y accesibilidad: economía política y estado actual de la política de salud", en Miguel Fernández Galeano, Eduardo Levcovitz y Daniel Olesker (eds.), *Economía, política y economía política para el acceso y la cobertura universal de salud en Uruguay*, OPS, Montevideo, 2015.

Gráfica 58. Personas afiliadas al Fonasa en Uruguay, 2007-2018 (miles de personas)



Fuente: Elaboración propia a partir de Ministerio de Salud Pública, "Informe Cobertura Poblacional del SNIS según prestador 2017-2018", 2020. Disponible en <https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/tematica/cobertura-poblacional>

Sin embargo, el SNIS no incluye una alternativa de afiliación para las personas que se ocupan en el sector informal, por lo que éstas deben atenderse en los servicios de la ASSE mediante una afiliación gratuita o subsidiada. Es decir, el sistema es dual, con prestaciones diferenciadas según la condición laboral y el nivel de ingreso. Así, a diciembre de 2018, de 1 353 969 personas usuarias de la ASSE, 852 233 no tenían afiliación vía Fonasa, lo que equivalía a aproximadamente al 24 % de la población uruguaya.¹¹²

Para financiar el SNIS, se creó un fondo mancomunado público en el que se concentran los recursos de las contribuciones obrero-patronales de las personas afiliadas, denominado Fonasa. Las contribuciones a cargo de los afiliados son del 3 % del salario, del 6 % en caso de que tam-

bién se afilie a menores a cargo o personas con discapacidad que sean mayores de edad, y un 2 % adicional si se afilia al cónyuge. En tanto, la tasa de aportación patronal es del 5 % del salario.

En la etapa de diseño de la reforma, el gobierno tuvo que decidir si este fondo se debía financiar con impuestos generales, tal como hace el Servicio Nacional de Salud de Inglaterra (NHS, por sus siglas en inglés), o mediante contribuciones obrero-patronales a un seguro social. La decisión por esta última opción se debió a que se trató de aprovechar la experiencia y capacidades institucionales ya instaladas para recaudar contribuciones basadas en el salario.¹¹³

La Junta Nacional de Salud (Junasa) se encarga de la administración de los recursos del Fonasa y contrata la provisión de servicios de sa-

¹¹² MSP, Población afiliada a ASSE por tipo de afiliación 2012-2020, 2020. Disponible en <https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/datos-y-estadisticas/datos/poblacion-afiliada-asse-tipo-afiliacion-2012-2020>

¹¹³ Daniel Olesker, "Igualdad, universalidad y accesibilidad: economía política y estado actual de la política de salud", en Miguel Fernández Galeano, Eduardo Levcovitz y Daniel Olesker (eds.), *Economía, política y economía política para el acceso y la cobertura universal de salud en Uruguay*, OPS, Montevideo, 2015.

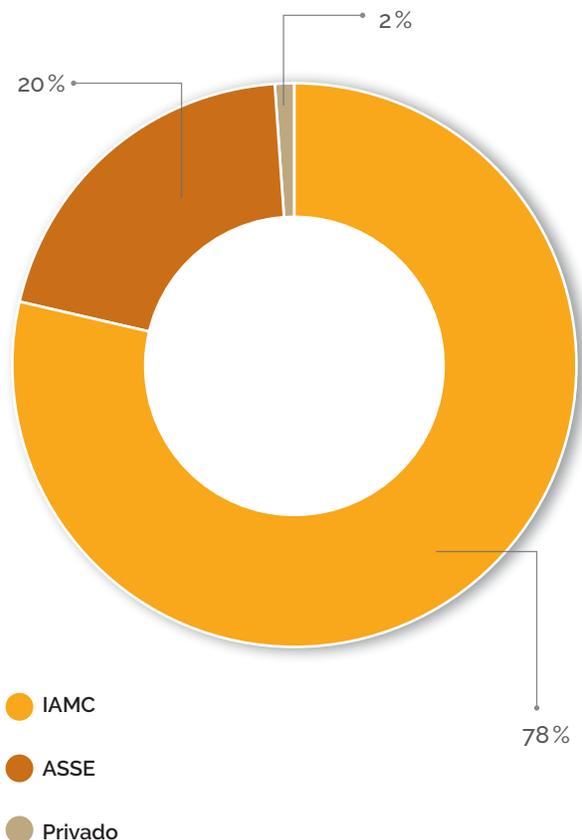


lud con el proveedor que haya elegido la persona afiliada, el cual puede ser público (mediante la ASSE), privado sin fines de lucro (IAMC) o privado con fines de lucro. Los pagos que hace la Junasa a los proveedores de salud se basa en un sistema de montos per cápita ajustados por edad y sexo. El funcionamiento conjunto del fondo público mancomunado y el sistema de pago per cápita tiene efectos progresivos, pues los grupos de menores riesgos en salud —como los jóvenes— o de mayores ingresos subsidian a las personas con ingresos bajos y más problemas de salud.

Las personas afiliadas a Fonasa que eligen a la ASSE como proveedor de servicios no pagan tasas moderadoras. Las que optan por afiliarse con las IAMC tienen que pagar tasas moderadoras, pero reguladas por el Estado, y las que escogen como proveedor a una institución privada con fines de lucro tienen que pagar el diferencial entre el aporte de Fonasa y la cuota de afiliación, además de las tasas moderadoras que no están reguladas por el Estado.

Como se observa en la Gráfica 59, para 2018, la mayoría de las personas afiliadas al Fonasa eligió como prestador de servicios a las IAMC, después a la ASSE y, en último lugar, a las organizaciones privadas con fines de lucro. Todos los prestadores deben garantizar la atención comprendida en el Plan Integral de Atención en Salud (PIAS), explicado en secciones previas.

Gráfica 59. Personas afiliadas al Fonasa por tipo de prestador de servicio en Uruguay, 2018



Fuente: Elaboración propia a partir de Ministerio de Salud Pública, "Población afiliada a ASSE, IAMC y Seguros Privados Integrales, según censos. Serie 2005-2019", 2020. Disponible en <https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/datos-y-estadisticas/datos/poblacion-afiliada-asse-iamc-seguros-privados-integrales-segun-censos-serie-2005-2019>



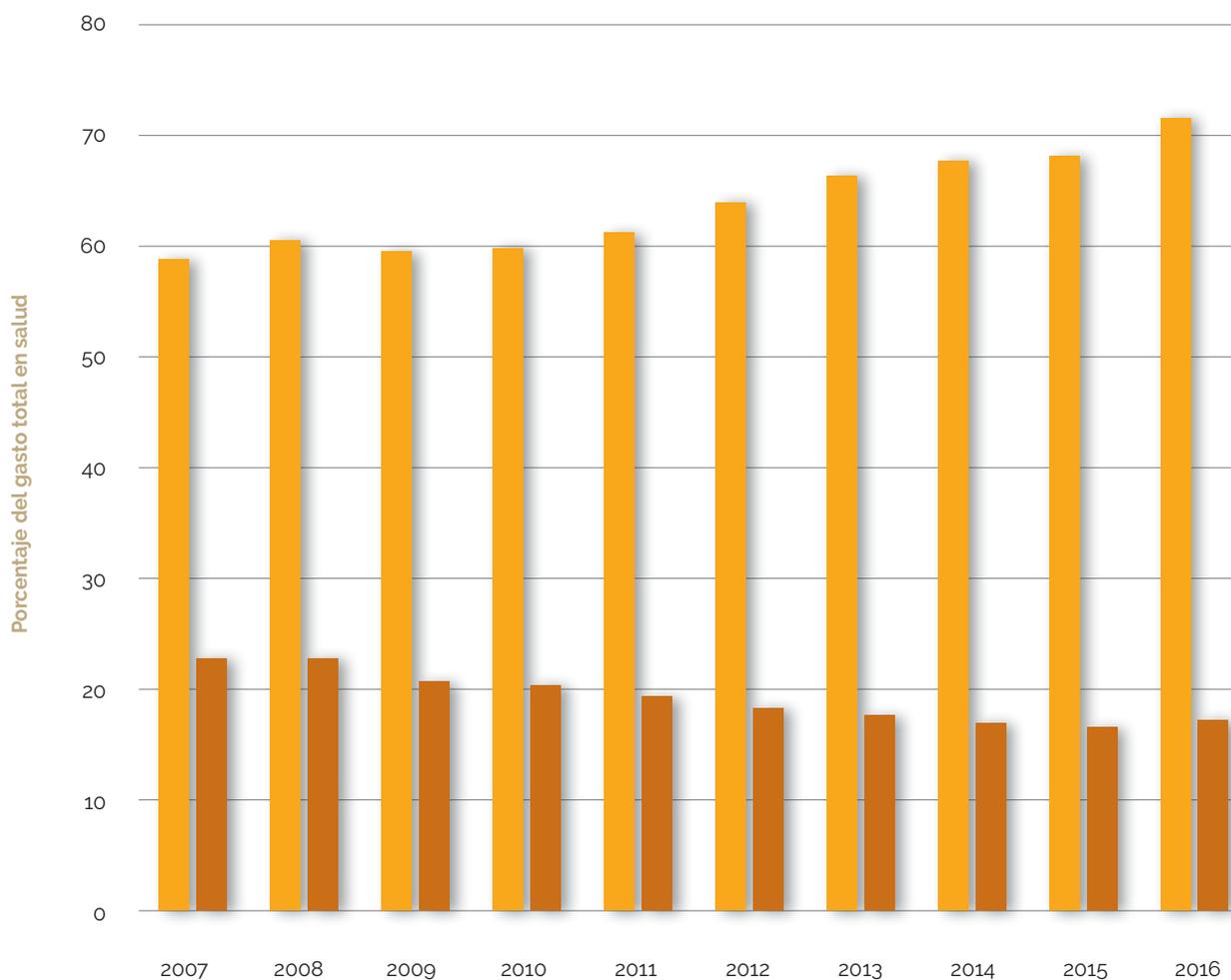
“Sin embargo, el SNIS no incluye una alternativa de afiliación para las personas que se ocupan en el sector informal, por lo que éstas deben atenderse en los servicios de la ASSE mediante una afiliación gratuita o subsidiada.”

La creación del Fonasa también supuso un incremento sustantivo en el gasto del gobierno como porcentaje del gasto total en salud, pues pasó del 58.9 % en 2007 al 71.7 % en 2016 (ver Gráfica 60). Esto se debió a que los recursos de las aportaciones pasaron a integrarse a un fondo público. Sin embargo, en el mismo periodo no ha crecido de manera sustancial el gasto total en salud, que en 2007 era del 8.2 % del PIB y en 2016, del 9.1 % (ver Gráfica 61). Es decir, en términos financieros, la reforma produjo principalmente una redistribución del gasto en salud, en favor del gasto público. Además, tiene efectos redistributivos, porque las tasas de cotización son las mismas para todas las personas del grupo de referencia, pero el financiamiento se asigna según montos per cápita diferenciados por sexo y edad, de tal manera que los prestadores de servicios reciben montos más altos por los afiliados de mayor edad o por las mujeres

jóvenes (para cubrir los costos de servicios de salud maternos).

Además de la ampliación del gasto público y de la cobertura de salud, la creación del SNIS produjo una disminución del gasto de bolsillo. En 2007, este tipo de gasto era del 23.1 % del gasto total en salud, y en 2016 había descendido hasta el 17.4 % (ver Gráfica 60). El desempeño del SNIS también se pueden medir por sus resultados en la salud. Por ejemplo, la tasa de mortalidad infantil se redujo de manera sustancial. Entre 1995 y 2006, tuvo un promedio anual de 14.1 muertes por cada 1000 nacidos vivos, mientras que entre 2007 y 2016 el promedio fue de 8.1. Los controles de embarazo pasaron del 91.8 % en 2010, al 98.5 % en 2017. Un cambio que contribuyó a estos resultados fue el tránsito de un modelo de atención con enfoque curativo a uno preventivo y de atención primaria a la salud, lo que supuso el establecimiento de redes integradas de servicios.

Gráfica 60. Gasto del gobierno en salud como porcentaje del PIB y gasto de bolsillo como porcentaje del gasto total en salud en Uruguay, 2007-2016



- Gasto del gobierno en salud
- Gasto de bolsillo

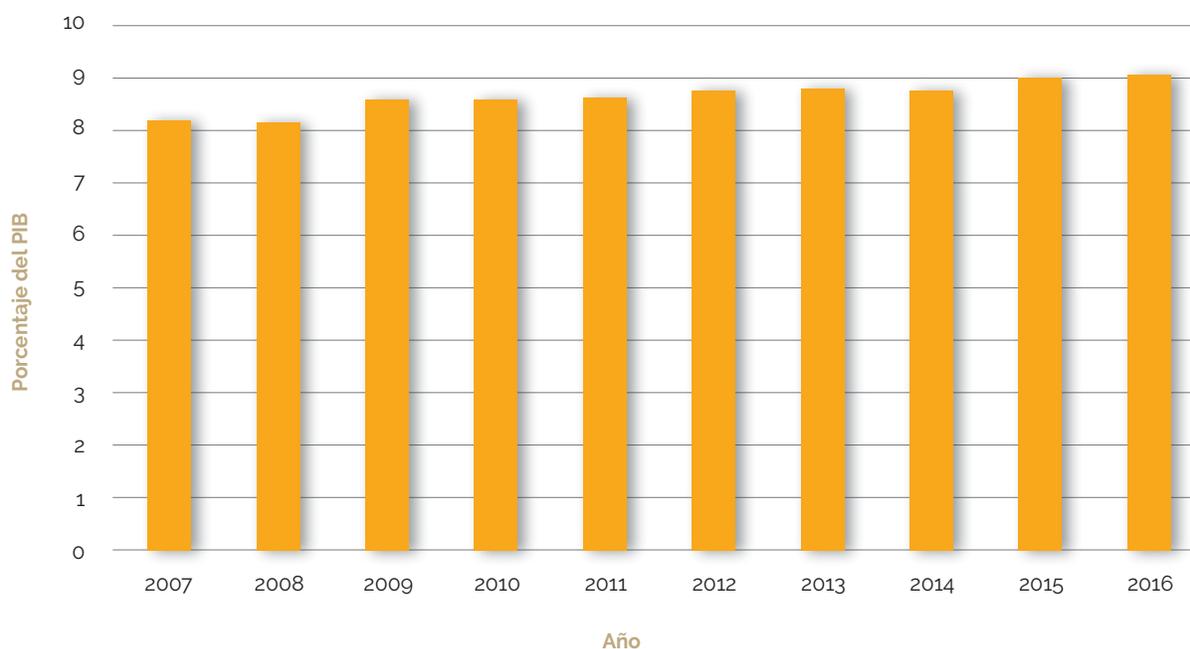
Fuente: Elaboración propia a partir del Banco Mundial, "Gasto interno en salud del gobierno general (% del gasto total en salud)", *Banco de Datos*, 2020. Disponible en <https://data.worldbank.org/indicador/SH.XPD.GHED.CH.ZS>; y Banco Mundial, "Tasa de mortalidad infantil", *Indicadores de Desarrollo del Banco Mundial*, 2000-2018. Disponible en <https://databank.bancomundial.org/source/world-development-indicators>

Además, se fortaleció el sector público mediante el reconocimiento de la ASSE como prestador público integral de servicios de salud. Hasta antes de la reforma, la ASSE se financiaba principalmente con rentas generales y, a partir de la

reforma, puede percibir recursos del Fonasa, por lo que se robusteció en términos económicos. Además, a partir de la Ley N° 18.161, de 2007, la ASSE quedó como encargada de la coordinación del sistema público de atención a la salud.¹¹⁴

¹¹⁴ Ida Oreggioni, *op. cit.*, p. 55.

Gráfica 61. Gasto total en salud como porcentaje del PIB en Uruguay, 2007-2016



Fuente: Elaboración propia a partir del Banco Mundial, "Gasto total en salud (% del PIB)", *Banco de Datos*, 2020. Disponible en <https://data.worldbank.org/indicador/SH.XPD.CHEX.GD.ZS>

La reforma implicó grandes cambios en la manera en la que se financian los servicios y en cómo se relaciona el Estado con los proveedores privados. Esto generó la oposición de algunos grupos que se beneficiaban de la estructura del sistema en ese momento. Debido a que la coalición del Frente Amplio tenía mayoría en el legislativo, no tuvo que negociar elementos importantes del SNIS con partidos de oposición. Sin embargo, el ámbito más importante de negociación fue el que se dio con las IAMC y otras organizaciones de profesionales de la salud, de usuarios e instituciones de educación, que no implicaron cambios sustanciales al proyecto original del Ejecutivo.¹¹⁵

La incorporación de algunos grupos poblacionales ha supuesto ciertas resistencias y adecuaciones. En el fragmentado universo de los esquemas de aseguramiento por enfermedad había unas Cajas de Auxilio, cuyo origen se encuentra en acuerdos bipartitos entre empleadores y empleados, las cuales ofrecían prestaciones superiores a las que garantizaba la DISSE.¹¹⁶ Para conseguir la incorporación de estos colectivos privilegiados, el gobierno aceptó que estas organizaciones continuaran brindando servicios a sus afiliados que no pertenecieran al SNIS. Otra modificación importante fue el establecimiento de topes monetarios para las aportaciones de

¹¹⁵ Daniel Olesker, "Igualdad, universalidad y accesibilidad: economía política y estado actual de la política de salud", en Miguel Fernández Galeano, Eduardo Levkovitz y Daniel Olesker (eds.), *Economía, política y economía política para el acceso y la cobertura universal de salud en Uruguay*, OPS, Montevideo, 2015.

¹¹⁶ En 2009 se estimaba que había alrededor de 70 cajas de auxilio. Véase Sindicato Médico del Uruguay, "De las Cajas de Auxilio, Seguro de Enfermedad y Seguros Convencionales", 2009. Disponible en <https://www.smu.org.uy/sindicales/comunicados/76/>

los afiliados, aprobada en 2010. Esto permitió que personas de altos ingresos reciban devoluciones por parte de Fonasa, porque sus contribuciones exceden sustancialmente los montos aportados por la mayoría de la población. En ese momento, se argumentó que esto buscaba evitar una doble tributación: una mediante el sistema regular de impuestos y la otra mediante el aseguramiento en salud.¹¹⁷ Pese a estas modificaciones, como se ha expuesto, hubo avances importantes. Otras prestaciones en las que también se emprendieron cambios fueron las asignaciones familiares, como se analiza a continuación.

5.5.2.2. Reforma a las prestaciones familiares

La crisis económica de 1999 a 2002 provocó un incremento en los niveles de pobreza, en particular entre menores de edad —como se apuntó antes, este grupo poblacional sigue siendo el que presenta los mayores niveles de pobreza—. En 1999 —Ley N° 17.139— y 2004 —Ley N° 17.758—, el gobierno trató de atender este problema mediante la ampliación de las asignaciones familiares a hogares de ingresos bajos sin necesidad de cotizaciones previas.

Al iniciar el primer gobierno del FA, y para atender la emergencia social que produjo la crisis económica, se creó el Plan de Atención Nacional a la Emergencia Social (PANES). Éste tenía el objetivo de asistir a las personas que habitaban en hogares de bajos ingresos y, de esta manera, contribuir a la acumulación de capital humano mediante siete componentes: transferencias con-

dicionadas, trabajos de emergencia, programa alimentario, educación, asentamientos irregulares y alojamientos para personas en situación de calle. Mediante el componente de transferencias condicionadas, el PANES otorgó asignaciones familiares a los hogares de ingresos bajos con menores de hasta 14 años, sujetas a su asistencia a establecimientos de educación y a controles médicos.¹¹⁸ Esta estrategia sólo operó entre 2005 y 2007.

En 2008 empezó a funcionar el Plan Equidad, una estrategia de más largo plazo con la que se sustituyó al PANES. Esta intervención no limita los objetivos de la asistencia de hogares de bajos ingresos, sino que busca incidir en la estructura de las desigualdades socioeconómicas, de género, etnia y región.¹¹⁹ Para esto, además de las asignaciones familiares, incluyó una pensión especial para personas de 65 a 70 años, una tarjeta alimentaria denominada Uruguay Social, programas de recalificación, becas y pasantías laborales, intervenciones educativas —como aulas comunitarias, revinculación a la educación formal— y de salud —en particular de atención primaria—. La prestación para personas mayores, denominada Asistencia a la Vejez, otorga el mismo monto que la pensión no contributiva para personas mayores, operada por el BPS, que en 2020 es de 12 116.73 UYU¹²⁰ —mayor que la CBNA en junio del mismo año (11 525.69 UYU), pero menor que la línea de pobreza (15 630.92 UYU)—.¹²¹ La tarjeta Uruguay Social otorga montos diferenciados según el número de integrantes de la familia y la condición socioeconómica (los 30 000 hogares en peores condiciones socioeconómicas reciben un monto duplicado, ver Tabla 30).

¹¹⁷ *Idem*.

¹¹⁸ Rafael Rofman e Ignacio Apella, "La protección social uruguaya en un contexto de transición demográfica", en Rafael Rofman, Verónica Amarante e Ignacio Apella (eds.), *Cambio demográfico y desafíos económicos y sociales en el Uruguay del siglo XXI*, CEPAL-BM, Santiago de Chile, 2016.

¹¹⁹ Carmen Midaglia y Florencia Antía, "La izquierda en el gobierno: ¿cambio o continuidad en las políticas de bienestar social?", *Revista Uruguaya de Ciencia Política*, núm. 16, 2007, pp. 131-157.

¹²⁰ En el Artículo 8 de la Ley N° 18.241 se establece que el monto del beneficio será igual al de la prestación asistencial no contributiva que otorga el BPS a las personas mayores de 70 años en condición de vulnerabilidad económica. A partir del 1 de enero de 2020, ésta otorga 12 116.73 UYU. Véase BPS, "Pensión por vejez", 2020. Disponible en <https://www.bps.gub.uy/3488/pension-por-vejez.html>

¹²¹ INE, "Líneas de Pobreza...", *op. cit.*

Tabla 30. Montos otorgados por la tarjeta Uruguay Social en 2020

Integrantes	Monto simple (UYU)	Monto duplicado (UYU)
0 o 1 menor a cargo	1201	2402
2 menores a cargo	1823	3646
3 menores a cargo	2318	4636
4 menores a cargo	3230	6460
Valor de la canasta alimentaria per cápita (junio de 2020)	4105.23	

Fuente: Elaboración propia con información de BPS, "Tarjeta Uruguay Social", 2020. Disponible en <https://www.gub.uy/ministerio-desarrollo-social/politicas-y-gestion/programas/tarjeta-uruguay-social>; e INE, "Lineas de Pobreza...", *op. cit.*

Con la creación del Plan Equidad se retomó un componente existente del sistema de seguridad social, se le reformó y fortaleció para ampliar la cobertura.¹²² En efecto, se decidió que fuera el BPS el encargado de la administración del programa y, de hecho, se le incluye en el rubro de prestaciones familiares, es decir, de los beneficios diseñados para auxiliar a los hogares en la crianza de los menores y no como una simple estrategia focalizada y asistencial de combate a la pobreza mediante la construcción de capacidades. Esto contrasta con lo que sucedió en otros países donde se instrumentaron proyectos de transferencias condicionadas a inicios del presente siglo, en particular, con el Programa de Educación, Salud y Alimentación creado en México, donde las prestaciones funcionaron de manera independiente de las instituciones de seguridad social.

Otra característica importante es que, a partir de la reforma, se considera a las personas menores como las titulares del derecho a la asignación familiar y no como beneficiarias en calidad de dependientes de una persona asegurada.¹²³ No obstante, la administración de los recursos monetarios transferidos es responsabilidad de la persona a cargo de la o el menor, y en caso de que ambos padres estén a cargo, se da preferencia a las mujeres.

Como se mencionó en secciones previas, tienen derecho a la asignación los menores que reciben atención de tiempo completo en establecimientos del Instituto del Niño y Adolescente del Uruguay o en instituciones con convenio, así como los menores que viven en hogares en condiciones de vulnerabilidad —el BPS se encarga de aplicar instrumentos para determinar

¹²² Carmen Midaglia y Florencia Antía, "La izquierda en el gobierno: ¿cambio o continuidad en las políticas de bienestar social?", *Revista Uruguaya de Ciencia Política*, núm. 16, 2007, pp. 131-157.

¹²³ Cecilia Rossel, *op. cit.*



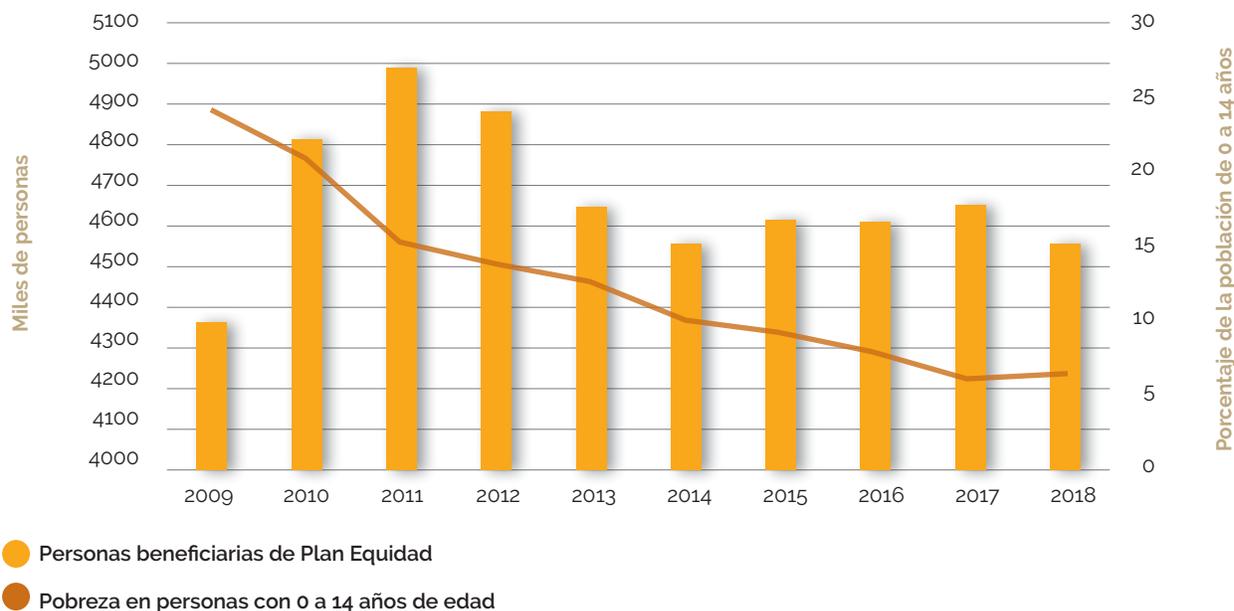
esta condición—. Las personas pueden beneficiarse hasta los 14 años de edad en caso de estar cursando la primaria —16 si no la ha completado por enfermedad o si vive en una zona rural a más de 5 km del centro educativo—, hasta los 18 años si cursa la secundaria o si es beneficiaria de la pensión de invalidez del BPS, y las personas con discapacidad sin derecho a una pensión de invalidez pueden recibir la asignación de por vida o hasta que se les otorgue una prestación del BPS. Los montos son diferenciados y aumentan para los menores que cursan la educación intermedia.

Con la creación del Plan Equidad se amplió notablemente la cobertura de las asignaciones familiares. En 2004, cuando los efectos negativos de la crisis todavía eran importantes, la cobertura de las prestaciones no contributivas era

de 185 000 personas. La Ley N° 18.227, de 2008, que establece el nuevo sistema de asignaciones familiares, fijó una meta de afiliación de 330 000 beneficiarios en el primer año de funcionamiento y de 500 000 en el segundo. Como se aprecia en la Gráfica 62, la primera meta se cumplió, pero la segunda no, pues a diciembre de 2009 había 389 678 beneficiarios y, al mismo mes del año siguiente, cubría a 412 707. En adelante, la cobertura fue cercana a 380 000. Esta reducción en el número de beneficiarios se debió principalmente a la mejora de las condiciones económicas en el país y al descenso en los niveles de pobreza y vulnerabilidad. En términos de focalización, el Plan Equidad ha demostrado efectividad, dado que, en 2009, el 68 % de los menores en situación de pobreza y el 76 % de los que estaban en situación de indigencia recibían esa prestación.¹²⁴

¹²⁴ *Ibid.*, p. 123.

Gráfica 62. Personas beneficiarias del Plan Equidad en Uruguay, 2009-2016



Fuente: Elaboración propia a partir de BPS, *Prestaciones de actividad 2019*, Montevideo, 2019. "Población en situación de pobreza extrema y pobreza según edad, sexo y área geográfica", CEPALSTAT, 2020. Disponible en <https://cepalstat-prod.cepal.org/cepalstat/tabulador/ConsultaIntegrada.asp?idIndicador=3341&idioma=e>

Es importante mencionar que el Plan Equidad tiene efectos progresivos, puesto que en 2018 otorgaba un monto promedio de 1324 UYU, es decir, casi el doble del otorgado por las asignaciones familiares contributivas (Ley N° 15.084 de 1980) —de 680 UYU— y al de las prestaciones no contributivas otorgadas con base en la Ley N° 17.139 (1999) —de 288 UYU— y en la Ley N° 17.758 (2004) —de 291 UYU—. ¹²⁵

5.5.2.3 Reforma al sistema de pensiones

Fuera de los cambios recién explicados, el gobierno de Tabaré Vázquez no tenía una agenda definida en materia de seguridad social, por lo que a finales de 2006 convocó a un Diálogo Nacional sobre Seguridad Social (DNSS), en el que

participaron los actores relevantes interesados en la materia, con el fin de discutir y formular propuestas para cambiar el sistema de seguridad social uruguayo.

Uno de los resultados del DNSS fue la aprobación de la reforma al sistema de pensiones que flexibilizó los requisitos para acceder a una prestación por retiro y por edad avanzada. En ese momento, el diagnóstico indicaba que, a raíz de la Ley N° 16.713 de 1995 —que estableció el sistema mixto— las personas tendrían que postergar su jubilación para poder cumplir con los requisitos mínimos para acceder al beneficio y que las mujeres eran las más afectadas, debido a que su densidad de cotización era menor que la de los hombres por los años que dedicaban al cuidado de sus hijos u otras personas. ¹²⁶

¹²⁵ BPS, *Prestaciones de actividad 2019*, Montevideo, 2019, p. 97.

¹²⁶ José Miguel Busquets y Marcela Schenck, "La política pública de seguridad social en el gobierno del presidente Mujica: novedades y frenos", en Nicolás Betancur y José Miguel Busquets (coords.), *El decenio progresista: Las políticas públicas de Vázquez a Mujica*, Editorial Fin de Siglo, Montevideo, 2016; Martín Lavallega, Ianina Rossi y Victoria Tenenbaum, *La flexibiliza-*

Así pues, en 2008 se aprobó la Ley N° 18.395, la cual modificó algunos parámetros y requisitos para acceder a una pensión del pilar de ahorro colectivo: para percibir una pensión por retiro, redujo de 30 a 35 años el periodo de cotización y estableció un esquema de tasas de reemplazo que bonifican la permanencia en el mercado laboral; para obtener una pensión por edad avanzada, se mantuvo el requisito de 15 años de cotizaciones y haber cumplido los 70 años de edad, pero se estableció la posibilidad de que las personas puedan pensionarse antes si hubieren contribuido por más de 15 años, por lo que ahora pueden pensionarse a los 65 años si han cotizado al menos por 25.¹²⁷ También se eliminó el requisito de cotizaciones durante al menos los 6 últimos meses antes de poder acceder a una jubilación por incapaci-

dad total. Además, se creó un mecanismo para reconocer un año de aportaciones para mujeres por cada hijo nacido vivo o adoptado, con máximo de cinco años.

Según estimaciones basadas en registros de cotización entre 1996 y 2015, con la reforma, en 2035 se incrementaría el porcentaje de personas que consigan jubilarse a los 60 años. Con el esquema anterior, sólo el 11 % de los cotizantes se podrían jubilar a esa edad, mientras que, con el nuevo esquema, serían el 38 %. Con la flexibilización de los requisitos para la pensión por edad avanzada, el 18 % de los cotizantes lograría obtener una pensión a los 65 años, por lo que no tendrán que esperar hasta cumplir 70 años, siempre y cuando hayan acumulado ya 25 años de cotización (ver Tabla 31).

Tabla 31. Porcentaje de personas que configurarían causal jubilatoria antes y después de la reforma de 2008 en Uruguay

	60 años		65 años					
	Ley N° 16.713 (1995)	Ley N° 18.395 (2008)	Ley N° 16.713 (1995)		Total	Ley N° 18.395 (2008)		Total
	Común	Común	Común	Edad avanzada		Común	Edad avanzada	
Total	11	38	18	0	18	44	18	62

Fuente: Elaboración propia a partir de Martín Lavalleja, Ianina Rossi y Victoria Tenenbaum, *La flexibilización de las condiciones de acceso a las jubilaciones en el Uruguay*, CEPAL, Santiago de Chile, 2018, p. 29.

ción de las condiciones de acceso a las jubilaciones en el Uruguay, CEPAL, Santiago de Chile, 2018.

¹²⁷ Martín Lavalleja, Ianina Rossi y Victoria Tenenbaum, *op. cit.*

Entre 2011 y 2012, ya en el gobierno de José Mujica, se procesó otra ronda de reformas al sistema de pensiones mediante los trabajos del DNSS. Hubo dos cambios importantes. El primero es que se creó la opción de una jubilación parcial para las personas en los sectores industrial, de servicios, rural y doméstico, que quedó plasmada en la Ley N° 19.160, donde se estableció la posibilidad de que personas que se encuentran en retiro puedan reintegrarse de manera parcial —no más del 50 % de la jornada— a las actividades que desempeñaron hasta el momento de su jubilación, pero si deciden hacer esto, el monto de su pensión se reduce en 50 %.

Después, se aprobó la Ley N° 19.162 de 2013, para que algunos sectores se puedan desafiliar del pilar de capitalización individual, en particular, las personas que tenían al menos 40 años de edad al 1 de abril de 1996 y que hubieran optado por contribuir al pilar individual sin estar obligadas a hacerlo, y las que en 1995 estaban en el primer nivel de ingreso y decidieron incorporarse al esquema de capitalización individual, siempre y cuando no estuvieran recibiendo ya una pensión del sistema mixto.

En general, la manera en la que el gobierno de Tabaré Vázquez y el de José Mujica procesaron las reformas, en diálogos nacionales, permitió generar amplios acuerdos y formular cambios con gran respaldo y legitimidad. Pero esto sólo se consiguió en el caso de la reforma de 2008 y en la que busca compatibilizar la jubilación con actividades remuneradas. Como se observa, éstas no implicaron cambios sustantivos al régimen de pensiones, puesto que sólo ajustaban requisitos y modalidades para acceder a una pensión. En contraste, la aprobación de la Ley N° 19.162 no se dio mediante amplios

consensos, a pesar de haberse discutido en los trabajos del DNSS. El proyecto final que se aprobó tuvo oposición de los sectores empresariales y de los partidos de oposición con representación legislativa, por lo que se aprobó sólo con el apoyo del Frente Amplio.¹²⁸

5.5.2.4. Reforma al seguro de desempleo

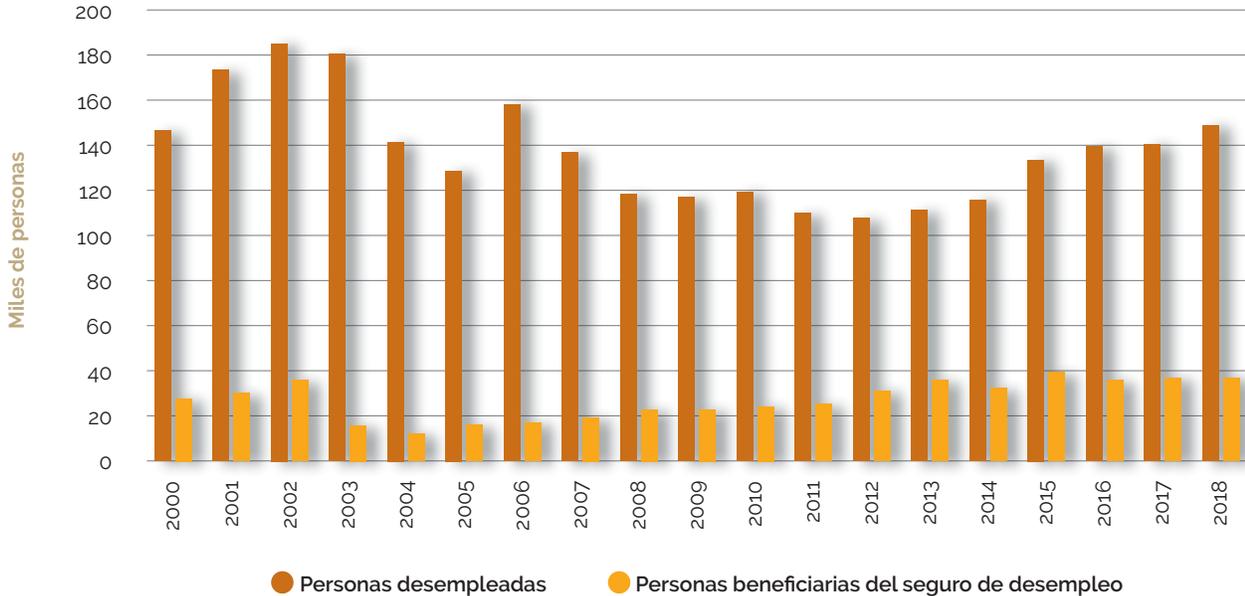
Como parte de los trabajos de la primera ronda del DNSS, que se desarrolló en el primer periodo presidencial de Tabaré Vázquez, también se formuló un cambio al seguro de desempleo. En este caso, los objetivos eran incentivar la búsqueda de empleo entre las personas de edad activa y proteger a sectores vulnerables, en particular, a las personas de mayor edad.

No hubo cambios en la cobertura, que permaneció limitada al conjunto de personas que desempeñan actividades en el sector privado y se mantuvo el requisito de cotización de 6 meses o 150 jornales en el año inmediato anterior a la solicitud del beneficio, así como el plazo del beneficio, que es de 6 meses o 72 jornales en los causales de despido o reducción del empleo. Lo que se modificó fue el periodo para quienes solicitan el seguro por suspensión: la prestación sólo dura 4 meses. Se estableció que se puede prolongar hasta completar los 8 meses mediante decreto presidencial si el país está en recesión técnica.¹²⁹ Además, las personas mayores de 50 años pueden acceder a una prórroga hasta completar una duración de 1 año. Un cambio importante fue el establecimiento de tasas de reemplazo decrecientes para el beneficio por pérdida de empleo, del 66 % del salario en el primer mes al 40 % en el sexto.

¹²⁸ José Miguel Busquets y Marcela Schenck, "La política pública de seguridad social en el gobierno del presidente Mujica: novedades y frenos", en Nicolás Betancur y José Miguel Busquets (coords.), *El decenio progresista: Las políticas públicas de Vázquez a Mujica*. Editorial Fin de Siglo, Montevideo, 2016, p. 81.

¹²⁹ Nicolás Bonino-Gayoso y Ulises García Repetto, *op. cit.*, p. 21.

Gráfica 63. Personas desempleadas y personas beneficiarias del seguro de desempleo en Uruguay, 2018 (miles de personas)



Fuente: Elaboración propia a partir de BPS, *Prestaciones de actividad 2019*, Montevideo, 2019, p. 37; OIT, "Desempleo por edad y sexo", *ILOSTAT*, 2020. Disponible en https://www.ilo.org/shinyapps/bulkexplorer36/?lang=en&segment=indicator&id=UNE_TUNE_SEX_AGE_NB_A

Aunque en la Gráfica 63 se puede apreciar un incremento continuo del número de personas que reciben un subsidio por desempleo desde 2005, lo cierto es que la cobertura ha sido muy limitada si se le compara con el total de personas desempleadas. En parte, esto se debe a los niveles de informalidad laboral,¹³⁰ que, aunque son menores a los de otros países latinoamericanos, todavía representan el 24,5 % del empleo total en Uruguay.

5.5.2.5. Reforma a las prestaciones por maternidad y paternidad

En el gobierno de José Mujica, mediante la Ley N° 19.161 —que entró en vigor en 2014—, se modificaron las prestaciones por maternidad, se estableció una prestación por paternidad y un subsidio para cuidados parentales. En el primer ámbito, se

amplió el tiempo de licencia para las trabajadoras del sector privado, de 12 a 14 semanas —cumpliendo con lo recomendado en el Convenio 183 de la OIT sobre la protección de la maternidad—. En este periodo, las mujeres tienen acceso a una prestación equivalente al 100 % del promedio del salario de los últimos 6 meses y, en el caso de las mujeres afiliadas como no dependientes, es decir, como empleadoras, el monto corresponde al promedio del ingreso en el mismo lapso.

Además, se amplió la cobertura a titulares monotributistas y patronas de empresas amparadas por el BPS que no tuvieran más de una persona subordinada. Las trabajadoras del sector público conservaron la licencia de 13 semanas que les asigna la Ley N° 16.104, de 1990.

También se creó una prestación por paternidad para los mismos colectivos de actividades,

¹³⁰ Andrés Dean, *Análisis del seguro de desempleo en el Uruguay*, CEPAL, Santiago de Chile, 2016.



la cual otorga una licencia por 10 días, con una prestación correspondiente al 100 % del promedio de los salarios de los últimos 6 meses —en el caso de trabajadores dependientes— o de ingresos —en caso de trabajadores no dependientes—.

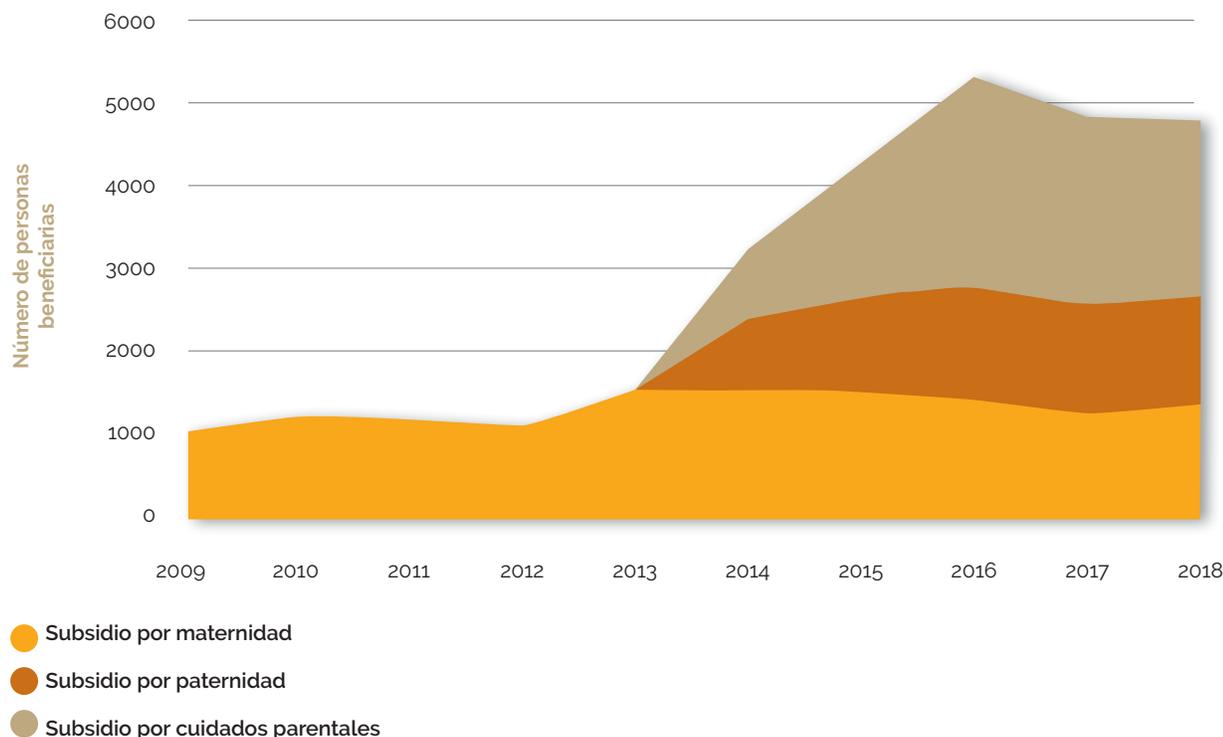
Finalmente, se creó una prestación para que cualquiera de los padres se ausente media jornada laboral para cuidar a su hijo o hija, por lo menos hasta que ésta cumpla seis meses de edad. La prestación está disponible de manera indistinta para padres o madres, y pueden alternar por días de la semana. En este caso, la prestación es del 50 % de los ingresos de los últimos seis meses.

Como se puede observar en la Gráfica 64, la reforma amplió considerablemente el número de beneficiarios de este tipo de prestaciones. En diciembre de 2012, el BPS tuvo 1097 beneficiarias del subsidio por maternidad, mientras que en diciembre de 2014 otorgó beneficios por este concepto a 1544 mujeres, y para el mismo mes de 2018 tenía una cobertura de 1302 personas. La cobertura fue

baja en los dos primeros años de funcionamiento de la prestación por paternidad, pero a partir del tercero, el BPS ha entregado prestaciones de maternidad y paternidad prácticamente en una relación 1 a 1, por lo que, en 2016, hubo 1302 beneficiarios. El crecimiento más importante se dio en la prestación por cuidados parentales, que, en su punto más alto, en 2016, otorgó 2485 beneficios.

“ Uno de los resultados del DNSS fue la aprobación de la reforma al sistema de pensiones que flexibilizó los requisitos para acceder a una prestación por retiro y por edad avanzada. ”

Gráfica 64. Personas beneficiarias de subsidios por maternidad, por paternidad y por cuidados parentales en Uruguay, 2009-2018



Fuente: Elaboración propia a partir de BPS, *Prestaciones de actividad 2019*, Montevideo, 2019, pp. 69 y 75.

Aunque, en principio, los hombres y las mujeres pueden acceder en igualdad de condiciones a la prestación de cuidados parentales —o adquirirla de manera compartida—, la mayoría de quienes reciben el beneficio son mujeres. Por ejemplo, en 2018 únicamente 53 de las 2143 personas que recibieron el beneficio fueron hombres, es decir, más del 97 % de las personas que optan por una reducción salarial para poder cuidar a un hijo o una hija recién nacido o nacida son mujeres.¹³¹ Es probable que esto se deba al costo de oportunidad de tener una reducción salarial, que es mayor para los hombres, dada la brecha salarial de género. En diciembre de 2018, el beneficio promedio de esta prestación para las mujeres fue

de 25 074 UYU, mientras que el de los hombres fue de 32 528 UYU. También se debe considerar la división del trabajo de cuidados, que históricamente ha recaído en las mujeres. El problema, pues, no es tanto del diseño de los mecanismos, sino las desigualdades de género, en este caso en la dimensión de ingresos, por lo que su solución debe basarse en una estrategia integral.

5.5.2.6. Creación del Sistema Nacional Integrado de Cuidados

Una reforma reciente que se debe mencionar, pero que no corresponde del todo con el sistema de seguridad social, es la que creó el Sistema Nacional

¹³¹ BPS, *Prestaciones de actividad 2019*, Montevideo, 2019, p. 77.

Integrado de Cuidados (SNIC). Este sistema se estableció en respuesta a reclamos que colectivos feministas habían formulado desde la década de 1980.¹³² En 2010, un grupo de trabajo comenzó su diseño, pero fue hasta noviembre de 2016 cuando se aprobó y promulgó la Ley N° 19.353.

El propósito del SNIC es garantizar el derecho de las personas en situación de dependencia —niñas y niños de hasta 12 años, personas con discapacidad y personas mayores de 65 años— a recibir cuidados y, al mismo tiempo, trata de modificar la división del trabajo de cuidados en función del sexo. El SNIC funciona mediante cinco componentes: servicios, regulación, formación, gestión de la información y conocimiento, y comunicación.¹³³ Mediante el primero, ofrece servicios y subsidios para que las personas dependientes reciban cuidados, sea en el hogar o en establecimientos. Con el segundo, busca generar las condiciones legales y regulatorias para facilitar la implementación de la política de cuidados, lo que puede implicar desde el diseño de nuevas leyes, el fortalecimiento de las capacidades estatales, la fiscalización de la política de cuidados, hasta la atención de quejas y sugerencias. Por medio del tercer componente, pretende profesionalizar a las personas que proveen cuidados. Mediante el cuarto, sistematiza la información disponible sobre la población dependiente que recibe cuidados y la población cuidadora (integrada en su mayoría por mujeres). Finalmente, el quinto componente tiene el objetivo de generar y posicionar la imagen pública del sistema, así como impulsar cambios en las representaciones sociales sobre el cuidado, las personas dependientes y las cuidadoras.

La creación del SNIC es una transformación sustancial del sistema de bienestar uruguayo y su experiencia debe volverse un referente para otros países que busquen diseñar e instrumentar políticas nacionales de cuidado. Ejemplo de ello es que, en el ámbito de los servicios, para marzo del 2020 tenía una cobertura de educación y cuidados del 85 % del total de niñas y niños de 3 años; del 58 % de 2 años y del 39 % de menores de 2 años.¹³⁴ Adicional a esto, contaba con seis Espacios de Cuidados y Educación para hijas e hijos —de hasta 5 años— de estudiantes de educación media, cuyo objetivo es apoyar la continuidad educativa.¹³⁵ En cuanto al servicio de asistencia personal —el cual consiste en 80 horas mensuales de asistencia a personas mayores de 80 años y menores de 30 con dependencia severa para realizar actividades básicas como alimentarse, vestirse o higienizarse— en el mismo mes el Sistema atendía a 6125 personas a través de 4681 asistentes personales pagados y capacitados por el SNIC como parte de las acciones correspondientes al componente de formación.¹³⁶ Respecto a este último, 4181 personas habían completado o validado el curso de Atención a la Dependencia y un centenar se había certificado en Competencias Laborales de Cuidado, habilitándose para laborar como asistentes personales.¹³⁷ Sin embargo, se han formulado algunas observaciones en torno a la necesidad de fortalecer el enfoque de género, sobre todo en el componente de formación, ya que la mayoría de las personas que reciben capacitación del SNIC son mujeres, lo cual refuerza la división del trabajo de cuidados por sexo.¹³⁸

¹³² Ana Laura Cafaro Mango, "El Sistema Nacional Integrado de Cuidados en Uruguay: ¿Acceso equitativo para la ciudadanía en tanto derecho universal?", *CUHSO Cultura-Hombre-Sociedad*, núm. 29, 2019, pp. 295-314.

¹³³ Junta Nacional de Cuidados, *Plan Nacional de Cuidados*, Montevideo, 2014.

¹³⁴ Sistema Nacional Integrado de Cuidados, *Rendimos Cuentas. Informe marzo 2020*, Montevideo, 2020, p. 3.

¹³⁵ *Idem*.

¹³⁶ Sistema Nacional Integrado de Cuidados, *op. cit.*, p. 4.

¹³⁷ *Ibid.*, p. 5.

¹³⁸ Ana Laura Cafaro Mango, *op. cit.*, pp. 309-310.

5.5.3. Reformas futuras a la seguridad social

Aunque a partir de 2005 se emprendió una amplia reforma al sistema de seguridad social, que ha permitido crear nuevas prestaciones y ampliar la cobertura de las existentes, al final del segundo periodo de Tabaré Vázquez (2015-2020) se introdujo en la agenda pública la necesidad de una reforma que haga más sostenible al sistema en términos financieros, en particular en el caso de las pensiones para personas mayores, que en el peor de los casos podría conducir a disminuciones en la extensión o el nivel de la cobertura.

En noviembre de 2017, durante una visita de Estado a México, el entonces presidente Vázquez declaró que “en la seguridad social [...] el Uruguay va a tener que encarar una serie de reformas para hacer sustentable y sostenible en el tiempo esos sistemas que otorgan beneficios para la sociedad”.¹³⁹ Aunque su gobierno no emprendió una reforma amplia, que transformara el funcionamiento del principal esquema, el manejado por el BPS, consiguió cambios legales a las pensiones para los integrantes de las fuerzas armadas en 2018, con la intención de reducir la carga fiscal que representan para el Estado —se estima que en 2017 el gobierno tuvo que destinar 16 843 millones UYU a este rubro—. ¹⁴⁰

Aunque este último cambio produjo tensiones con el comandante en jefe del Ejército, dado que se reducían algunos beneficios, en la opinión de técnicos del Ministerio de Economía, el cambio fue mínimo y no aliviaba fiscalmente al

Estado, debido a que la reforma empezará a regir 10 años después de su aprobación, es decir, en 2028; la Caja Militar seguirá garantizando una tasa de reemplazo mayor (90 %) que la del sistema general, y se estableció un tope al beneficio de 110 000 UYU, muy por encima del que aplica a las pensiones otorgadas por el BPS, que es de 45 000 UYU.¹⁴¹ Estas limitaciones se deben a un amplio proceso de negociación dentro de la coalición gobernante y a las tensiones con el Ejército. En particular, el proyecto se modificó para que los cambios sólo se apliquen a las personas que entran a las fuerzas armadas a partir del cambio normativo y a quienes llevaran en ella menos de 5 años; también hubo cambios para que las personas que, a pesar de haber cumplido 60 años —edad mínima para acceder al beneficio— y no hubieran alcanzado el requisito de 30 años de trabajo, puedan seguir laborando hasta cubrirlos.¹⁴²

En 2019, el entonces ministro de Economía y Finanzas, Danilo Astori, insistió en la necesidad de reformar el sistema, particularmente en lo referente a las pensiones otorgadas por el BPS, ante el avance del proceso de envejecimiento poblacional y el incremento del gasto que generó la flexibilización de las condiciones de acceso de 2008.¹⁴³ Sin embargo, el último gobierno del Frente Amplio no avanzó en este sentido.

En contraste, el nuevo presidente, Luis Lacalle Pou, del Partido Nacional, incorporó en su programa de gobierno —presentado en agosto de 2019— la propuesta de reformar el sistema previsional. No definió las características principales de dicho cambio, sino sólo el establecimiento de una comisión multipartidista de expertos que

¹³⁹ *El País*, “Gobierno reformará la seguridad social para evitar la quiebra”, 17 de noviembre de 2017. Disponible en <https://www.elpais.com.uy/informacion/gobierno-reformara-seguridad-social-evitar-quiebra.html>

¹⁴⁰ *Idem*.

¹⁴¹ *180*, “Reforma de la Caja Militar: resultados malos y procedimientos peores”, 21 de octubre de 2018. Disponible en https://www.180.com.uy/articulo/76614_reforma-de-la-caja-militar-resultados-malos-y-procedimientos-peores

¹⁴² *El Observador*, “Vázquez se puso al hombro la reforma de la caja militar y cerró la discusión en el Ejecutivo”, 16 de octubre de 2018. Disponible en <https://www.elobservador.com.uy/nota/vazquez-se-puso-al-hombro-reforma-de-caja-militar-y-cerro-la-discusion-en-el-ejecutivo-2018101519030>

¹⁴³ Mariana Greif, “Danilo Astori: las medidas de la reforma de 2008 fueron a contrapelo de la transformación que necesita la seguridad social”, *La Diaria*, 19 de diciembre de 2019. Disponible en <https://ladiaria.com.uy/politica/articulo/2019/12/danilo-astori-las-medidas-de-la-reforma-de-2008-fueron-a-contrapelo-de-la-transformacion-que-necesita-la-seguridad-social/>

“Aunque el proceso está iniciando apenas y no hay indicios claros sobre el cambio que se planteará, es importante que no implique el retroceso en el disfrute del derecho humano a la seguridad social. La búsqueda de sostenibilidad financiera no puede ni debe significar —como ha sucedido en otros países del continente— la desprotección ante el riesgo de empobrecimiento en la vejez.”

analizara la situación y formulara propuestas.¹⁴⁴ Una vez en el gobierno, con la aprobación legislativa de una Ley de Urgente Consideración, en julio de 2020, consiguió la creación de tal equipo de expertos.¹⁴⁵

Esta nueva ley establece que el Ejecutivo tendrá la facultad de designar a los 15 integrantes de la “Comisión de Expertos en Seguridad Social, la cual funcionará en los ámbitos del Ministerio de Trabajo y Seguridad Social y de la Oficina de Planeamiento y Presupuesto”.¹⁴⁶ El presidente tendrá que elegir a especialistas en temas demográficos, económicos, previsionales y legales, y deberá reflejar la diversidad de partidos y movimientos sociales (art. 395). Este órgano tiene que presentar un informe diagnóstico en los primeros 90 días a partir de su creación, y sus recomendaciones en los siguientes 90.

Especialistas de la OIT han externado su preocupación sobre la facultad exclusiva que

tiene el presidente para elegir a los integrantes, lo que va en contra de las recomendaciones de ese organismo multilateral sobre contar con una participación tripartita: gobierno, trabajadores y patrones.¹⁴⁷ Además, se recomendó que la propuesta de reforma se ajuste a las recomendaciones y tratados en la materia suscritos por el Estado uruguayo.

Aunque el proceso está iniciando apenas y no hay indicios claros sobre el cambio que se planteará, es importante que no implique el retroceso en el disfrute del derecho humano a la seguridad social. La búsqueda de sostenibilidad financiera no puede ni debe significar —como ha sucedido en otros países del continente— la desprotección ante el riesgo de empobrecimiento en la vejez. En síntesis, es fundamental proteger el fuerte entramado institucional que se ha desarrollado en las últimas dos décadas para continuar garantizando el bienestar de la población.

¹⁴⁴ Luis Lacalle Pou, *Lo que nos une: programa de gobierno 2020 / 2025*, agosto de 2019. Disponible en <https://lacallepou.uy/descargas/programa-de-gobierno.pdf>

¹⁴⁵ Esta ley incluye más de 400 capítulos que tratan temas tan distintos como la actuación de las fuerzas de seguridad, flexibilización de la legítima defensa, regulación del derecho a huelga, la creación del Ministerio de Medio Ambiente y, por supuesto, pensiones. Véase *El Observador*, “El Poder Ejecutivo promulgó la Ley de Urgente Consideración”, 10 de julio de 2020. Disponible en <https://www.elobservador.com.uy/nota/el-poder-ejecutivo-promulgo-la-ley-de-urgente-consideracion-2020710125059>

¹⁴⁶ Uruguay, Artículo 393, Ley N° 19.889.

¹⁴⁷ *El Observador*, “La OIT pide que se ‘revisen’ los artículos de la LUC sobre piquetes”, 23 de mayo de 2020. Disponible en <https://www.elobservador.com.uy/nota/la-oit-pide-que-se-revisen-los-articulos-de-la-luc-sobre-piquetes--202052217560>



Uruguay empezó su sistema de seguridad antes que la mayoría de los países americanos. Mientras que en Estados Unidos o Canadá se aprobaron las primeras legislaciones en esta materia hasta la década de 1930, en Uruguay, como se explicó, se establecieron los primeros esquemas de pensiones al iniciar el largo siglo XX, y ya para 1954 se había establecido la cobertura legal universal de pensiones para personas mayores.

El sistema tuvo un desarrollo importante a lo largo del siglo XX y actualmente es uno de los de mayor cobertura en el continente. A pesar de que sus prestaciones se deterioraron a finales de ese siglo, no hubo transformaciones de fondo, como sucedió en muchos de los países latinoamericanos en las décadas de 1980 y 1990.

En 2005 llegó al gobierno un partido con tradición sindicalista y de articulación con organizaciones de base, lo que implicó un estilo participativo y pluralista de gobernar. Además, el FA tenía una ideología afín a la universalización de la política social y una agenda de reformas al sistema de seguridad social. Éstas intentaron corregir algunos de los problemas heredados de etapas previas: adaptó algunas prestaciones a las condiciones sociales y económicas de inicios del siglo XXI y complementó su sistema público de bienestar con una ambiciosa política de cuidados.

En buena medida, estos cambios respondieron a las transformaciones en los riesgos sociales.

Por ejemplo, ante el rápido envejecimiento de la población, se trató de evitar que un porcentaje importante de la población adulta mayor quedara excluida de este beneficio, dadas las reglas restrictivas que había impuesto la reforma de 1995. Además, los cambios más recientes en este ámbito permiten reconocer la posibilidad de que, ante el incremento de la esperanza de vida, las personas busquen permanecer en el mercado laboral a pesar de haber superado la edad legal de jubilación. El sistema también respondió a los problemas de empleabilidad que pueden tener las personas mayores, por lo que con la reforma al seguro de desempleo se permitió que quienes tengan una edad cercana a la de jubilación y estén desempleadas, puedan acceder a un beneficio por desempleo de mayor duración, de tal manera que no queden desprotegidos completamente al transitar fuera del mercado laboral. En tanto, con la creación del sistema de cuidados se busca atender riesgos sociales que, aunque ya existían, quedaban como ámbito exclusivo de la provisión familiar, con las consecuencias negativas que esto tiene en la igualdad de género.

La consecución de estas reformas fue el resultado de la intervención de diferentes factores, entre los que destacan la llegada de una nueva coalición política al gobierno, con una mayoría legislativa y fuertes vínculos con organizaciones sociales; la larga tradición democrática del país —interrumpida, pero revigorizada después de

la dictadura—, que supone la creación de amplios espacios de discusión y negociación para la adopción de cambios políticos; incluso la herencia misma del sistema de seguridad social, que favorece ciertas vías de cambio. Respecto a esto último, conviene recordar que la decisión de financiar mediante un modelo de seguro social y no con base en impuestos generales se debió al interés de aprovechar la experiencia del BPS para recaudar contribuciones.

A pesar de la diversidad de factores que están detrás de las reformas analizadas a lo largo de este capítulo, se pueden mencionar algunos elementos que contribuyeron a ampliar la cobertura del sistema y a tener mejores resultados. El principal de ellos fue el fortalecimiento de las capacidades y la rectoría del Estado en el funcionamiento del sistema de seguridad social —el ejemplo más claro de esto fue la creación del SNIS—. Otro elemento fue que las prestaciones nuevas creadas en el periodo quedaron como responsabilidad del BPS, por lo que se evitó que incrementara la fragmentación del sistema. En última instancia, todo esto implicó un fortalecimiento institucional del sistema de seguridad social que, combinado con un importante crecimiento económico y disminución de la informalidad laboral, condujo a un mejoramiento de algunas condiciones de salud y de ingreso de amplios grupos poblacionales.

Sin embargo, permanecen problemas sin resolver. Uno de ellos es la fragmentación del sistema de salud, entre personas cubiertas por el SNIC y las que tienen que acceder mediante una afiliación gratuita o subsidiada a la ASSE,

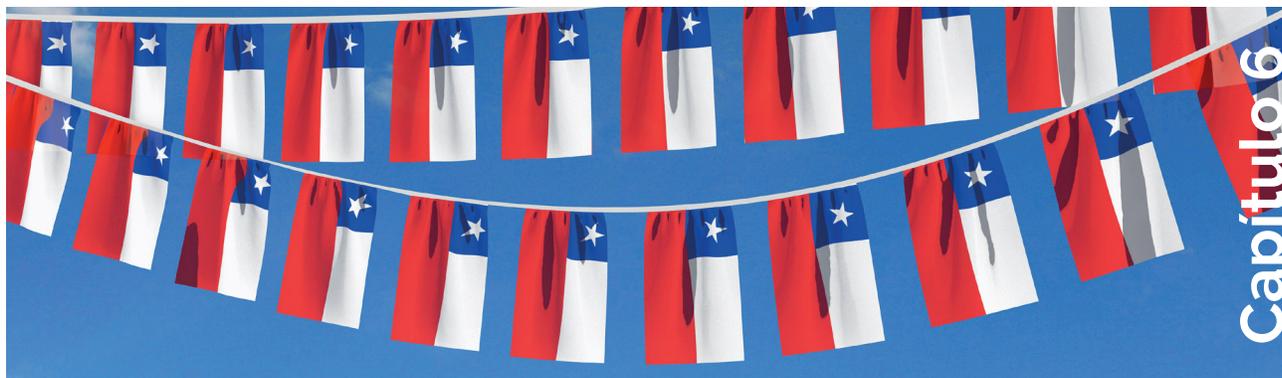
dado que tienen bajos ingresos y trabajan en la informalidad. Aunque en principio no se detectaron diferencias importantes en la atención según estas dos vías de afiliación, en particular entre los usuarios de la ASSE, lo cierto es que, históricamente, la fragmentación ha propiciado un ejercicio desigual del derecho. Otro problema es el bajo nivel de protección de los ingresos de las personas en edad de trabajar, dada la limitada cobertura del seguro de desempleo. También persiste un marcado sesgo del sistema de seguridad social en favor de las personas adultas mayores, mientras que la mayor presencia de pobreza se da entre menores de edad, lo cual deja en evidencia la necesidad de emprender de manera más decidida programas que se orienten principalmente a las niñas y los niños.

Aunque el sistema de seguridad social se ha fortalecido en los últimos tres lustros, es importante profundizar los avances y prevenir cualquier tipo de retroceso, dado que, como se expuso a lo largo del capítulo, hasta ahora se ha respondido de manera eficaz a las transformaciones sociales, demográficas y laborales que presionan por la expansión del sistema de seguridad social. Así, una reversión a estas mejoras se traduciría en afectaciones al bienestar de las personas, a pesar de que el desempeño del sistema en Uruguay se ha posicionado en los estratos más altos de los índices desarrollados para este informe, al lograr ampliar su cobertura a la par de la presión, y destaca por ser uno de los países con menor exclusión de personas de los beneficios y prestaciones de la seguridad social.

Capítulo 6

El sistema de seguridad
social en Chile





Chile tiene una larga historia en la implementación de políticas sociales. Fue de los pioneros en ampliar la cobertura de salud e instituir políticas de protección para las personas trabajadoras. Asimismo, dado que fue el primer país en implantar reformas orientadas al mercado, sirvió como modelo para la implementación de este tipo de políticas en América Latina. También fue de los primeros en iniciar modificaciones, a principios del siglo XXI, para hacer más sostenible socialmente la operación de prestaciones altamente privatizadas, una tendencia que han seguido otros países. De este modo, Chile ha sido un referente para la política social de la región.¹

El estudio cuantitativo desarrollado en el tercer capítulo lo ubica en las primeras siete posiciones de los índices y entre los estratos altos y medios; sin embargo, muestra también que entre 2009 y 2016 este país tuvo un aumento de la presión a su sistema de seguridad social, una ligera disminución en su cobertura en salud y pensiones, y un descenso en el Índice de Eficacia.

En este capítulo se hace una breve revisión de los orígenes y el desarrollo del sistema de seguridad social chileno, así como de sus reformas recientes. Además de pensiones y salud, se analizan las siete prestaciones restantes (por enfermedad, por invalidez-discapacidad, por desempleo,

por accidentes de trabajo, por maternidad-paternidad, para sobrevivientes y prestaciones familiares) y se identifican los procesos económicos, políticos y sociales que dieron lugar a los cambios registrados en los índices e indicadores.

Chile tiene un sistema de seguridad social fragmentado y estratificado desde su origen. Después de un periodo de desarrollo y esfuerzos de universalización del sistema, durante el régimen militar, el país adoptó políticas neoliberales para la provisión de las prestaciones sociales, lo que deterioró su acceso efectivo. Tras la dictadura, diversas reformas universalistas han tenido lugar, pero no se han podido superar las herencias institucionales y de grupos económicos y de poder del pasado.

El capítulo se organiza en cinco grandes apartados. En los primeros dos se revisan algunos datos generales del país y su posición dentro de los índices de presión, cobertura y eficacia. En el tercero se expone el funcionamiento actual de su sistema de seguridad social. En el cuarto, se repasa el origen y desarrollo de dicho sistema en los primeros dos tercios del siglo XX. En el quinto, se analizan los cambios estructurales derivados de la implantación del modelo neoliberal y las reformas expansionistas del siglo XXI, y, por último, se presentan las conclusiones.

¹ Christina Ewig y Stephen Kay, "Postretrenchment Politics: Policy Feedback in Chile's Health and Pension Reforms", *Latin American Politics and Society*, vol. 53, 2011, pp. 67-99.

6.1. Condiciones económicas, sociales y demográficas

Chile es un país de importantes dimensiones: tiene una superficie total de tierra de 743 000 532 km² y es el décimo más grande del continente americano.² Su población total es de 19.1 millones de habitantes en 2020³ y, de ellos, en 2019 el 87.6 % se concentraban en áreas urbanas.⁴ En cuanto a la distribución por sexos, en 2018, el 50.7 % eran mujeres y el 49.3 % hombres.⁵ El proceso de envejecimiento de la población chilena es avanzado, pues en 2018 las personas de 65 años o más representaban el 12 % de la población total,⁶

² Banco Mundial, Área de tierra (kilómetros cuadrados), *Banco de datos*. Disponible en <https://datos.bancomundial.org/indicador/AG.LND.TOTL.K2?locations=CL>

³ CEPAL, *Chile: perfil nacional socio-demográfico*, CEPALSTAT, base de datos y publicaciones estadísticas. Disponible en https://estadisticas.cepal.org/cepalstat/Perfil_Nacional_Social.html?pais=CHL&idioma=spanish

⁴ Banco Mundial, Población urbana (% del total), *Banco de datos*, 2020. Disponible en <https://datos.bancomundial.org/indicador/SP.URB.TOTL.IN.ZS?locations=CL>

⁵ Banco Mundial, Población, hombres (% del total)–Chile, Población, mujeres (% del total)–Chile, 2020. Disponible en <https://datos.bancomundial.org/indicador/SP.POP.TOTL.MA.ZS?locations=CL>. <https://datos.bancomundial.org/indicador/SP.POP.TOTL.FE.ZS?locations=CL>

⁶ Banco Mundial, Población de 65 años de edad y más (% del total) – Chile, 2020. Disponible en <https://datos.bancomundial.org/indicador/SP.POP.65UP.TO.ZS?locations=CL>



el grupo de 0 a 14 años era del 19,8 %⁷ y los nacimientos por mujer pasaron de 2 en 2001 a 1,7 en 2018,⁸ mientras que la esperanza de vida al nacer pasó de 76,6 a 80 años en el mismo periodo.⁹

En 2017, del total de los hogares chilenos, el 30,2 % eran biparentales y el 14,9 % monoparentales —de los cuales la mayoría (13 %) estaba a cargo de mujeres—. Además, el 23,4 % de los hogares eran extensos.¹⁰ En las últimas décadas se ha visto un incremento de los hogares monoparentales encabezados por mujeres —que en 2000 era del 7 %— y una disminución de los hogares biparentales y de los hogares extensos —que pasó del 47,2 % en 2000 y al 26,1 % en 2018—. ¹¹ Esto sugiere cambios importantes en las dinámicas familiares y sociales, que demandan estrategias nuevas de provisión estatal de bienestar.

En 2018, el crecimiento del PIB fue del 2,5 %¹² y el PIB per cápita fue de 15 130,2 USD,¹³ lo que posiciona a Chile como uno de los países de más alto desarrollo económico de la región de América Latina y el Caribe. Pese a ello, en 2017, el 10,7 % de la población vivía en condición de pobreza y el 1,7 % en pobreza extrema.¹⁴ El grupo de las personas menores de 14 años es el más afectado —el 18,8 % estaba en pobreza y el 23 % en pobreza ex-

trema—; seguido del grupo de entre 15 y 24 años —el 13,3 % estaba en pobreza y el 1,7 % en pobreza extrema—; el 10,9 % y el 1,4 %, respectivamente, de las personas de entre 35 y 44 años se encontraban en la misma situación. Las menos afectadas fueron las personas de 65 años o más —el 4,1 % estaba en condición de pobreza y el 0,6 % en pobreza extrema—. ¹⁵ No obstante, en ese año Chile pertenecía a los países de desarrollo humano muy alto y ocupaba el lugar 44 de 189 en el Índice de Desarrollo Humano.¹⁶

Además, en 2018, la tasa de participación en la fuerza de trabajo fue del 59,8 % de la población total mayor de 15 años,¹⁷ aunque los hombres tuvieron una tasa del 70,8 % y las mujeres solamente del 49,2 %. En cuanto al desempleo, éste era del 7,4 %: el 8,3 % para mujeres y el 6,8 % para hombres.¹⁸

En Chile, según datos de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), para 2016, la tasa de muertes por enfermedades no transmisibles fue de 531,4 por cada 100 000 habitantes, y del 44,6 por enfermedades transmisibles.¹⁹

Según la encuesta Casen 2017, elaborada por el Ministerio de Desarrollo Social y Familia de Chile, había 1 694 870 personas indígenas, el 9,5 %

⁷ Banco Mundial, Población entre 0 y 14 años de edad (% del total)—Chile, 2020. Disponible en <https://datos.bancomundial.org/indicador/SP.POP.0014.TO.ZS?locations=CL>.

⁸ World Bank, Fertility rate, total (births per woman), 2020. Disponible en <https://data.worldbank.org/indicador/SP.DYN.TFRT.IN?locations=CL>.

⁹ World Bank, Life expectancy at birth, total (years), *Banco de datos*, 2020. Disponible en <https://data.worldbank.org/indicador/SP.DYN.LE00.IN?locations=CL>.

¹⁰ Un hogar extenso es el constituido por un hogar biparental o monoparental que incluye uno o más parientes del jefe de hogar.

¹¹ CEPAL, *Tipos de hogares por sexo del jefe de hogar según área geográfica*, CEPALSTAT. Disponible en <https://cepalstat-prod.cepal.org/cepalstat/tabulador/ConsultaIntegrada.asp?idIndicador=2465&idioma=e> Consultado el 24 de marzo de 2020.

¹² Banco Mundial, Crecimiento del PIB per cápita (% anual) — Chile, *Banco de datos*, 2020. Disponible en <https://datos.bancomundial.org/indicador/NY.GDP.PCAP.KD.ZG?locations=CL>.

¹³ Banco Mundial, PIB per cápita (USD a precios constantes de 2010), *Banco de datos*. Disponible en <https://datos.bancomundial.org/indicador/NY.GDP.PCAP.KD>

¹⁴ CEPAL, *Población en situación de pobreza extrema y pobreza según área geográfica*, CEPALSTAT. Disponible en <https://cepalstat-prod.cepal.org/cepalstat/tabulador/ConsultaIntegrada.asp?idIndicador=3328&idioma=e>

¹⁵ *Ibid.*

¹⁶ PNUD, Índice e indicadores de desarrollo humano. Actualización estadística de 2018, Nueva York, 2018.

¹⁷ Banco Mundial, Tasa de participación en la fuerza laboral, total, *Banco de datos*, 2020. Disponible en <https://datos.bancomundial.org/indicador/SL.TLF.CACT.NE.ZS?locations=CL>

¹⁸ Banco Mundial, *Desempleo como porcentaje de la población activa*. Disponible en <https://datos.bancomundial.org/indicador/SL.UEM.TOTL.MA.ZS?locations=CL>

¹⁹ OPS, *PLISA Plataforma de Información en Salud para las Américas*. Disponible en <https://www.paho.org/data/index.php/es/visualizacion-de-indicadores.html>



de la población. De ellas, el 14,5 % se encuentra en situación de pobreza por ingresos, contra el 8 % para la población no indígena. Proporcionalmente, la incidencia de pobreza extrema es el doble (el 4 %) que en la población no indígena (el 2,1 %). De forma similar, el 30,2 % de las personas indígenas estaban en situación de pobreza multidimensional, contra el 19,7 % del resto.²⁰

De igual manera, la misma encuesta estimó que había poco más de 777 000 personas inmi-

grantes en el país, lo que significaba que el 4,4 % de la población nació fuera de Chile, aunque no hay una estimación oficial de qué proporción podría encontrarse en el país de manera irregular. El 23 % (la mayoría) de las personas migrantes provenían de Venezuela y el 22,5 %, de Perú.²¹ Por último, en 2012 se publicó en Chile el Segundo Catastro Nacional de Personas en Situación de Calle. De acuerdo con sus resultados, había 12 255 personas en esta situación.²²

²⁰ Observatorio Social, "Encuesta Casen 2017", Ministerio de Desarrollo Social y Familia. Disponible en <http://observatorio.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/index.php>. Informe de Desarrollo Social 2019, Disponible en http://www.desarrollosocialyfamilia.gob.cl/storage/docs/Informe_de_Desarrollo_Social_2019.pdf

²¹ Observatorio Social, *op. cit.*

²² Ministerio de Desarrollo Social y Familia, "En Chile todos contamos. Segundo catastro nacional de personas en situación de calle", Gobierno de Chile. Disponible en <http://www.desarrollosocialyfamilia.gob.cl/btca/txtcompleto/midesocial/enchiletodoscontamos-2catastrocalles.pdf>

6.2. Resultados *de Chile en los índices de presión, cobertura, eficacia y desempeño*

En esta sección se describen las tendencias particulares de Chile en los indicadores que integran los índices desarrollados en el Capítulo 3: Índice de Presión (IP), Índice de Cobertura (IC), Índice de Eficacia (IE) e Índice de Desempeño de los Sistemas de Seguridad Social (IDSS). Asimismo, se hará una breve mención al Índice de Presión Específica (IPE) y al Índice de Desempeño Específico de los Sistemas de Seguridad Social (IDSS).



Tabla 32. Indicadores de presión, cobertura y eficacia de la seguridad social para Chile

Índices	Indicadores	2000	2010	2018
Presión	Población de 65 años o más como porcentaje de la población total	7.65	9.36	11.53
	Población urbana como porcentaje de la población total	86.07	87.07	87.56
	Empleo en servicios como porcentaje del empleo total	62.17	66.44	68.46
	Tasa de desempleo	10.49	8.42	7.23
Presión Específica	Población rural como porcentaje de la población total	13.93	12.93	12.44
	Tasa de crecimiento poblacional	1.18	1.04	1.39
	Razón de dependencia demográfica	53.80	45.87	45.53
	Trabajadores familiares que contribuyen	2.33	1.47	1.11
	Tasa de informalidad	36.00	40.00	40.50 (2016)
Cobertura	Partos atendidos por personal capacitado	99.80 (2002)	99.80	99.70 (2016)
	Porcentaje de personas de 65 años o más que reciben una pensión	83.70	86.90	87.00 (2017)
	Gasto del gobierno en salud como porcentaje del PIB	2.52	3.19	4.50 (2017)
	Gasto público en protección social como porcentaje del PIB	7.72	6.73	5.74
Eficacia	Tasa de participación laboral de las personas de 65 años o más	17.23	20.28	24.48
	Tasa de mortalidad infantil	9.20	7.40	6.20
	Gasto de bolsillo como porcentaje del gasto total en salud	42.81	34.47	33.53 (2017)
	Población de 65 años o más en situación de pobreza	26.70	12.00 (2011)	4.10 (2017)

Fuente: Elaboración propia con información de la base de datos construida para el análisis del ISSBA.



6.2.1. Índice de Presión (IP) e Índice de Presión Específica (IPE)

En 2009, Chile tuvo el quinto puesto entre los 19 países estudiados, por lo que pertenece al estrato alto, es decir, al grupo de los países más presionados para aumentar la cobertura de sus sistemas de seguridad social. No fue así en 2016, cuando ocupó el sexto lugar y estaba en el estrato medio. Como se mencionó antes, es probable que este cambio se deba a una reducción importante en la tasa de desempleo y a un crecimiento moderado de la población urbana. En cuanto al IPE,²³ Chile tuvo el 15.º lugar en 2016 (único año para ese índice), por lo que estuvo en el estrato bajo, lo cual

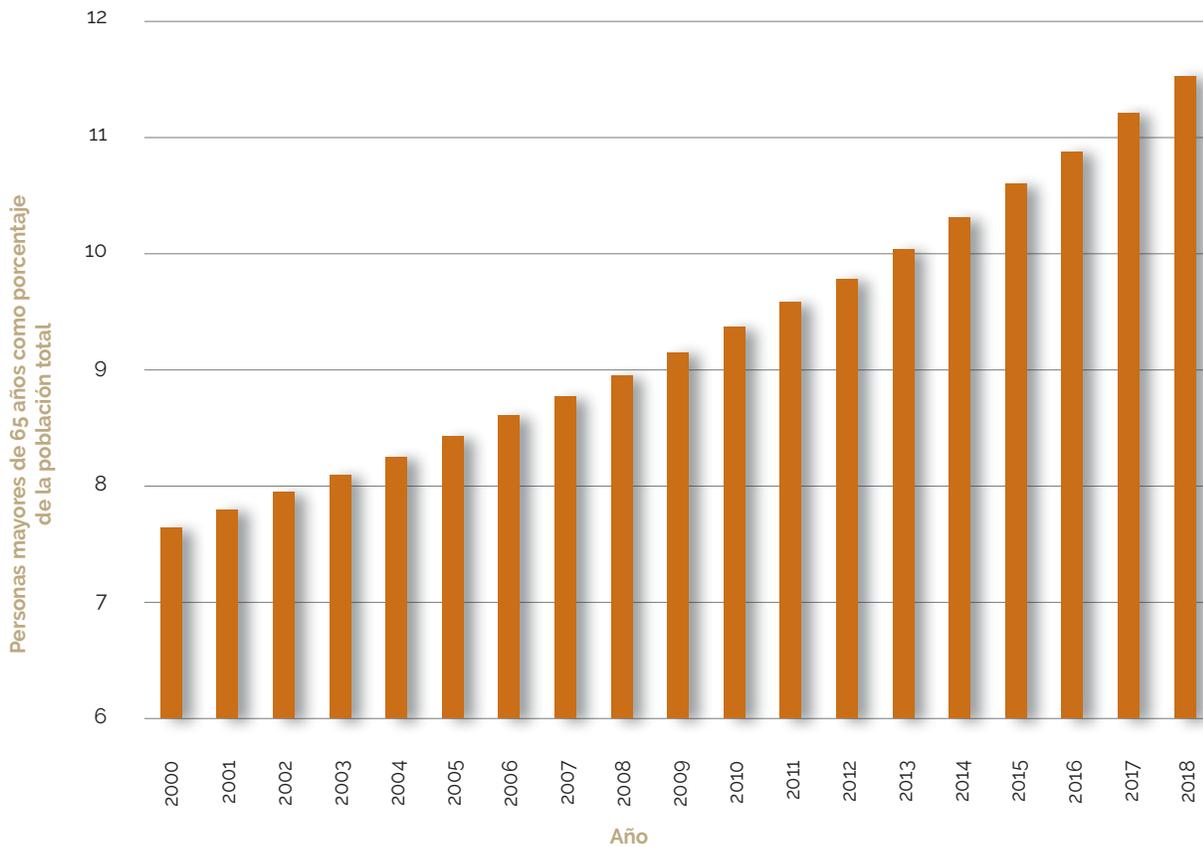
indica que no hay una presencia importante de factores vinculados con una alta exclusión de la seguridad social, probablemente por los bajos niveles de informalidad laboral y de población rural.

A continuación, se describen las tendencias en los indicadores que integraron el IP y el IPE (ver la Tabla 1 del Capítulo 3).

La población de 65 años o más ha ido en aumento en las últimas décadas. En el año 2000 era el 7,6 % de la población total, mientras que en el 2018 subió al 11,5 %. Entre los años de estudio, 2009 y 2016, pasó del 9,1 % al 10,8 %. Respecto a la dependencia demográfica, tuvo una disminución moderada: en 2000 era de 53,8 personas en edad inactiva por cada 100 en edad activa y pasó a 45,3 en 2016 para quedar en 45,5 en 2018.

²³ El IPE da cuenta de factores vinculados a un menor acceso a la seguridad social, por lo que tiene una relación inversa con el IP. Es decir, el IPE actúa como contraparte del IP. Para mayores detalles, ver el Capítulo 3.

Gráfica 65. Personas mayores de 65 años como porcentaje de la población total en Chile, 2000-2018



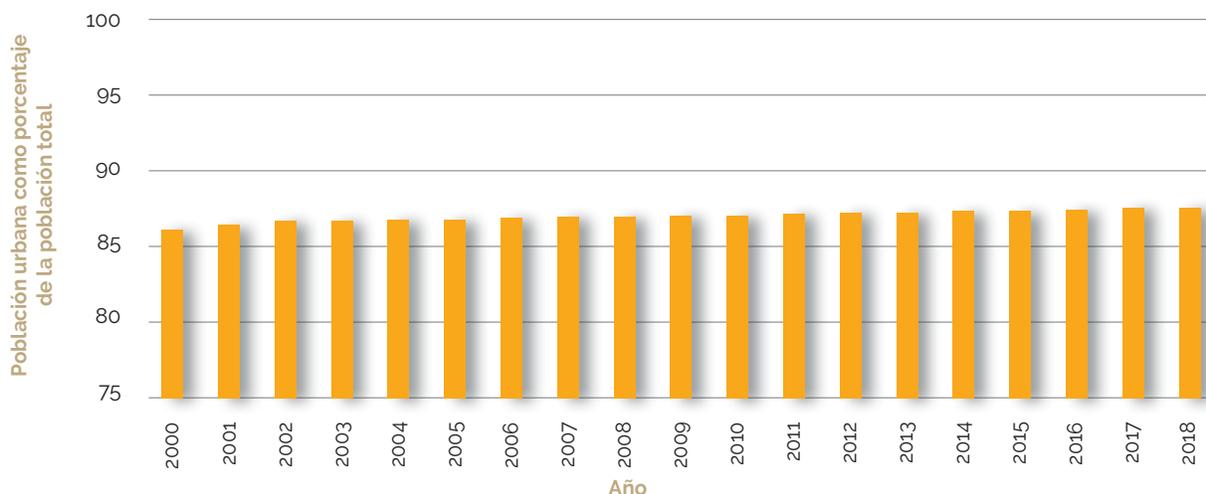
Fuente: Elaboración propia con información del Banco Mundial, "Población de 65 años y más (porcentaje del total)", Banco de Datos, 2020. Disponible en <https://datos.bancomundial.org/indicador/SP.POP.65UP.TO.ZS>

Entre 2000 y 2018, el porcentaje de población urbana se mantuvo relativamente constante, al pasar del 86 % al 87.5 %. Además, entre 2009 y 2016, pasó apenas del 87 % al 87.4 %.²⁴ La población rural presentó un descenso mínimo: de poco

menos del 14 % en 2000 al 12.6 % en 2016 y al 12.4 % en 2018. Por su parte, la tasa de crecimiento poblacional fue de casi el 1.2 % en 2000, y pasó al 1.3 % en 2016 y casi el 1.4 % en 2018.

²⁴ Aunque en las últimas dos décadas el aumento no ha sido grande, en el siglo XX Chile experimentó una urbanización acelerada: "Durante el siglo XX, la población rural permaneció estancada en Chile, de 1.6 millones en 1900 a 2.2 millones en 1995. Mientras tanto, la población urbana de Chile se multiplicó más de nueve veces, de 1.3 millones en 1900 a 11.7 millones en 1995.", véase María Angélica Illanes y Manuel Riesco, "Developmentalism and Social Change in Chile", en Manuel Riesco (ed.), *Latin America: a New Developmental Welfare State in the Making?*, Palgrave Macmillan, Nueva York, 2007, p. 378.

Gráfica 66. Población urbana como porcentaje de la población total en Chile, 2000-2018

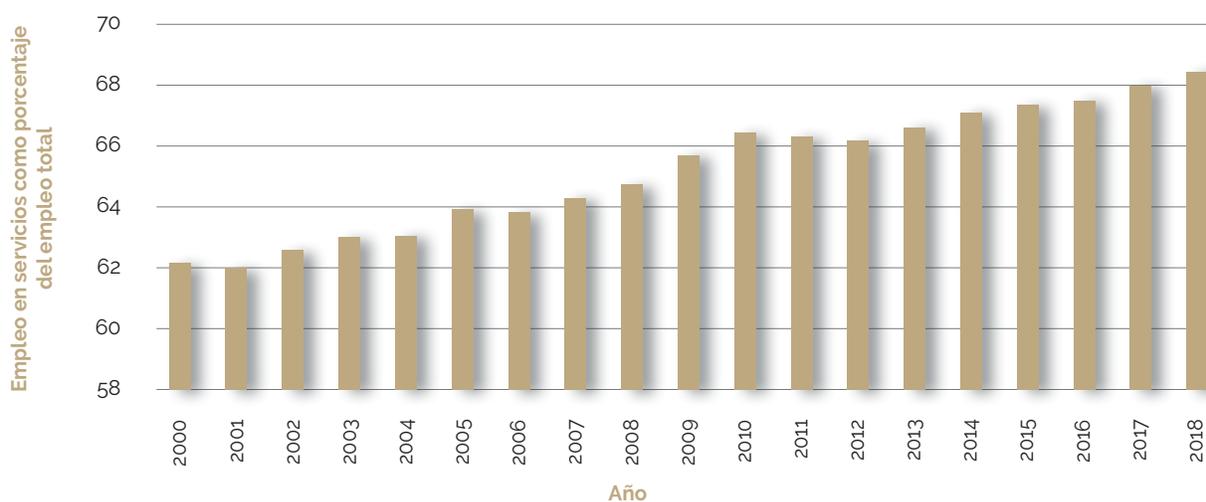


Fuente: Elaboración propia con información del Banco Mundial, "Población urbana (% de la población total)", *Banco de Datos*, 2020. Disponible en <https://datos.bancomundial.org/indicador/SP.URB.TOTL.IN.ZS>

En los 18 años de análisis, el empleo en el sector servicios como porcentaje del empleo total tuvo un crecimiento moderado, al pasar del 62.1 % en 2000 al 68.4 % en 2018. Para el periodo específico de 2009 a 2016, aumentó del 65.7 % al 67.5 %.

En cuanto a la informalidad laboral, en 2000 fue del 36 % y en 2016 llegó al 40.5 %. En la misma línea de la situación laboral, los trabajadores familiares representaron el 2.3 % del empleo total en 2000, pero sólo el 1.2 % y el 1 % en 2016 y 2019, respectivamente.

Gráfica 67. Empleo en servicios como porcentaje del empleo total en Chile, 2000-2018



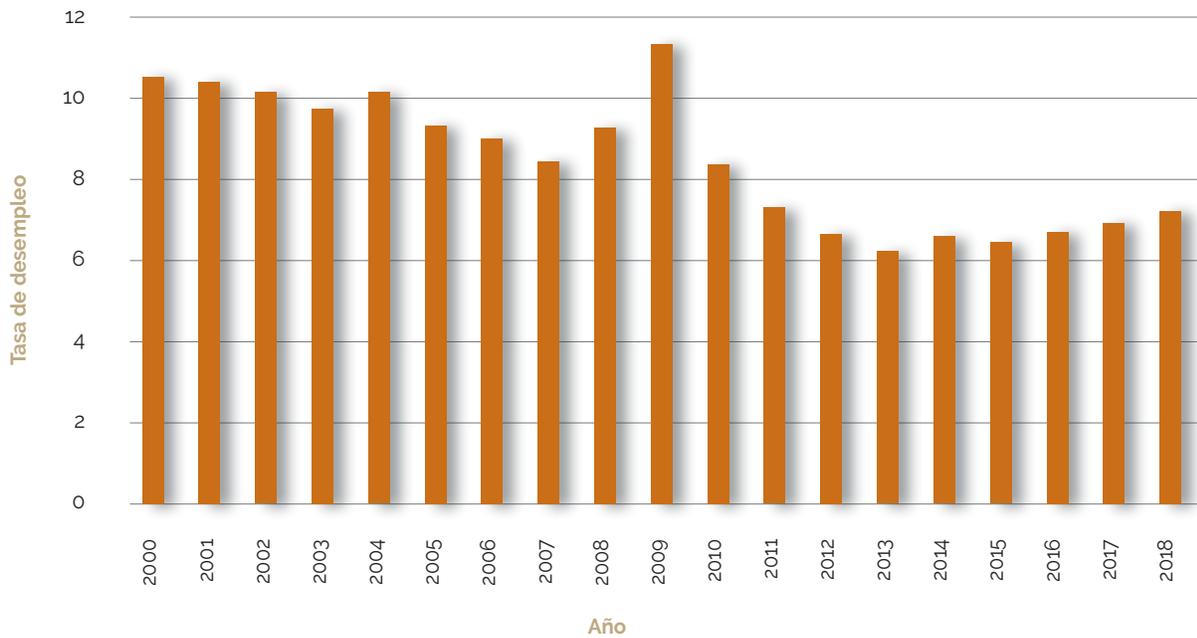
Fuente: Elaboración propia con información del Banco Mundial, "Empleos en servicios (% del total de empleos)", *Banco de Datos*, 2020. Disponible en <https://datos.bancomundial.org/indicador/SL.SRV.EMPL.ZS>



Desde el año 2000, la tasa de desempleo ha ido disminuyendo, al pasar del 10.4 % al 7.3 % en 2018. Sin embargo, en 2009 se observa un

pico del 11.3 %, relacionado con la crisis económica de 2008-2009. Para 2016, la tasa fue de 6.7 %.

Gráfica 68. Tasa de desempleo en Chile, 2000-2018



Fuente: Elaboración propia con información de OIT, "Tasa de desempleo por sexo y edad (%) anual", *ILOSTAT*, 2020, disponible en https://www.ilo.org/shinyapps/bulkexplorer31/?lang=en&segment=indicator&id=UNE_DEAP_SEX_AGE_RT_A

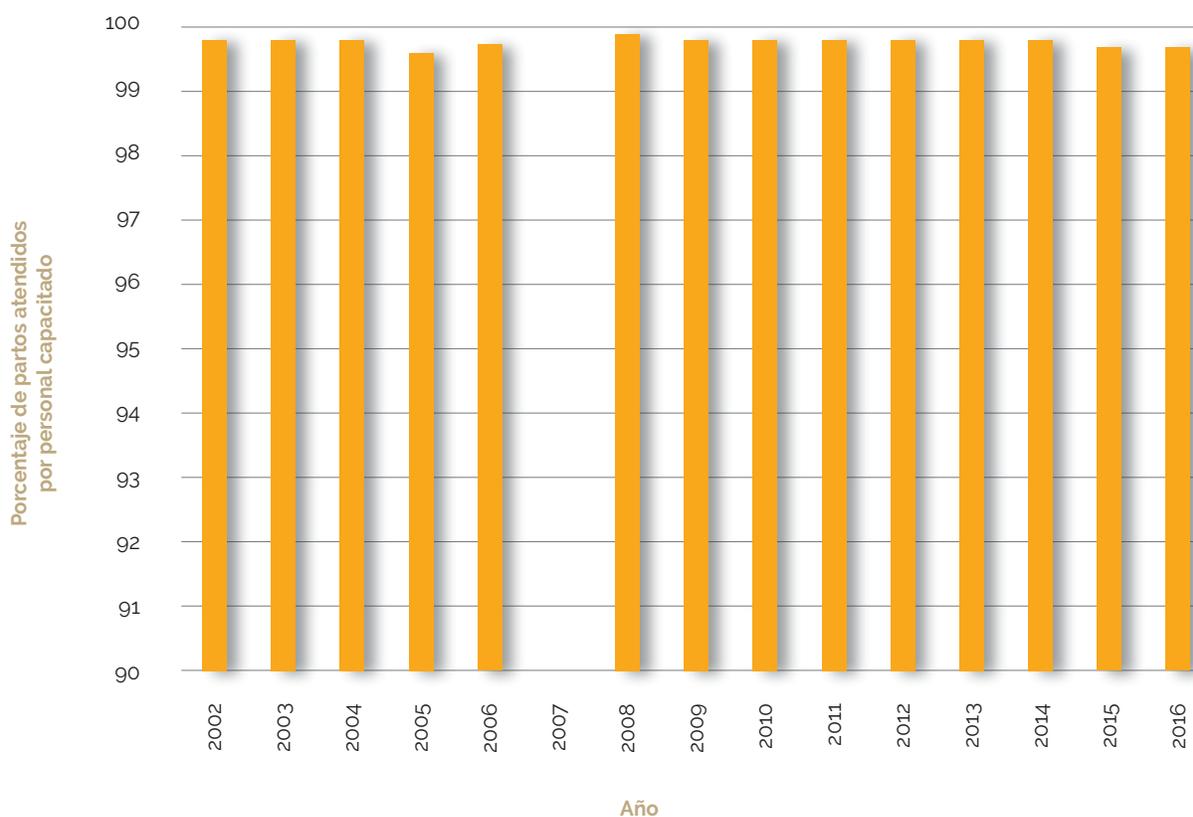
6.2.2. Índice de Cobertura (IC)

En 2009, Chile tuvo la sexta posición en el IC y perteneció al estrato alto, y descendió una posición para el año 2016, con lo que pasó del estrato alto al medio. El cambio se debió principalmente al aumento de la cobertura de algunos países del estrato alto —Argentina y Estados Unidos— y el medio —Bolivia y Costa Rica—, y a que Chile tuvo una reducción moderada de la cobertura

del sistema de pensiones, el gasto público en protección social y la estabilidad en la cobertura de partos, pese a un crecimiento moderado en el gasto del gobierno en salud. A continuación, se describen las tendencias en los indicadores que integraron el IC.

La atención de partos por personal capacitado fue alta. En 2002 era del 99,8 %, en 2005 presentó un mínimo del 99,5 %, pero se mantuvo constante el resto de los años y en 2016 fue del 99,7 %.

Gráfica 69. Partos atendidos por personal entrenado en Chile, 2002-2016



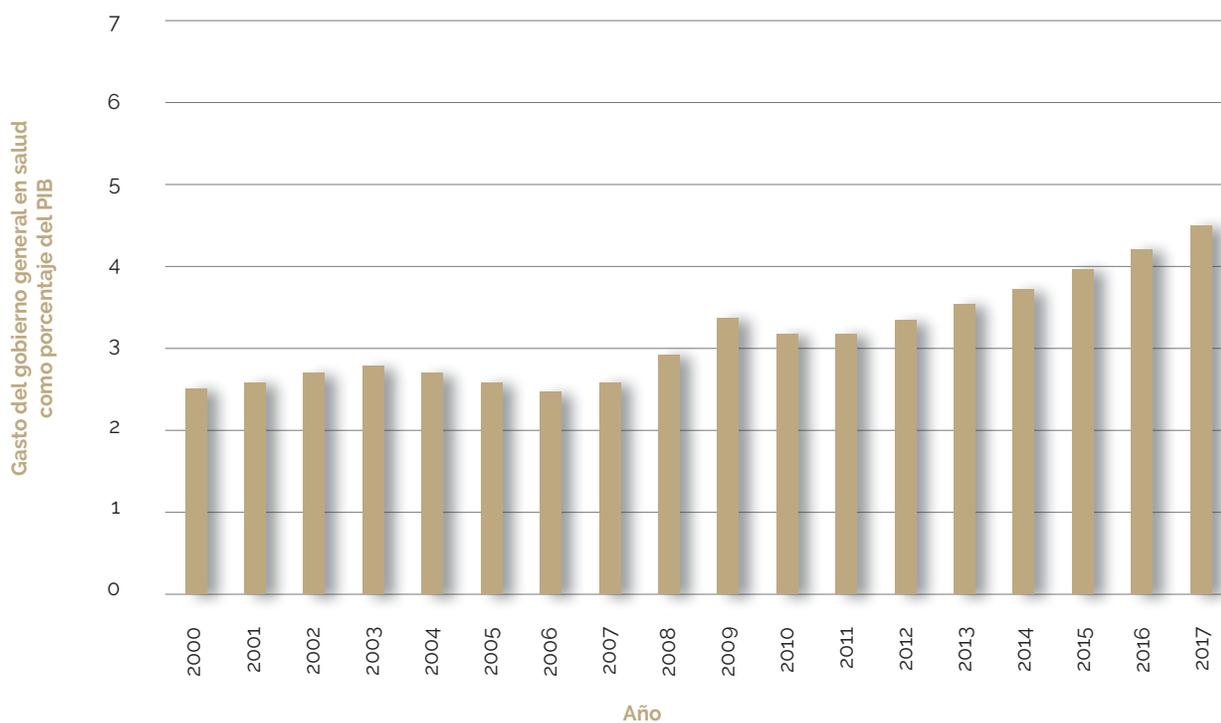
Nota: No hay datos para los años 2006, 2007 y 2008.

Fuente: Elaboración propia con información del Repositorio de datos del Observatorio Mundial de Salud, "Partos atendidos por personal entrenado". Disponible en <https://apps.who.int/gho/data/view.main.GSWCAH02v>

El gasto de gobierno en salud ha tenido un aumento moderado, pero relativamente continuo a lo largo de las últimas dos décadas. En el

año 2000 fue del 2,5 % del PIB, con un pequeño pico del 3,4 % en 2009, hasta llegar casi al 4,5 % en 2017.

Gráfica 70. Gasto del gobierno en salud como porcentaje del PIB



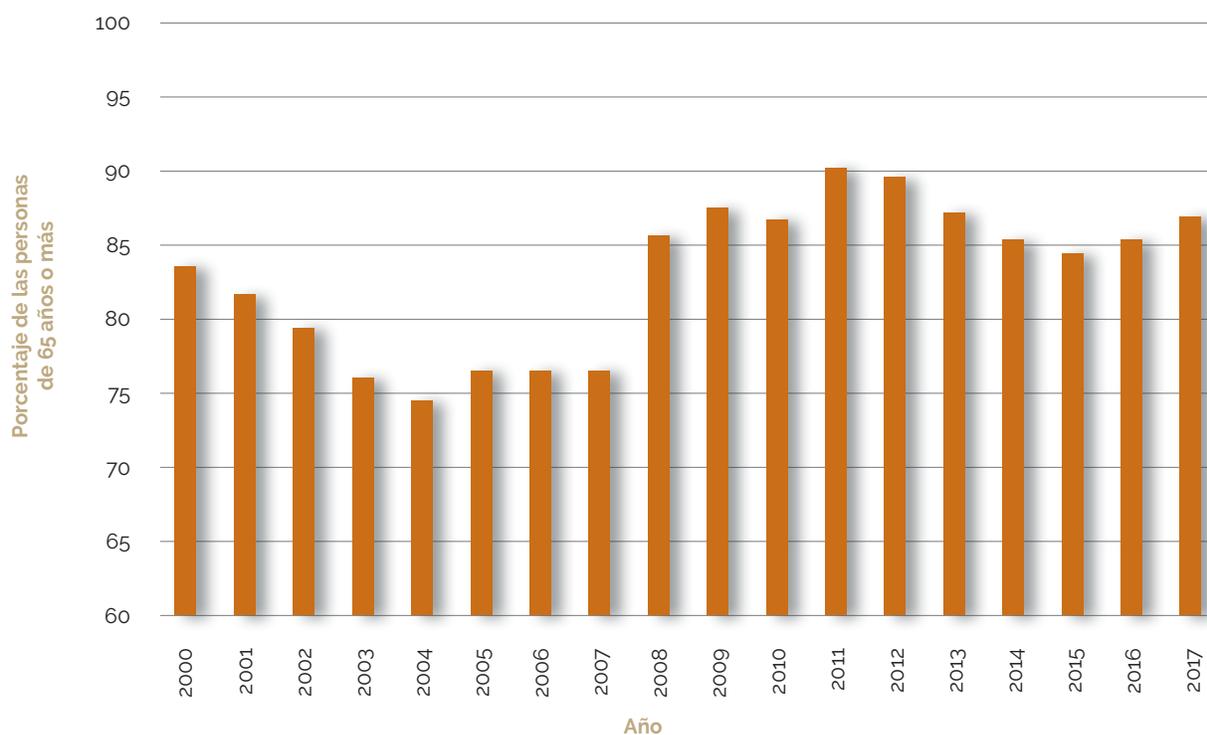
Fuente: Elaboración propia con información del Banco Mundial, "Gasto interno en salud del gobierno general (% del PIB)", *Banco de Datos*, 2020. Disponible en <https://data.worldbank.org/indicator/SH.XPD.GHED.GD.ZS>

En la cobertura del sistema de pensiones, que comprende prestaciones contributivas y no contributivas, se observa un descenso relativamente continuo de 2000 a 2004, al pasar del 83,7 % al 74,8 %.

partir de 2008 aumenta de nuevo, a un 85,8 %, debido a la creación del sistema de pensiones solidario en la reforma previsional de ese año, y después de algunas variaciones llega al 87 % en 2017.



Gráfica 71. Porcentaje de personas de 65 años o más que reciben una pensión contributiva y no contributiva en Chile, 2000-2017



Fuente: Elaboración propia con información de Alberto Arenas de Mesa, *Los sistemas de pensiones en la encrucijada. Desafíos para la sostenibilidad en América Latina*, Santiago de Chile, 2019.

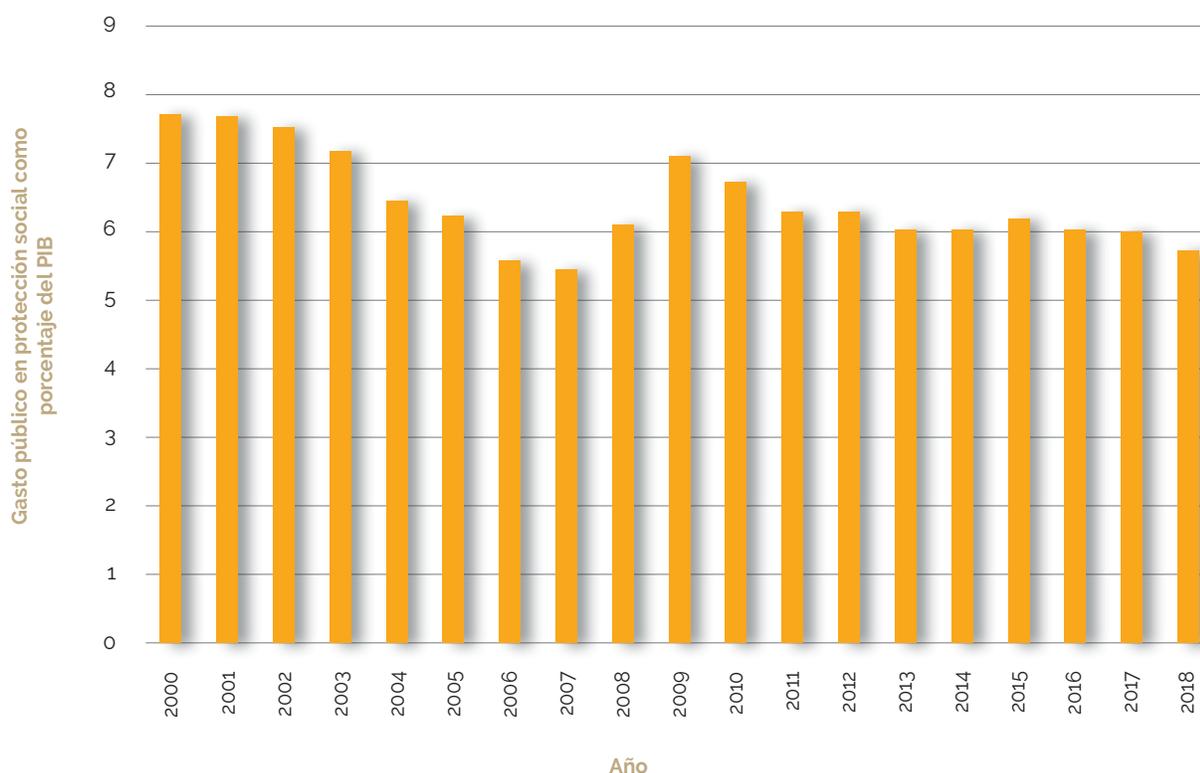
El gasto en protección social disminuyó del 7.7 %, en 2000 a casi el 5.5 % en 2007. Sin embargo, a partir de ese año tuvo un ascenso pronunciado hasta 2009, año en que llegó al 7.1 %.²⁵ Es im-

portante notar que este aumento coincidió con la creación del esquema de pensiones solidario de 2008. Posteriormente tuvo un descenso continuo hasta bajar de nuevo al 5.7 % en 2018.

²⁵ Se debe tomar en cuenta que dicho crecimiento también coincidió con el inicio de la crisis económica internacional, por lo que el incremento también puede reflejar una reducción del PIB, que es la base sobre la que se calcula el indicador. Sin embargo, el hecho de que, después de la crisis, el gasto no se redujera a niveles similares a los de 2006 o 2007, sugiere que el cambio podría relacionarse con la reforma pensional.



Gráfica 72. Gasto público en protección social como porcentaje del PIB en Chile, 2000-2018



Fuente: Elaboración propia con información de CEPAL, "Gasto público según clasificación por funciones del gobierno (en porcentajes del PIB)", *CEPALSTAT*, 2020. Disponible en <https://cepalstat-prod.cepal.org/cepalstat/tabulador/ConsultaIntegrada.asp?idIndicador=3127&idioma=e>

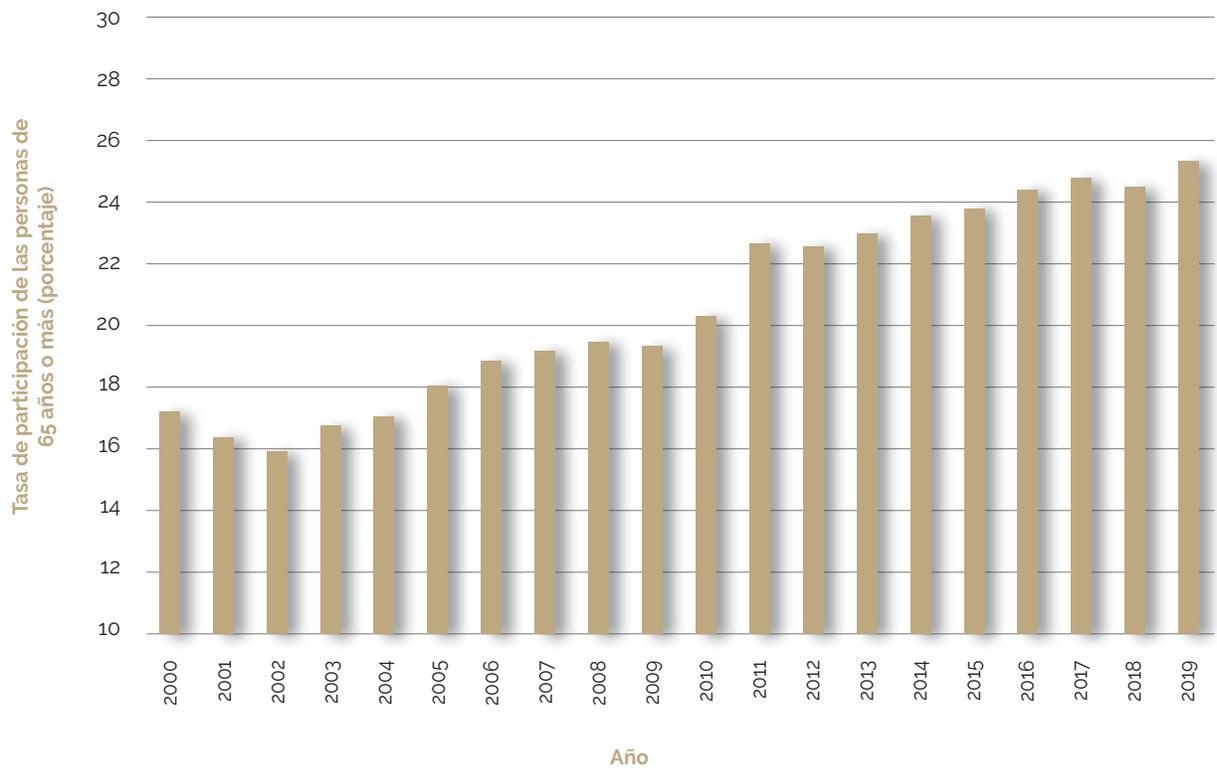
6.2.3. Índice de Eficacia (IE)

En el año 2009, Chile ocupó la cuarta posición en el IE y perteneció al estrato medio, aunque descendió hasta el séptimo lugar en el 2016, se mantuvo en el mismo grupo. Como se muestra enseguida, esto se relacionó con una relativa estabilidad en el gasto de bolsillo en salud entre ambos años, una reducción moderada de la mortalidad infantil, una disminución importante de la pobreza entre la población de 65 años o más y

un gran crecimiento de la participación laboral de este grupo de edad.

Respecto a la tasa de participación en la fuerza de trabajo de las personas de 65 años o más, se identifica un aumento continuo e importante, del 17,2 % en 2000 a casi un 25,3 % en 2019. Entre 2009 y 2016, creció del 19,3 % al 24,4 %. Es interesante observar el acentuado crecimiento de esta tasa a partir de 2008, porque ese mismo año se había expandido la cobertura de pensiones con la reforma previsional solidaria. Tal vez la crisis económica internacional contrarrestó los efectos de dicho programa.

Gráfica 73. Tasa de participación laboral de las personas de 65 años o más en Chile, 2000-2019

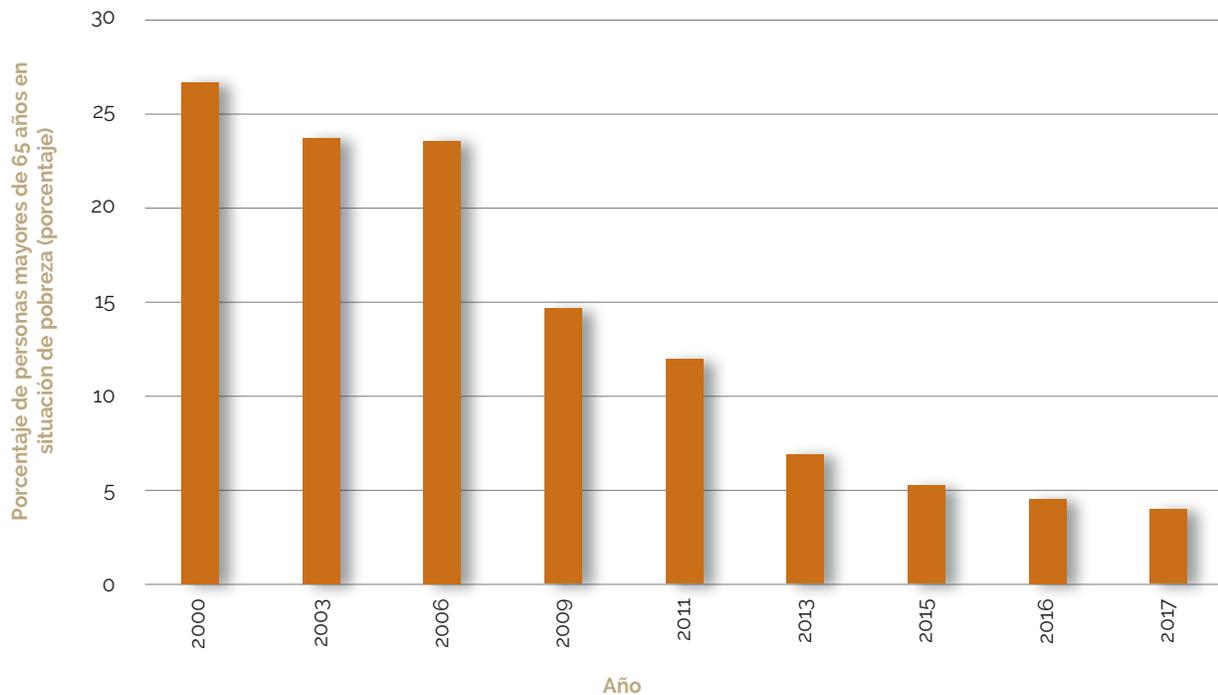


Fuente: Elaboración propia con base en OIT, "Labour Force Participation rate by sex and age (%)-Annual", *ILOSTAT*, 2020. Disponible en https://www.ilo.org/shinyapps/bulkexplorer15/?lang=en&segment=indicator&id=EAP_DWAP_SEX_AGE_RT_A

De cualquier manera, los niveles de pobreza de este grupo poblacional disminuyeron significativamente, como se puede observar en la Gráfica 74, del 26,7 % en 2000 al 4,1 % en 2017. En 2009 fue del 14,7 % y en 2016 del 4,6 %. Si bien este último periodo correspondió a los primeros cinco años después de la reforma provisional, que incluyó

una pensión solidaria, no es posible atribuir esta reducción solamente a dicho cambio, pues desde 2006 hubo una clara tendencia a una disminución acelerada en este indicador, además del aumento en la tasa de participación laboral de las personas adultas mayores, que implica una mayor disponibilidad de recursos monetarios.

Gráfica 74. Porcentaje de personas de 65 años o más en situación de pobreza en Chile, 2000-2018 (años disponibles)



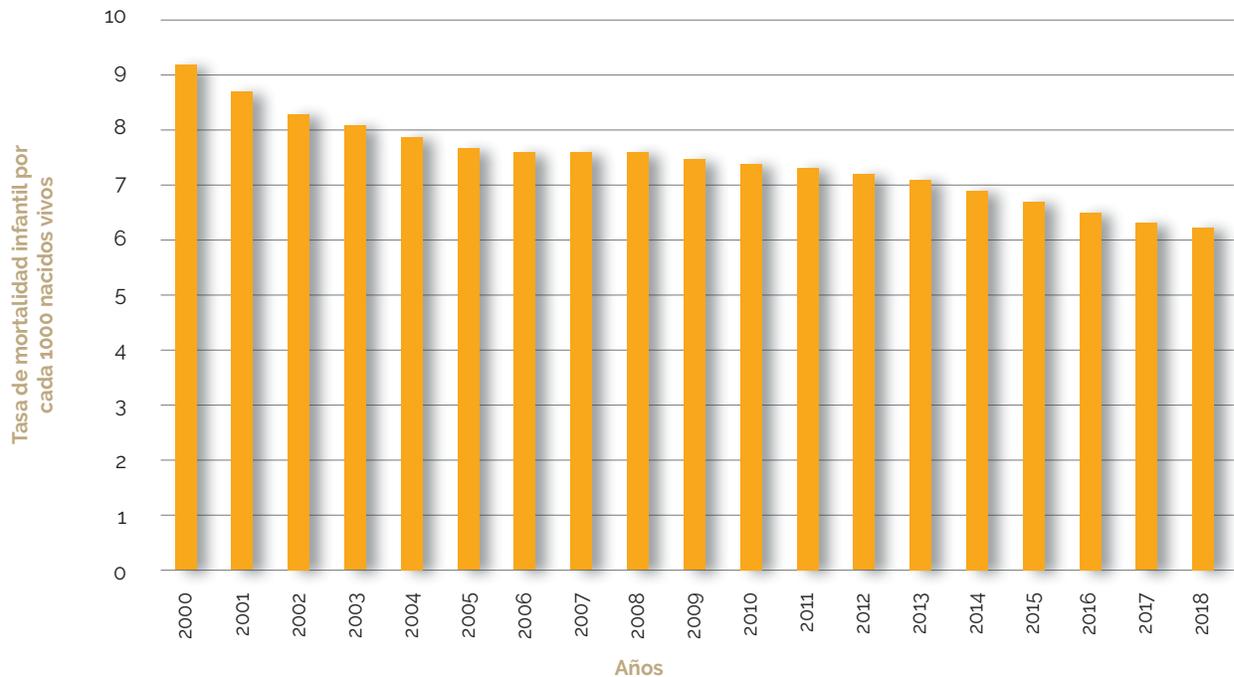
Fuente: Elaboración propia con información de CEPAL, "Población en situación de pobreza extrema y pobreza según edad, sexo y área geográfica", *CEPALSTAT*, 2020. Disponible en <https://cepalstat-prod.cepal.org/cepalstat/tabulador/ConsultaIntegrada.asp?idIndicador=3341&idioma=e>

La tasa de mortalidad infantil descendió de manera continua durante el periodo. En 2000 era de 10.9 muertes por cada 1000 nacimien-

tos vivos, mientras que en 2018 era de 6.2. En el periodo de estudio, pasó de 7.5 en 2009 a 6.5 en 2016.



Gráfica 75. Tasa de mortalidad infantil en Chile, 2000-2018



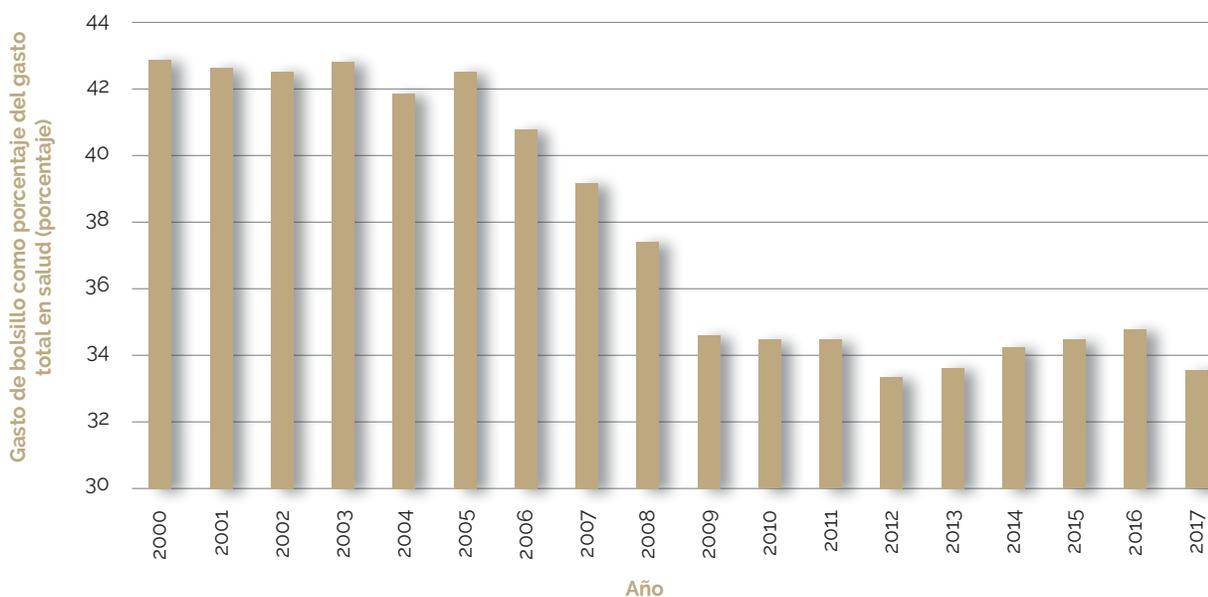
Fuente: Elaboración propia con información del Banco Mundial, "Tasa de mortalidad infantil", *Indicadores de Desarrollo del Banco Mundial*, 2000-2018. Disponible en <https://databank.bancomundial.org/source/world-development-indicators>

El gasto de bolsillo en Chile es alto, aunque ha tenido un ligero descenso durante las décadas de estudio. En 2000 era del 42.8 % y tuvo una disminución paulatina hasta 2009, cuando fue del 34.5 %. A partir de ese año, el gasto se mantuvo

relativamente constante hasta el final del periodo, con un 33.5 % en 2017. Es interesante observar una drástica caída desde 2005, año que coincide con la puesta en marcha del Plan AUGE, reforma que se explica más adelante.



Gráfica 76. Gasto de bolsillo como porcentaje del gasto total en salud en Chile, 2000-2017



Fuente: Elaboración propia con información del Banco Mundial, "Gasto de bolsillo (% del gasto en salud)", *Banco de Datos*, 2020. Disponible en <https://datos.bancomundial.org/indicador/SH.XPD.OOPC.CH.ZS>

6.2.4. Índice de Desempeño de los Sistemas de Seguridad Social (IDSSS)

El Índice de Desempeño de los Sistemas de Seguridad Social (IDSSS) para 2009 ubicó a Chile en el grupo de desempeño alto. Esto significa que presentó alta presión al sistema, a la que respondió con una elevada cobertura y buenos resultados en la protección del ingreso en la vejez y la provisión de servicios de salud. Sin embargo, para 2016, el país andino bajó al grupo de desempeño medio debido al incremento de personas en edad de jubilarse y a una ligera disminución en la cobertura pensionaria y de salud, así como en el gasto en protección social. Además, el incremento de la participación laboral de las personas mayores de 65 años y el limitado decrecimiento del gasto del bolsillo durante el periodo de estudio (de apenas 1 %) hicieron que cayera tres posiciones en el Índice de Eficacia. Es decir, el aumento en la presión

no se acompañó de un incremento equivalente en la cobertura ni de una mayor eficacia del sistema para las prestaciones contempladas, por lo que no se pudo mantener en la misma posición del 2009.

El Índice de Desempeño Específico de los Sistemas de Seguridad Social (IDESSS) —el cual incorpora el Índice de Presión Específica— presenta resultados concordantes con los obtenidos con el IDSSS, pues en ambos índices se ubica en el estrato medio.

Como se expone más adelante, el buen desempeño del primer año se relacionó con un conjunto de reformas que se emprendieron a comienzos del siglo XXI, una década después del fin de la dictadura de Augusto Pinochet. Sin embargo, los esfuerzos de expansión y universalización no han podido transformar de manera sustancial el sistema de seguridad social chileno, y las consecuencias de ello se vislumbran en los últimos años de estudio. Antes de tratar las reformas, se presenta a continuación el estado actual del sistema de seguridad social y las prestaciones que ofrece.

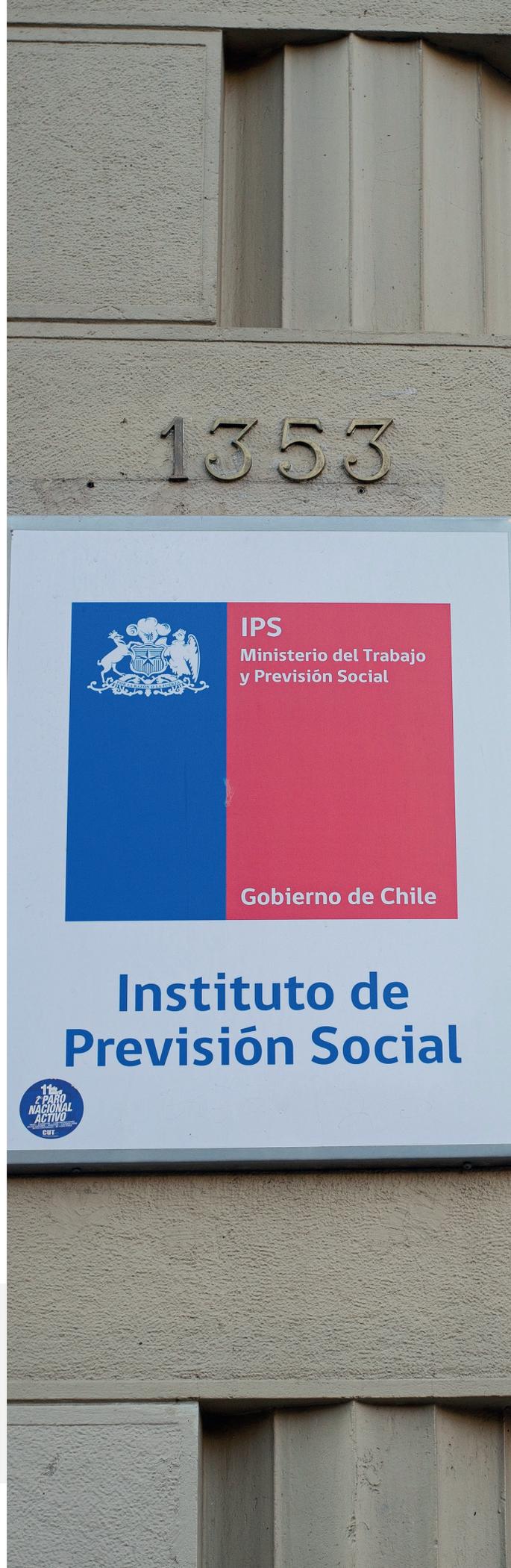
6.3. Cobertura del sistema de seguridad social

Chile es uno de los pioneros de la implementación de políticas de seguridad social en América Latina. Su sistema combina esquemas de contribución directa e indirecta, y estos últimos engloban tanto políticas universales de acceso a determinados servicios como mecanismos focalizados en segmentos específicos de la población. Asimismo, los sistemas de pensiones y de salud chilenos se fundamentan en un enfoque de derechos; el de salud, por ejemplo, define garantías sociales que la ciudadanía puede exigir y reclamar judicialmente²⁶ en caso de incumplimiento.²⁷ Sin embargo, ambos subsistemas están fuertemente privatizados, lo que resulta en una falta de acceso universal y en la exclusión de amplios sectores al acceso a mayores beneficios. Este aspecto es una de las contradicciones principales del sistema chileno.

Recientemente se ha fortalecido el pilar solidario financiado con recursos públicos, que desde entonces convive con los esquemas de contribución obligatoria y voluntaria. En términos generales, el sector público es en realidad complementario de los administrados por entidades no gubernamentales, que

²⁶ Marcelo Drago, "La reforma al sistema de salud chileno desde la perspectiva de los derechos humanos", *Serie Políticas Sociales*, núm. 121, CEPAL, Santiago de Chile, 2006, pp. 1-94.

²⁷ Claudia Robles Fariás, *Sistemas de protección social en América Latina y el Caribe: Chile*, CEPAL/Ministerio Federal de Cooperación Económica y Desarrollo-GIZ, Santiago de Chile, 2013.



“Los sistemas de pensiones y de salud chilenos se fundamentan en un enfoque de derechos; el de salud, por ejemplo, define garantías sociales que la ciudadanía puede exigir y reclamar judicialmente en caso de incumplimiento. Sin embargo, ambos subsistemas están fuertemente privatizados, lo que resulta en una falta de acceso universal y en la exclusión de amplios sectores al acceso a mayores beneficios.”

operan con base en un principio de utilidades o ganancias.²⁸ Los sistemas de capitalización individual —dirigidos por las Administradoras de Fondos de Pensiones (AFP) y los seguros de salud privados— aún son la columna vertebral de la seguridad social chilena. La función del Estado es principalmente la de un “supervigilante”, que supervisa el cumplimiento de la normatividad y el adecuado ejercicio del derecho a la seguridad social.

El sistema de salud funciona mediante la convergencia de un subsistema privado y otro público, cuyas bases son las aportaciones individuales de las personas trabajadoras. La rectoría del subsistema público corresponde al Ministerio de Salud, aunque desde la reforma descentralizadora de 1981 hay una serie de instituciones de salud primaria cuya administración está a cargo de las municipalidades. El sistema privado permanece autónomo y está regido por las Instituciones de Salud Previsional (Isapres). Paralelamente, existen algunas mutuales de seguridad social que cuentan con sus propias clínicas para atender accidentes de trabajo y enfermedades profesionales, así como establecimientos hospitalarios de las fuerzas armadas.²⁹ En todo caso, la Superintendencia de Salud —organismo descentralizado con personalidad jurídica y patrimonio propios— es la encargada de vigilar, controlar y fiscalizar a todas las instituciones y prestadores de salud, públicos y privados, y resolver las controversias que pudieran suscitarse.³⁰

Como se mencionó antes, en 2017 el gasto del gobierno en salud fue del 4,5 % del PIB, y el 92,1 % de la población cuenta con cobertura en salud, cifra que se encuentra por debajo del promedio de la OCDE, del 97,9 %.³¹ En 2018, 14 242 655 personas estaban afiliadas al Fondo Nacional de Salud (Fonasa), encargado de la administración del Seguro Social de Salud, mediante el cual opera el sistema público.³² El fondo se financia mediante un esquema de reparto en el que los recursos provienen, por un lado, del presupuesto estatal y, por el otro, de las contribuciones obligatorias de las personas trabajadoras dependientes, independientes y pensionadas, equivalentes al 7 % de sus remuneraciones gravables. La persona empleadora está exenta de hacer contribuciones.

²⁸ Oscar Cetrángolo (ed.), *La seguridad social en América Latina y el Caribe* [Documento de proyecto], CEPAL/PNUD, Santiago de Chile, 2009, pp. 22 y 106-107.

²⁹ Claudia Robles Farías, *op. cit.*, p. 27.

³⁰ Biblioteca del Consejo Nacional de Chile, “Ley de Autoridad Sanitaria N° 19.937”, Legislación Chilena. Disponible en http://www.supersalud.gob.cl/normativa/668/articles-2621_recurso_1.pdf

³¹ OCDE, *Panorama de la salud 2017*, París, 2018, p. 26.

³² Fonasa, “Boletín Estadístico 2017-2018”, Gobierno de Chile. Disponible en <https://www.fonasa.cl/sites/fonasa/documentos>

No sólo las personas trabajadoras que cotizan son beneficiarias del seguro público, sino también sus familiares registrados como dependientes legales, las personas desempleadas, las que carecen de recursos o cuyos ingresos se encuentran por debajo del mínimo necesario para poder cotizar, las beneficiarias del Subsidio Único Familiar,³³ las adultas mayores pensionadas, las pensionadas por invalidez y las beneficiarias del Programa de Reparación y Atención Integral de Salud (PRAIS).³⁴ Sin embargo, todas reciben diferentes tipos de beneficios, según sus características y su situación.

Fonasa cuenta con dos formas distintas de atención. En la Modalidad de Atención Institucional (MAI), los servicios médicos se otorgan en los establecimientos públicos que conforman la red asistencial: los Centros de Salud Familiar, el Servicio de Atención Primaria de Urgencia, los Centros de Referencia de Salud, los Centros de Diagnóstico Terapéutico y los hospitales públicos. En la Modalidad de Libre Elección (MLE), los beneficiarios pueden atenderse en establecimientos privados o con profesionales que hayan firmado convenio con el Seguro Público. Para ello, los asegurados pueden obtener bonos de atención, que tienen distintos valores según el nivel del profesional o establecimiento en cuestión (1, 2 o 3), el cual se define en un tabulador.³⁵

A su vez, los beneficiarios de Fonasa se clasifican en cuatro categorías (A, B, C y D), definidas de acuerdo con el nivel de ingresos y la situación socioeconómica, éstas determinan la for-

ma en que se distribuyen los beneficios. La categoría A está integrada por personas carentes de recursos, migrantes y beneficiarias del subsidio familiar —para quienes la atención en consultorios y hospitales públicos es enteramente gratuita—. La categoría B, que también goza de gratuidad, se compone de personas con un ingreso mensual gravable menor a 276 000 CLP (unos 350 USD) y las beneficiarias de Pensiones Básicas Solidarias.³⁶ En el grupo C están las personas con un ingreso gravable mensual de entre 276 001 y 402 960 —aunque si tienen tres o más dependientes familiares, se les considera parte del grupo B—. Este sector debe pagar un 10 % del arancel en hospitales públicos. Por último, en el grupo D están las personas con un ingreso gravable mensual mayor a 402 960 CLP —aunque pasan al grupo C si tienen 3 o más dependientes familiares—. Las personas de este grupo deben pagar un 20 % del arancel en hospitales públicos. Sólo las categorías B, C y D pueden atenderse mediante la MLE.³⁷

En este contexto, las Isapres se encargan del funcionamiento del subsistema privado y de administrar las cotizaciones de las personas trabajadoras. Los beneficiarios deben cotizar un mínimo del 7 % de sus ingresos mensuales, o más, según se establezca en el contrato individual de seguro de salud. Las Isapres ofrecen tres formas distintas de atención. En la MLE, se cubre la atención médica de cualquier prestador que el afiliado escoja. En la Modalidad de Prestadores en Convenio, o Preferentes, se define en el contrato un prestador

³³ El Subsidio Único Familiar se entrega a personas de escasos recursos que no pueden beneficiarse de la Asignación Familiar o Maternal —pagos adicionales al salario, que se reciben mensualmente por cada "carga familiar"— porque no son trabajadores afiliados a un sistema previsional (Véase Instituto de Previsión Social, "Reconocimiento de cargas para Asignación Familiar", *Chile atiende*. Disponible en <https://www.chileatiende.gob.cl/fichas/25878-reconocimiento-de-cargas-para-asignacion-familiar-trabajadores-dependientes>).

³⁴ El PRAIS es un programa del Ministerio de Salud que garantiza servicios sanitarios a las víctimas de violaciones de derechos humanos durante la dictadura (véase Ministerio de Salud, "PRAIS". Disponible en <https://www.ssmc.cl/prais>).

³⁵ Fonasa, "Bonos". Disponible en <https://www.fonasa.cl/sites/fonasa/beneficiarios/bonos>

³⁶ La Pensión Básica Solidaria es un beneficio monetario mensual, que pueden recibir todas las personas que no tengan derecho a una pensión en algún régimen previsional. Es parte del llamado Pilar Solidario de la Reforma Previsional (Ley N° 21.190) y contempla dos tipos de pensiones: de vejez y de invalidez (véase Instituto de Previsión Social, "Pensión Básica Solidaria", Gobierno de Chile. Disponible en <https://www.chileatiende.gob.cl/fichas/33958-pension-basica-solidaria-pbs>)

³⁷ Superintendencia de Salud, "Cómo funciona el sistema de salud en Chile", Ministerio de Salud. Disponible en <http://www.supersalud.gob.cl/difusion/665/w3-printer-17328.html>

preferente o una red de prestadores individualizados. La persona beneficiaria puede decidir entre atenderse en cualquier otro establecimiento médico —dentro de un esquema de libre elección, pero con menor bonificación—³⁸ o bien, acudir a alguno de los prestadores preferentes establecidos en el plan —con una bonificación más alta—. Por último, en la Modalidad Cerrada o de Médico de Cabecera, la Isapre sólo bonificará si el beneficiario se atiende con un prestador definido de antemano en el plan.³⁹

Aunque alrededor del 80 % de la población está afiliada al Fonasa, según las estadísticas reportadas, los establecimientos privados proporcionan un número considerablemente mayor de servicios, al menos en ciertos tipos de atención. Por ejemplo, en 2017 los establecimientos de la Red Asistencial ofrecieron 8 151 474 consultas médicas de especialidad,⁴⁰ mientras que los servicios privados dieron 30 973 274.⁴¹ Este dato sugiere que, al menos en ciertos tipos de servicio médico, una alta proporción de beneficiarios del Fonasa eligen atenderse en establecimientos privados mediante el esquema de MLE, tal vez por una percepción de baja calidad o altos tiempos de espera en los servicios públicos.

Cabe señalar, además, que el Ministerio de Salud cuenta con un programa específico, el PRAIS, que garantiza servicios sanitarios a las víctimas de violaciones de derechos humanos durante la dictadura de Augusto Pinochet.⁴²

Por su lado, el sistema de pensiones por vejez se basa en la capitalización individual y se compone de tres pilares: el contributivo obligatorio, el contributivo voluntario y el solidario. La Superintendencia de Pensiones vigila, regula y fiscaliza todos estos componentes y se encarga de la supervisión del seguro de cesantía.⁴³

Las AFP administran el pilar contributivo obligatorio. Éstas son entidades privadas encargadas de gestionar las cuentas individuales de cada persona trabajadora, quienes deben aportar el 10 % de su ingreso gravable mensual, e invertir los recursos para obtener rendimientos. Cada persona se puede afiliar a la AFP de su elección, entre las seis que actualmente existen en Chile, y también pueden elegir entre cinco tipos de fondo —otorgan diferentes márgenes de rendimiento según el grado de riesgo—. Las AFP están facultadas para cobrar una comisión —que pueden fijar libremente— uniforme a todos sus afiliados por la administración de los ahorros de las personas trabajadoras. Así, cuando los afiliados hombres alcanzan los 65 años y las afiliadas mujeres los 60, tienen derecho a recibir su pensión de vejez, cuyo monto dependerá de los fondos que cada persona haya acumulado a lo largo de su vida laboral, más la rentabilidad que generaron a lo largo del tiempo.

El pilar contributivo voluntario sirve como complemento del anterior, pues ofrece a los afiliados la oportunidad de hacer ahorros adicionales a la cotización obligatoria para incrementar el

³⁸ “Los porcentajes de cobertura que contempla el plan de salud aplicados sobre el valor real de las prestaciones, están afectados a topes de bonificación por prestaciones, los cuales pueden estar expresados en pesos (\$), Unidades de Fomento (U.F.) o número de veces el valor asignado a la prestación respectiva en el Arancel de la ISAPRE, sea que se aplique a una prestación, a un grupo de prestaciones. Las ISAPRE pueden fijar topes por año, de acuerdo al contrato de salud del afiliado, que rigen por el periodo de un año de vigencia de beneficios, expresados en pesos (\$) o Unidades de Fomento (U.F.)”; es decir, es el monto de dinero que la Isapre cubre por cualquier prestación o grupo de prestaciones. En Superintendencia de Salud, “Cobertura y Bonificaciones”. Disponible en <http://www.supersalud.gob.cl/consultas/667/w3-article-2504.html>

³⁹ Superintendencia de Salud, “Cómo funciona el sistema de salud en Chile”, *op. cit.*

⁴⁰ Departamento de Estadísticas e Información de Salud, “Resúmenes Estadísticos Mensuales 2017-2018”. Disponible en http://webdeis.minsal.cl/rem2018/?serie=1&rem=4&seccion_id=27&tipo=3®iones=0&servicios=-1&periodo=2017&mes_inicio=1&mes_final=12

⁴¹ Departamento de Estadísticas e Información de Salud, “Atenciones sector privado 2017”. Disponible en <http://www.deis.cl/remsas-2017/>

⁴² Ministerio de Salud, *op. cit.*

⁴³ Superintendencia de Pensiones, “La institución”. Disponible en <https://www.spensiones.cl/portal/institucional/594/w3-propertyvalue-5990.html>

monto de la pensión final. Quienes así lo deciden, reciben un subsidio estatal, en forma de una bonificación equivalente a 15 % del ahorro anual, y exenciones tributarias. Las contribuciones voluntarias se pueden hacer bajo tres esquemas distintos. El Ahorro Previsional Voluntario permite a cada persona trabajadora hacer aportaciones adicionales en su cuenta individual, administrada por la AFP a la que se haya afiliado. El Ahorro Previsional Voluntario Colectivo permite hacer aportaciones adicionales a las cuentas individuales, de manera conjunta entre el trabajador y el empleador, de suerte que por cada contribución voluntaria que haga el afiliado, el empleador aporta una proporción idéntica para todos los trabajadores de una misma empresa. A cambio, ambas partes reciben beneficios fiscales. Finalmente, los afiliados pueden abrir Cuentas de Ahorro Voluntario, independientes de sus cuentas individuales, con una o más AFP, no necesariamente en la que coticen.

Hacia 2006, se hizo evidente que más del 33 % de la población ocupada no cotizaba en el sistema de seguridad social, y que aproximadamente la mitad de quienes sí lo hacían no habrían acumulado los ahorros necesarios para financiar una pensión mínima al final de su vida laboral. Para atender estos problemas, se fortalecieron los pilares voluntario y no contributivo, y se creó un pilar solidario, a partir de la Ley N° 20.255 en 2008, administrado por el Instituto de Previsión Social. Este último incluye una Pensión Básica Solidaria de Vejez, el Aporte Previsional Solidario de Vejez, la Pensión Básica Solidaria de Invalidez y el Aporte Previsional Solidario de Invalidez. Asimismo, se buscó lograr una mejor articulación entre los tres pilares.⁴⁴

Las Pensiones Básicas Solidarias de Vejez

e Invalidez son esquemas solidarios completos, que benefician a personas que nunca han cotizado en ningún sistema. El Estado financia la totalidad de las pensiones, que se entregan, en el primer caso, a personas que han cumplido el requisito de edad y que pertenezcan al 60 % más pobre de la población; y en el segundo, a quienes, sin haber alcanzado la edad prevista, han visto reducidas sus capacidades para el trabajo a consecuencia de enfermedad o debilitamiento de sus fuerzas físicas o intelectuales.⁴⁵ En el Aporte Previsional de Vejez y el de Invalidez, el Estado aporta un porcentaje adicional a las cuentas individuales de las personas afiliadas a alguna AFP y que tienen un bajo nivel de ingreso, con el fin de elevar el monto de sus pensiones.⁴⁶

Los trabajadores que cotizan en el sistema contributivo pueden, además, optar por la Pensión de Vejez Anticipada, aunque no hayan alcanzado la edad de retiro, siempre que tengan al menos 10 años de cotización o más y estén en alguno de los siguientes casos:

- a) Que puedan obtener una pensión igual o superior al 70 % del promedio de las remuneraciones gravables percibidas durante los 10 años anteriores al inicio de la pensión.
- b) Que obtengan una pensión igual o superior al 80 % de la pensión máxima con aporte solidario, vigente a la fecha de la solicitud de pensión.⁴⁷ También las personas que desempeñan un trabajo pesado, y que hayan cotizado adicionalmente el 1 % o el 2 % de su remuneración, tienen derecho a recibir su pensión hasta 5 y 10 años, respectivamente, antes de la edad establecida.⁴⁸

⁴⁴ Claudia Robles Fariás, *op. cit.*, p. 21.

⁴⁵ Instituto de Previsión Social, "Pensión Básica Solidaria de Invalidez (PBSI)". Disponible en <https://www.ips.gob.cl/servlet/internet/content/1421810823021/pension-basica-solidaria-invalidez>

⁴⁶ Instituto de Previsión Social, "Aporte Previsional Solidario de Invalidez". Disponible en <https://www.ips.gob.cl/servlet/internet/content/1421810825211/aporte-previsional-solidario-invalidez>

⁴⁷ Superintendencia de Pensiones, "Compendio de normas del sistema de pensiones". Disponible en <https://www.spensiones.cl/portal/compendio/596/w3-propertyvalue-3200.html>

⁴⁸ Superintendencia de Pensiones, "Cotización adicional por trabajo pesado". Disponible en https://www.spensiones.cl/portal/institucional/594/w3-propertyvalue-9918.html#recuadros_articulo_4130_0



El sistema de pensiones de Chile está entre los de mayor cobertura de América Latina, aunque aún se encuentra lejos de la universalidad. En 2017, el 63,4 % de su PEA cotizaba en el sistema contributivo, sólo por debajo de Uruguay (81,1 %), Panamá (64,1 %) y Costa Rica (63,6 %). En cuanto a la población pasiva, de 65 años y más, el 87 % contaba con pensión, de los cuales el 66,9 % se beneficiaba del sistema contributivo y el 20 % del no contributivo.⁴⁹ La tasa de reemplazo alcanza el 43,9 %, lo que cumple con el nivel mínimo del 40 % establecido por el Convenio 102 de la OIT, pero no con el 45 % requerido por el Convenio 128.⁵⁰

La seguridad social chilena cuenta con una red de prestaciones bastante amplia. El Sistema de Prestaciones Familiares se compone de cuatro

beneficios: Asignación Familiar, Asignación Maternal, Subsidio Universal Familiar (SUF) y Subsidio Maternal. Las asignaciones se otorgan a quienes perciben ingresos, cotizan en el sistema previsual y mantienen a sus familias. Los subsidios, en cambio, se entregan a personas o familias que no perciben ingresos y que no tienen cotizaciones ni sustento económico.⁵¹

La Asignación Familiar la pueden recibir personas con un ingreso no mayor a 765 550 CLP, y consiste en un beneficio económico, variable según el sueldo del beneficiario, que se recibe por cada carga familiar acreditada. El número promedio mensual de asignaciones pagadas en 2018 fue de 1 081 544.⁵² Los montos se observan en la Tabla 33.

⁴⁹ Alberto Arenas de Mesa, *Los sistemas de pensiones en la encrucijada. Desafíos para la sostenibilidad en América Latina*, CEPAL, Santiago de Chile, 2019, pp. 149 y 193.

⁵⁰ *Ibid.*, p. 181.

⁵¹ Instituto de Previsión Social, "¿Qué son la Asignación Familiar y el Subsidio Familiar (SUF)? Disponible en <https://www.chileatiende.gob.cl/fichas/36386-que-son-la-asignacion-familiar-y-el-subsidio-familiar-suf>

⁵² Subsecretaría de Previsión Social, "Informe Estadístico Semestral de la Seguridad Social: Segundo Semestre de 2018", núm. 11, Santiago de Chile. Disponible en https://www.previsionsocial.gob.cl/sps/download/estudios-previsionales/estadisticas-previsionales/informe-estadistico-semestral-de-seguridad-social/Segundo-Semestre_2018.pdf

Tabla 33. Montos de la Asignación Familiar, marzo de 2020

Ingreso mensual	Valores por carga
Hasta 336 055 CLP	13 155 CLP
De 336 056 a 490 844 CLP	8 073 CLP
De 490 845 a 765 550 CLP	2 551 CLP
Desde 765 551 CLP	Sin derecho

ISSBA

349

Fuente: Elaboración propia con información de Chile Atiende. Disponible en <https://www.chileatiende.gob.cl/fichas/25878-reconocimiento-de-cargas-para-asignacion-familiar-trabajadores-dependientes>

En los mismos términos funciona la Asignación Maternal, que reciben mujeres embarazadas que sean trabajadoras dependientes

o independientes, así como las cónyuges de hombres no pensionados que reciben Asignación Familiar.

Tabla 34. Montos de la Asignación Maternal, marzo de 2019

Ingreso mensual	Valores por carga
Hasta 315 841 CLP	12 364 CLP
De 315 842 a 461 320 CLP	7 587 CLP
De 461 321 a 719 502 CLP	2 398 CLP
Desde 719 503 CLP	Sin derecho

Fuente: Elaboración propia con información de Instituto de Previsión Social, Asignación Maternal. Disponible en <https://www.ips.gob.cl/servlet/internet/content/1421810828994/asignacion-maternal>

El Subsidio Único Familiar es una suma de dinero que se entrega a personas de escasos recursos que no pueden beneficiarse de la Asignación Familiar o Maternal porque no están afiliadas a ningún sistema previsional. El monto del subsidio es de 13 155 CLP por carga familiar, y el doble (26 310 CLP) para personas con discapacidad. La cobertura promedio de hogares

en 2018 era de 822 702 y, en 2019, del 11.3 % del total.⁵³

Por su parte, el Subsidio Maternal es un monto que se entrega por incapacidad laboral, en reemplazo de la remuneración de la trabajadora o el trabajador cotizante —ya sea por causa de descanso prenatal o posnatal, permiso posnatal parental o por enfermedad grave del niño

⁵³ CEPAL, Base de datos de programas de protección social no contributiva. Disponible en <https://dds.cepal.org/bpsnc/ptc>

“ La seguridad social chilena cuenta con una red de prestaciones bastante amplia. El Sistema de Prestaciones Familiares se compone de cuatro beneficios: Asignación Familiar, Asignación Maternal, Subsidio Universal Familiar (SUF) y Subsidio Maternal. Las asignaciones se otorgan a quienes perciben ingresos, cotizan en el sistema previsional y mantienen a sus familias. Los subsidios, en cambio, se entregan a personas o familias que no perciben ingresos y que no tienen cotizaciones ni sustento económico. ”

o niña menor de un año—. ⁵⁴ El monto no debe exceder el promedio salarial de los tres meses anteriores al séptimo mes de embarazo. ⁵⁵ El número de subsidios maternos brindados en 2018 fue de 468 455. ⁵⁶

En general, los montos del sistema de prestaciones familiares se encuentran por debajo del valor de la canasta básica de alimentos (46 070 CLP) y del salario mínimo (320 500 CLP).

Hay también un seguro de cesantía, que es una protección económica en caso de desempleo. Es obligatorio para las personas trabajadoras formales, funciona con base en cuentas individuales y se financia de manera tripartita, con contribuciones de las personas trabajadoras, del Estado y de los empleadores. De las aportaciones de los dos últimos, una parte va a las cuentas individuales y otra a un fondo solidario. La Sociedad Administradora de Fondos de Cesantía (AFC), que es una empresa privada, administra el Fondo de Cesantía y el Fondo de Cesantía Solidario, e invierte los recursos —actividades por las que cobra comisiones que se deducen

de las aportaciones—. ⁵⁷ Así, el seguro de cesantía funciona bajo dos esquemas distintos. Están, por un lado, las Cuentas Individuales por Cesantía, que son propiedad del trabajador y se integran por sus aportaciones y las de su empleador —el 0.6 % y el 1.6 % de la remuneración imponible con contrato indefinido, respectivamente, y 2.8 % de este último con plazo fijo—. Por el otro lado, el Seguro de Cesantía Solidario es un fondo común de reparto que se utiliza para complementar el beneficio cuando el saldo de la cuenta individual es insuficiente; ⁵⁸ se conforma por las contribuciones de empleadores —el 0.8 % con contrato definido y el 0.2 % con plazo fijo— y del Estado —225 792 Unidades Tributarias Mensuales (UTM), ⁵⁹ depositadas en 112 cuotas—. Cuando queda cesante, la persona trabajadora puede retirar el dinero acumulado mediante giros mensuales, tantos como su saldo lo permita, de acuerdo con los porcentajes de la remuneración de las tablas 35 y 36. En cuanto a su cobertura, en 2018, alrededor de 4 840 782 personas cotizaban al seguro, ⁶⁰ es decir, el 51.5 % de la PEA (9 391 133 personas). ⁶¹

⁵⁴ Instituto de Previsión Social, “¿Qué son la Asignación Familiar...”, *op. cit.*

⁵⁵ Chile atiende, *Subsidio Maternal*. Disponible en <https://www.chileatiende.gob.cl/fichas/33807-subsidio-maternal>

⁵⁶ Superintendencia de Seguridad Social, “Estadísticas de la seguridad social 2018”. Disponible en <https://www.suseso.cl/608/w3-article-578398.html>

⁵⁷ Superintendencia de Seguridad Social, “Estadísticas de la seguridad social 2018”. Disponible en <https://www.suseso.cl/608/w3-article-578398.html>

⁵⁸ AFC Chile, “Seguro de cesantía”. Disponible en <https://www.afc.cl/descripcion-del-seguro/seguro-cesantia-solidario/>

⁵⁹ Es una unidad de cuenta usada en Chile para efectos tributarios y de multas, y se reajusta mensualmente según la inflación. Para julio de 2020 es de 50 322 CLP.

⁶⁰ Comisión de Usuarios del Seguro de Cesantía, “Informe 2018-2019”. Disponible en <https://www.comisionsegurodecasantia.cl/>

⁶¹ Banco Mundial, “Población activa, total”, *Banco de datos*. Disponible en <https://datos.bancomundial.org/indicador/SL.TLF.TOTL.IN?locations=CL>

Tabla 35. Porcentajes de remuneración del seguro de cesantía y cálculo del monto de giros por contrato indefinido (2016)

Meses	Promedio de remuneración	Valor superior	Valor inferior
Primero	70 %	525 000 CLP	157 500 CLP
Segundo	55 %	412 500 CLP	123 750 CLP
Tercero	45 %	337 500 CLP	101 250 CLP
Cuarto	40 %	300 000 CLP	90 000 CLP
Quinto	35 %	262 500 CLP	78 750 CLP
Sexto	30 %	225 000 CLP	67 500 CLP
Séptimo o superior	30 % o inferior	225 000 CLP	67 500 CLP

Fuente: Elaboración propia con información de Dirección del Trabajo. Disponible en <https://www.dt.gob.cl/portal/1628/w3-article-95310.html>

Tabla 36. Porcentajes de remuneración del seguro de cesantía y cálculo del monto de giros por contrato a plazo fijo o por obra (2016)

Meses	Promedio de remuneración	Valor superior	Valor inferior
Primero	50 %	375 000 CLP	112 500 CLP
Segundo	40 %	300 500 CLP	90 000 CLP
Tercero	35 %	262 500 CLP	78 750 CLP
Cuarto	30 %	225 000 CLP	67 500 CLP
Quinto	30 %	225 500 CLP	67 500 CLP

Fuente: Elaboración propia con información de Dirección del Trabajo. Disponible en <https://www.dt.gob.cl/portal/1628/w3-article-95310.html>

Por ley, las personas funcionarias públicas y trabajadoras dependientes e independientes —afiliadas a alguna entidad previsional— y la población estudiantil que desempeñe alguna labor remunerada en su plantel, son beneficiarias del Seguro contra Accidentes del Trabajo y Enfermedades Profesionales. El Instituto de Seguridad Laboral es el organismo administrador y se financia mediante cotizaciones de los trabajadores —el

0,95 % de su remuneración— y del empleador —la aportación, variable según el riesgo laboral, es de hasta un 3,4 %—. ⁶² El número promedio de trabajadores protegidos por el seguro es de 6 105 926, equivalente al 65 % de la PEA. También hay un Subsidio por Incapacidad Laboral, dirigido a trabajadores dependientes e independientes, el cual reemplaza su remuneración mientras se encuentran con licencia médica. El número promedio de

⁶² Subsecretaría de Previsión Social, "Seguro Social contra Accidentes y Enfermedades Profesionales", Disponible en <https://www.previsionsocial.gob.cl/sps/organizaciones/organizaciones-territoriales-y-sociales/seguridad-y-salud-en-el-trabajo/seguro-social-contra-accidentes-y-enfermedades-profesionales/#>



cotizantes en 2018 fue de 3 008 966, es decir, el 32 % de la PEA.⁶³

Por último, las fuerzas armadas y de seguridad cuentan con instituciones y regímenes especiales de seguridad social. La Dirección de Previsión de Carabineros de Chile (Dipreca) administra los servicios de previsión, salud y asistencia a Carabineros, Policía de Investigaciones y Gendarmería de Chile. Por su parte, la Caja de Previsión de la Defensa Nacional (Capredena) administra el sistema de pensiones de retiro del personal de las fuerzas armadas, que además cuentan con establecimientos hospitalarios propios.⁶⁴ Las prestaciones que recibe este sector incluyen pensiones de retiro, inutilidad o invalidez, montepíos⁶⁵ (para familiares), las cuales corresponden al 100 % de las remuneraciones del grado superior o equivalente a la última actividad. Asimismo, reciben

bonos de reconocimiento cuando se retiran de la institución sin derecho a pensión y se incorporan al sistema previsional, indemnización de desahucio y por fallecimiento. También disponen de préstamos de auxilio para fines médicos y de vivienda, con condiciones de pago preferenciales respecto del mercado y asistencia jurídica y social de ser necesario. Asimismo, reciben beneficios de gastos funerarios.⁶⁶ Alrededor del 3 % de la población está cubierta por los esquemas de aseguramiento de las Fuerzas Armadas.⁶⁷

En las siguientes secciones se repasa brevemente la historia del sistema de seguridad social chileno para comprender el origen y la composición de las prestaciones sociales actuales, así como la evolución de las coberturas y beneficios de los principales programas de seguridad social.

⁶³ Chile Atiende, "Subsidio por Incapacidad Laboral". Disponible en <https://www.chileatiende.gob.cl/fichas/8949-subsidio-por-incapacidad-laboral>

⁶⁴ Dipreca, "Misión Institucional", Ministerio del Interior y Seguridad Pública. Disponible en <https://www.dipreca.cl/web/guest/misi%C3%B3n-institucional>

⁶⁵ Los montepíos son fondos o depósitos de dinero creado a partir de los descuentos en los sueldos de las personas que pertenecen a un determinado cuerpo o profesión y se destinan a proporcionar pensiones o ayudas a sus miembros o familiares.

⁶⁶ Paula Benavides e Ingrid Jones, "Sistema de Pensiones y otros Beneficios Pecuniarios de las Fuerzas Armadas y de Orden y Seguridad Pública y Gendarmería de Chile", *Estudio de Finanzas Públicas*, Dirección de Presupuestos, Gobierno de Chile, 2012.

⁶⁷ OECD, *OECD Reviews of Public Health: Chile: A healthier tomorrow*, París, 2019.

6.4. Evolución del sistema de seguridad social chileno en el siglo XX

Chile comenzó a desarrollar su sistema de seguridad social en la década de 1920, por lo que fue uno de los países pioneros de la región, como se estableció en el Capítulo 1. Desde el siglo XIX, instrumentó programas de pensiones para sectores específicos de la población, como las fuerzas armadas y sus sobrevivientes (en 1811 y 1855), así como los empleados públicos (1888). Sin embargo, la ampliación de la cobertura fue lenta, pues para la década de 1920 los trabajadores de ferrocarriles eran el único grupo nuevo que había recibido protección.

En Chile, como en muchos otros países, la expansión de la seguridad social ha estado estrechamente asociada con la del movimiento obrero. A comienzos del siglo XX, Chile se había transformado en un país minero por excelencia. Con la demanda de materias primas de los países desarrollados, comenzó la explotación de cobre a gran escala, así como de oro, plata y salitre. De tal modo, la industria minera fue creciendo y modernizándose hasta mecanizarse, diversificarse y volverse especialmente rentable. Como consecuencia, surgieron dos grupos sociales relevantes para el desarrollo de la seguridad social en Chile: el sector empresarial, que dio origen a



la burguesía nacional, y el proletariado, surgido de la mano de obra empleada en las minas.⁶⁸ En consonancia, la incorporación del motor a vapor y de máquinas, junto con la demanda internacional, la navegación y los ferrocarriles, implicó la creación de nuevos mercados y líneas de producción manufacturera en las cuales también establecieron relaciones obrero-patronales modernas. Aunado a esto, la búsqueda de mejores salarios y condiciones de vida provocó la migración del campo a la ciudad. Sin embargo, muchas personas quedaron desempleadas o con remuneraciones muy bajas, por lo que vivían hacinadas y sin servicios básicos como agua potable, electricidad o drenaje.⁶⁹

Las duras condiciones de vida, la mala salud y la precariedad laboral de los obreros no tardaron en provocar levantamientos y estallidos de violencia —que reprimieron las autoridades—. De tal modo, el limitado alcance de la seguridad social a principios del siglo XX se debió en buena medida al control de la oligarquía sobre el sistema político, para la cual los derechos de los trabajadores y los campesinos no eran una prioridad. La agitación obrera, las protestas y las huelgas continuaron en medio de la indiferencia de las autoridades. En 1909 un movimiento obrero comenzó a gestarse y ese año se fundó la Federación de Obreros de Chile (FOCH) —se convertiría en el Partido Comunista en 1922—. ⁷⁰ Así, fue aumentando la presión política con el objetivo de ampliar la seguridad social y “la oligarquía dominante se vio obligada a iniciar la discusión de leyes que favorecieran a los grupos más postergados”.⁷¹ Poco a poco, tanto las prestaciones por enfermedad y riesgos profesionales como la cobertura se fueron expandiendo hasta incluir a los obreros; se construyeron habitaciones para los trabajadores, se establecieron normas para accidentes de trabajo, servicio de

cunas en las industrias y previsión social para empleados de comercio y de ferrocarriles.

Los esquemas de aseguramiento de pensiones y salud se fundaron durante el gobierno del presidente Arturo Alessandri, electo en 1920 como candidato de la Alianza Liberal, con el apoyo de la clase media, de la obrera y del sector militar, que se aliaron para debilitar a la oligarquía conservadora. No obstante, el proyecto no estuvo exento de resistencias y, al final, la legislación que aprobó el Congreso fue un punto medio entre la propuesta de Alessandri, que incluía a todos los obreros, y la de la oposición conservadora, lo cual resultó en el establecimiento de programas de seguridad social que incluían beneficios sumamente segmentados según las categorías ocupacionales.⁷²

Había dos programas de pensiones principales: el Servicio de Seguro Social (SSS), que cubría a los obreros —mineros, constructores, transportistas y trabajadores del sector energético y comunicaciones, entre otros—, quienes también recibían protección por enfermedad y maternidad; y la Caja de Previsión de Empleados Particulares (Empart), que aseguraba a los empleados privados —trabajadores de empresas y de servicios, financieros y administrativos, de la industria, comercio, entre otros—. En las décadas que siguieron, se establecieron diversos programas de protección para múltiples grupos ocupacionales, como las personas que trabajaban en la marina, la policía, los bancos, las municipalidades e, incluso, aunque parcialmente, los trabajadores independientes. De tal modo, el sistema chileno ha estado extremadamente fragmentado y estratificado desde sus inicios. Para la década de 1970 había 150 programas diferentes que cubrían a cerca del 75 % de la PEA, aunque con desigualdades notables en la cobertura de los diferentes grupos.⁷³

⁶⁸ Rafael Sagredo Baeza, *Historia Mínima de Chile*, El Colegio de México, Ciudad de México, 2014.

⁶⁹ *Idem*.

⁷⁰ Evelyne Huber y John D. Stephens, *Democracy and the Left: Social Policy and Inequality in Latin America*, University of Chicago Press, Chicago, 2012.

⁷¹ Rafael Sagredo Baeza, *op. cit.*, p. 218.

⁷² Candelaria Garay, *Social policy expansion in Latin America*, Cambridge University Press, Cambridge, 2016.

⁷³ Carmelo Mesa-Lago, *Desarrollo de la seguridad social en América Latina*, CEPAL, Santiago de Chile, 1985.

“ La agitación obrera, las protestas y las huelgas continuaron en medio de la indiferencia de las autoridades... Así, fue aumentando la presión política con el objetivo de ampliar la seguridad social... Poco a poco, tanto las prestaciones por enfermedad y riesgos profesionales como la cobertura se fueron expandiendo hasta incluir a los obreros; se construyeron habitaciones para los trabajadores, se establecieron normas para accidentes de trabajo, servicio de cunas en las industrias y previsión social para empleados de comercio y de ferrocarriles. ”



Durante la dictadura del coronel Carlos Ibáñez (1927-1931), el autoritarismo, la represión de las demandas de los trabajadores y la Gran Depresión de 1929 dejaron al movimiento obrero muy debilitado. No obstante, en 1936 se formó la Confederación de Trabajadores de Chile (CTCH), lo que permitió que el movimiento laboral creciera. Junto con los gobiernos de la alianza del Frente Popular (1938-1952), conformada por los partidos Radical, Comunista, Socialista, Democrático y Radical Socialista, impulsaron la industrialización por sustitución de importaciones (ISI). Durante este periodo, las tasas de crecimiento económico fueron relativamente aceleradas, sin pasar por crisis económicas importantes. Esto permitió también un aumento en el gasto social —gran parte dedicado a la educación— y el establecimiento de las principales instituciones sociales, pero con un alcance bastante limitado. Así, la política social incorporaba sólo a una parte de la población y dejaba fuera, por ejemplo, a la mayoría de los trabajadores del campo. La migración rural a centros urbanos se duplicó y, desde la década de 1950, la cobertura de las políticas se fue expandiendo a toda la población, incluyendo a los campesinos.⁷⁴

En lo que respecta al sistema de salud, surgió como una combinación de aseguramiento y asistencia social. A finales de la década de 1920, existían tres modalidades:

1. Clínicas estatales de escasos recursos que brindaban servicios básicos a las personas en condición de pobreza.
2. El fondo de seguros para los trabajadores nacionales.
3. La Junta de Beneficencia Pública, una organización de caridad privada.⁷⁵

En 1942, se creó el fondo para los profesionales asalariados y el Servicio Médico Nacional de Empleados (Sermena), y una década después los servicios de salud, tanto públicos como de beneficencia, se unificaron en el Servicio Nacional de Salud (SNS), a disposición de obreros, trabajadores asegurados y personas en condición de indigencia. De tal modo, los sistemas de aseguramiento de salud se generaron también de forma segmentada, pues al Sermena, el SNS, y el servicio de salud de las fuerzas armadas, se fueron añadiendo otros programas para diferentes grupos ocupacionales.⁷⁶

Así, el sistema de seguridad chileno se hacía cada vez más complicado y costoso, por lo que, en las décadas de 1950 y 1960, los presidentes Jorge Alessandri (1958-1964) y Eduardo Frei (1964-1970) intentaron reorganizarlo con reformas que apuntaban hacia el universalismo, la eliminación de privilegios y la unificación del sistema, lo que no consiguieron del todo.⁷⁷ La competencia entre los demócratas cristianos y la oposición de izquierda para ganar el apoyo de los sectores de menores ingresos impulsó iniciativas para la expansión de la seguridad social.⁷⁸ De tal modo, se ampliaron varios servicios como la atención primaria a la salud en las zonas urbanas y rurales, y la cobertura de los trabajadores independientes.

El presidente Salvador Allende, al llegar al poder por la coalición Unidad Popular en 1970, “tenía un plan de reforma integral inspirado en los valores socialdemócratas del universalismo y la solidaridad que preveía [...] la transición de un sistema contributivo a uno financiado por impuestos”,⁷⁹ y buscó, sin éxito, unificar el sistema. Durante su corto mandato —interrumpido por el golpe militar que llevó al poder a Augusto Pinochet—, el presidente Allende logró la creación del servicio

⁷⁴ María Angélica Illanes y Manuel Riesco, “Developmentalism and Social Change in Chile”, en Manuel Riesco (ed.), *Latin America: A New Developmental Welfare State in the Making?*, Palgrave Macmillan, Nueva York, 2007.

⁷⁵ Evelyne Huber y John D. Stephens, *op. cit.*

⁷⁶ Carmelo Mesa-Lago, *op. cit.*

⁷⁷ Silvia Borzutzky, *Vital connections: Politics, social security, and inequality in Chile*, University of Notre Dame Press, París, 2002.

⁷⁸ Evelyne Huber y John D. Stephens, *op. cit.*

⁷⁹ *Idem.*

“En 1942, se creó el fondo para los profesionales asalariados y el Servicio Médico Nacional de Empleados (Sermena), y una década después los servicios de salud, tanto públicos como de beneficencia, se unificaron en el Servicio Nacional de Salud (SNS), a disposición de obreros, trabajadores asegurados y personas en condición de indigencia. De tal modo, los sistemas de aseguramiento de salud se generaron también de forma segmentada, pues al Sermena, el SNS, y el servicio de salud de las fuerzas armadas, se fueron añadiendo otros programas para diferentes grupos ocupacionales.”

único de salud —que consistía en la coordinación regional de las diversas instituciones del sector salud— la expansión de la cobertura clínica y hospitalaria a zonas marginadas del país y la promoción de la salud materna e infantil. Una característica destacable de dicha administración fue su significativo incremento del gasto público en salud, del 2 % a casi el 3,5 % del PIB durante los dos primeros años. Del mismo modo, el gasto público social llegó a su máximo, pues aumentó del 2,5 % del PIB en 1925 al 15,5 % en 1955, y de ahí, hasta casi el 26 % en 1972. En cuanto al gasto público en seguridad social, subió de 6,1 % del PIB en 1955 al 11,5 % en 1972.⁸⁰ Asimismo, se extendió la cobertura a trabajadores independientes —quienes estaban históricamente excluidos de prestaciones previsionales— con la creación de la Caja de Co-

merciantes, Pequeños Industriales, Transportistas e Independientes (1972).⁸¹

Para finales de la década de 1970, el aseguramiento social cubría aproximadamente al 80 % de la fuerza laboral, y el resto contaba con asistencia social. Varias condiciones facilitaron este nivel de cobertura: en ese tiempo predominaba la fuerza laboral asalariada y el sector informal era pequeño; la proporción de campesinos y los índices de pobreza eran bajos, y había una alta cobertura voluntaria de trabajadores independientes.⁸²

A pesar de las diversas reformas a la seguridad social, no se logró alcanzar la universalización y unificación del sistema. Fue en la dictadura de Pinochet cuando la seguridad social tuvo los cambios más profundos.

⁸⁰ Andrés Solimano, *Pensiones a la chilena: la experiencia internacional y el camino a la desprivatización*, Catalonia, Santiago de Chile, 2017.

⁸¹ “Después del Golpe Militar de 1973, se dejó de aplicar la ley 17.592 que regulaba esta Caja”, en Luis Hernán Vargas Faulbaum, *Reformas del sistema de pensiones en Chile (1952-2008)*, Serie Políticas Sociales, núm. 229, CEPAL, Santiago de Chile, 2018.

⁸² Carmelo Mesa-Lago, “Models of Development, Social Policy and Reform in Latin America”, en Thandika Mkandawire (ed.), *Social Policy in a Development Context*, Palgrave Macmillan, Londres, 2004.

6.5. La etapa de las transformaciones

6.5.1. El embate neoliberal

En el caso de Chile, el fin de la ISI y la liberación del mercado comenzaron poco antes de la década de 1980, debido a la instauración de la dictadura de Augusto Pinochet (1973-1990). Las políticas sociales basadas en la protección al trabajador formal se habían vuelto insuficientes para satisfacer a grandes sectores de la población, principalmente al creciente mercado laboral informal. Además, la crisis de la deuda externa de la década de 1980 y el papel de las instituciones financieras internacionales en la promoción de políticas de austeridad y ajustes estructurales hicieron que las tendencias neoliberales se implantaran fuertemente en América Latina.

Chile fue el primer país de la región en tomar medidas radicales en línea con el programa de reforma neoliberal, pues economistas con esta ideología y formados en la Universidad de Chicago (los denominados *Chicago Boys*), varios de ellos discípulos de Milton Friedman, aconsejaban directamente a Pinochet. La implantación tenaz de este nuevo modelo fue políticamente posible debido al poder centralizado de la dictadura, el apoyo de un gobierno conservador en el que no había bloqueos, la represión brutal de la oposición (que impedía la promoción de intereses opuestos al gobierno *de facto*) y "el pro-



ceso continuo de eliminar de posiciones claves a aquellos que podrían socavar o desafiar el poder" del régimen militar.⁸³

Las ideas neoliberales adjudicaban la crisis económica a una excesiva intervención estatal en el desarrollo social y un manejo fiscal insostenible, por lo que "prescribieron la reducción de los gastos del gobierno, la liberalización de los mercados comerciales y financieros, la privatización y la desregulación como remedios".⁸⁴ Estos cambios no hicieron más que agravar muchos de los problemas que se venían gestando desde el final de la ISI. Por ejemplo, debido al cambio en las dinámicas del mercado aumentó la pérdida de empleos industriales y la expansión del sector informal, por lo que se redujo la cobertura de los esquemas contributivos y, por ende, también el número de contribuciones.

En el área de la política social, la dictadura llevó a cabo cambios importantes. Desde 1979 se aprobó el Decreto Ley 2448, en el que se estableció una edad mínima de retiro (65 años para hombres y 60 para mujeres) y se eliminó el requerimiento de un mínimo de años de cotización.⁸⁵ En 1981 se implementó una reforma al sistema de pensiones, que consistió en clausurar el sistema público, el cual tenía un régimen financiero de reparto, con prestaciones definidas por ley y gestionado por entidades gubernamentales. Entonces se le sustituyó por uno privado, caracterizado por la capitalización en cuentas individuales administradas por las nuevas entidades encargadas, las AFP, donde no hay elementos de solidaridad intergeneracional o entre personas de distintos niveles de ingreso.⁸⁶

Asimismo, la reforma eliminó la cuota de los empleadores y estableció un 10 % de contribución a los empleados, además de las comisiones impuestas por parte de las AFP, que varían según los planes pensionales por las primas del seguro de invalidez y supervivencia, y los gastos administrativos. El crecimiento de las cuentas individuales depende de la suma que los individuos logran acumular y los rendimientos de las inversiones, menos las deducciones de las AFP.

Únicamente las corporaciones privadas, es decir, las AFP, tienen la atribución de administrar los fondos de pensiones, pero para su regulación y vigilancia se requirió la creación de una nueva institución pública: la Superintendencia de Administradoras de Fondos de Pensiones (SAFP).⁸⁷ Dada la importancia del Estado en su función regulatoria, algunos estudiosos del tema⁸⁸ piensan que el sistema no es enteramente privado, pues además de la vigilancia y fiscalización sobre las AFP, existen subsidios estatales para garantizar niveles mínimos pensionales, como las Pensiones Asistenciales (PASIS) de vejez e invalidez, regulaciones —como la generación de un marco normativo y funciones de fiscalización— y protecciones ante crisis bancarias.

En un principio, las personas aseguradas en el viejo esquema podían decidir entre mudarse al sistema privado o permanecer en el público. Sin embargo, todos los nuevos trabajadores que ingresaban a empleos formales debían unirse al esquema privado de aseguramiento. Los asegurados pueden escoger libremente la AFP que manejará sus fondos y cambiar a otra compañía si así lo desean.⁸⁹

⁸³ Rossana Castiglioni, *The Politics of Social Policy Change in Chile and Uruguay: Retrenchment Versus Maintenance, 1973-1998*, Routledge, Nueva York, 2005, p. 26.

⁸⁴ Evelyne Huber y John D. Stephens, *op. cit.*, p. 156.

⁸⁵ Rossana Castiglioni, *op. cit.*

⁸⁶ Carmelo Mesa-Lago, "Protección social en Chile: Reformas para mejorar la equidad", *Revista Internacional del Trabajo*, núm. 4, vol. 125, 2008, pp. 421-446.

⁸⁷ Ahora Superintendencia de Pensiones, que la sustituyó mediante la Ley N° 20.255 de 2008.

⁸⁸ Véase Alejandro Bonilla y Colin Gillion. "La privatización de un régimen nacional de pensiones: el caso chileno", *Revista Internacional del Trabajo*, núm. 2, vol. 111, 1992, pp. 193-221; y Carmelo Mesa-Lago *et al.*, *Market, Socialist, and Mixed Economies: Comparative Policy and Performance: Chile, Cuba, and Costa Rica*, The Johns Hopkins University Press, Baltimore, 2003.

⁸⁹ Carmelo Mesa-Lago, "Models of Development, ...", *op. cit.*



Pese a que la intención de formar diversas AFP era incentivar la competencia, con el propósito de incrementar la calidad y disminuir los precios, las tres administradoras con el mayor número de afiliados no ofrecen las comisiones más bajas ni pagan los rendimientos de capital más altos. Esto se puede deber al trabajo de los vendedores de seguros, los regalos ofrecidos por la aseguradora para enganchar al afiliado o la falta de información del asegurado a la hora de tomar decisiones, entre otras razones. Además, muchas veces, las comisiones que las administradoras imponían al asegurado se basaban en su salario.⁹⁰

En cuanto a la cobertura, el número de afiliados creció rápidamente. Para el año 2006, el 91 % de la población cubierta correspondía al sistema privado, mientras que en el público sólo quedaba el 9%.⁹¹ No obstante, las contribuciones al sistema

privado crecieron en menor medida, lo que refleja la inestabilidad laboral y las dificultades de los asalariados para aportar de manera igual y constante. Mesa-Lago lo explica claramente:

En el sistema privado (las AFP) hay una diferencia considerable entre el cálculo de la cobertura basado en los afiliados (los que están inscritos) y el basado en los cotizantes (los afiliados que han pagado la cuota del último mes): según el primero, la cobertura de la población económicamente activa era del 113,6 por ciento a fines de 2007 (imposible estadísticamente) y, según el segundo, se quedaba en el 61 por ciento; sólo un 46 por ciento de los afiliados era cotizante activo.⁹²

Aunado a esto, el costo de la transición al nuevo sistema pensional fue extremadamente

⁹⁰ *Idem.*

⁹¹ Carmelo Mesa-Lago, "Protección social en Chile: ...", *op. cit.*, p. 431.

⁹² *Ibid.*, p. 432.

alto, porque el gobierno tuvo que compensar la falta de contribuciones del empleador mediante un bono de reconocimiento, además de sufragar por completo los costos administrativos del cambio. Según Mesa-Lago, dichos costos promediaron el 5,7 % del PIB anual en el periodo 1981-2004;⁹³ incluso en 2010 —30 años después de la reforma— eran todavía el 4,7 % del PIB.⁹⁴

Asimismo, el nuevo esquema previsional carece de solidaridad, pues no cuenta con un mecanismo de redistribución de los recursos dentro del sistema; es decir, no hay transferencias entre generaciones, ni de los asegurados de altos ingresos a los de bajos ingresos.⁹⁵ Lo anterior se debe a que no es un fondo común, sino basado en cuentas de capitalización individual. Esto es un problema, porque además de eliminar las funciones solidarias y distributivas del sistema de seguridad social, acentúa la disparidad entre sectores de la población. Por ejemplo, las mujeres cotizan menos tiempo y con menor salario, dada su menor participación en el mercado laboral y la brecha salarial respecto a los hombres; además se jubilan antes, por lo que tienen menos probabilidades de acceder a pensiones, y, en caso de conseguirlas, éstas suelen ser menores.

Los esquemas no contributivos de pensiones en Chile emergieron hasta 1975, con el programa PASIS, creado por el régimen militar y destinado a la población de menores recursos con 65 años o más, y a personas con discapacidad mayores de 18 años (aunque en 1987 se extendió a todas las edades). En sus inicios, el PASIS proporcionaba un tercio de la pensión mínima;

los gobiernos siguientes incrementaron este monto en un 86 %, pero para el año 2000 seguía por debajo (33 589 CLP) de la pensión mínima (70 206 CLP)⁹⁶ y de la línea nacional de pobreza (40 562 CLP).⁹⁷ Además, este programa tenía una larga lista de espera, el acceso dependía de la disponibilidad de recursos estatales y requería demostración de necesidad. En este sentido, dejaba fuera a población de bajos ingresos, pero superiores a línea de necesidad y que no habían cotizado lo suficiente como para recibir una pensión contributiva mínima. De este modo, había un amplio sector de la población que quedaba desprotegido, puesto que no cumplía ni con los requisitos para acceder a un beneficio PASIS ni a uno contributivo. En contraste, los trabajadores de las fuerzas armadas cuentan con pensiones generosas, brindadas por el Estado con condiciones menos restrictivas y sin pago de comisiones debido al carácter público de su esquema.⁹⁸ Así, con el nuevo sistema persistió e incluso se acentuó la desigualdad de los beneficios y se creó una importante tensión fiscal debido a la alta necesidad de pensiones asistenciales.

Sin embargo, no sería fácil realizar otra reforma, pues la privatización del sistema consolidó a un poderoso actor que se resistiría a cualquier tipo de regulación: las AFP, aunque no serían los únicos. Los empleadores también tenían interés en mantener el nuevo sistema, en el que no debían pagar contribuciones. Así, "cualquier esfuerzo por alterar el sistema privatizado de pensiones seguramente encontraría una oposición unificada de la comunidad empresarial".⁹⁹

⁹³ *Ibid.*, p. 435.

⁹⁴ Isabel Ortiz *et al.*, *La reversión de la privatización de las pensiones: Reconstruyendo los sistemas públicos de pensiones en los países de Europa Oriental y América Latina (2000-2018)*, OIT, Ginebra, 2019.

⁹⁵ Carmelo Mesa-Lago, "Protección social en Chile: ...", *op. cit.*

⁹⁶ Fabio M. Bertranou, Carmen Solorio y Wouter van Ginneken, "La protección social a través de las pensiones no contributivas y asistenciales en Américas Latina", en Fabio M. Bertranou, Carmen Solorio y Wouter van Ginneken (eds.), *Pensiones no contributivas y asistenciales: Argentina, Brasil, Chile, Costa Rica y Uruguay*, OIT, Santiago de Chile, 2002.

⁹⁷ Juan Carlos Feres, *La pobreza en Chile en el año 2000*, Estudios estadístico-prospectivos, CEPAL, Santiago de Chile, 2001; Evelyn Huber y John D. Stephens, "Successful Social Policy Regimes?", *Political Economy, Politics, and Social Policy in Argentina, Chile, Uruguay, and Costa Rica*, en Scott Mainwaring y Timothy Scully (eds.), *Democratic Governance in Latin America*, Stanford University Press, Stanford, 2010.

⁹⁸ Carmelo Mesa-Lago, "Protección social en Chile: ...", *op. cit.*

⁹⁹ Jennifer Pribble, *Welfare and Party Politics in Latin America*, Cambridge University Press, Cambridge, 2013, p. 73.

En el sector salud, las reformas llevadas a cabo por el régimen militar entre 1979 y 1981 fueron una ruptura drástica con el modelo anterior de Salvador Allende y reconfiguraron el sistema. A diferencia de lo que sucedió con las pensiones, el sistema público de salud no cerró, pero sí sufrió cambios importantes. En primer lugar, se descentralizaron los servicios de los tres niveles de atención, lo que restó responsabilidad administrativa al Ministerio de Salud nacional, aunque la política y la supervisión de salud permanecieron en sus manos. El financiamiento y el aseguramiento público de salud estuvieron a cargo de una nueva entidad, el Fonasa, creado en 1979. En segundo lugar, se les permitió a nuevas corporaciones privadas, las Isapres, creadas en 1981, competir libremente con el sector público en la provisión de servicios médicos.

Entonces se instauraron diversas Isapres, pero había un sólo administrador de fondos públicos.¹⁰⁰ Estas nuevas compañías privadas de seguros no tenían regulaciones y podían ofrecer diferentes niveles de atención y de servicios sin vigilancia estatal. Los trabajadores podían elegir si dirigían sus contribuciones obligatorias al sistema público (Fonasa) o al privado (Isapre). Sin embargo, la falta de regulación de las Isapres permitió que discriminaran a la población con más problemas de salud, pues podían restringir el acceso a cualquier persona o familia, o rehusarse a renovar la protección si el estado de salud de la persona asegurada cambiaba. Igualmente, podían ajustar el costo del paquete de servicios, así como excluir de la cobertura ciertas enfermedades preexistentes o eventos catastróficos.

Esto generó una situación en la que los trabajadores más saludables y de mayores ingresos optaban por una cobertura privada, mientras que

las personas en condición de pobreza o con alguna enfermedad, así como muchas mujeres y personas adultas mayores, usaban el sistema público. Los rechazados por el sistema privado podían regresar al sistema público de aseguramiento y, de la misma manera, usualmente las personas de clase media y alta transferían su contribución entera del sistema público al privado, lo que condujo paulatinamente a una insuficiencia de recursos en el sistema público.¹⁰¹ Así, las Isapres, además de recibir el 7 % de contribución obligatoria por las personas aseguradas y el 2 % de subsidio público, ajustaban los paquetes de servicios que ofrecían según el cliente, su edad y condición de salud, lo que representaba una ganancia en demasía favorable para el sector privado. De este modo, pronto controlaron el 60 % de los recursos de salud, mientras que atendían al 20 % de la población;¹⁰² el Fonasa recibía el mismo porcentaje de contribución por los asegurados (7 %), pero atendía a la población con más riesgos de salud. Las personas afiliadas al Fonasa no tenían paquetes con servicios limitados ni exclusiones de ningún tipo, pero en los hospitales públicos había largas listas de espera e insuficiencia de recursos humanos y materiales. Además, en varias zonas del país era difícil trasladarse a los establecimientos de salud, lo que impedía el acceso efectivo a la atención médica.

Aunque las personas aseguradas tenían la libertad de elegir entre los servicios público y privado, las restricciones ya mencionadas hacían que la mayoría estuviera asegurada por el sistema público. Incluso se reformó el sistema para incentivar la afiliación a las Isapres, como en 1986, cuando se introdujo una exención de impuestos para los trabajadores que aportaran voluntariamente el 2 % de sus salarios a un seguro privado.¹⁰³ Estos esfuerzos no tuvieron resultados, y para 1997 sólo

¹⁰⁰ Asa Cristina Laurell y Ligia Giovanella, "Health Policies and Systems in Latin America", *Oxford Research Encyclopedia of Global Public Health*, Oxford University Press, Oxford, 2018, p. 6.

¹⁰¹ Carmelo Mesa-Lago, "Protección social en Chile: ...", *op. cit.*

¹⁰² Asa Cristina Laurell, *op. cit.*, p. 6.

¹⁰³ Jennifer Pribble, *op. cit.*, p. 42.

alrededor del 27 % de los asegurados estaban afiliados a una Isapre.¹⁰⁴

Durante el régimen militar, la parte pública del gasto en salud disminuyó considerablemente, del 62 % en 1974 al 47 % en 1989.¹⁰⁵ Esto causó que el sector público de salud tuviera un bajo gasto por persona: casi cuatro veces menor que el gasto por beneficiario en el sector privado en 1990. Todavía en 1999 el gasto per cápita en las Isapres era casi el doble que en el Fonasa.¹⁰⁶ Así, después de la dictadura, la necesidad de mejorar el sistema público de salud adquirió gran carga política y electoral. Sin embargo, aparte de un incremento en el gasto público, no hubo cambios importantes durante los primeros gobiernos democráticos.¹⁰⁷ Otro aspecto de la reforma de la dictadura fue que se eliminó la contribución del empleador y se incrementó la del trabajador, del 4 % en 1983 al 7 % en 1986. Aunado a esto, el gasto de bolsillo se mantuvo bastante elevado hasta principios del siglo XXI; en 2002, por ejemplo, era del 42,5 % del gasto en salud del país.¹⁰⁸

El sistema privado profundizó las disparidades sociales y afectó desproporcionadamente a los grupos vulnerables. Por ejemplo, las mujeres en edad fértil pagaban entre 1,9 y 3,4 veces más que un hombre de igual edad con el fin de incluir en su seguro servicios de maternidad; pagaban más que los hombres incluso en los planes que excluían la atención al parto.¹⁰⁹ No es de sorprender, entonces, que en 2002 sólo un tercio de los afiliados a las Isapres fueran mujeres. Lo mismo pasa con los trabajadores independientes. Del total de afiliados a las Isapres —sólo el 9 % pertenecía a este grupo— y eran además los profesionales de mayor ingreso dentro del sector. En cuanto a las variantes

regionales y étnicas, en 2000 la cobertura de las Isapres estaba concentrada en la región metropolitana de Santiago, mientras que “el 80 por ciento de los indígenas estaba cubierto por el Fondo Nacional y el 47 % de ellos era indigente”.¹¹⁰

Durante este periodo, en 1981, también se creó un importante programa no contributivo que requería demostración de necesidad (*means-tested*): el Subsidio Único Familiar (SUF), el cual brindaba asistencia monetaria a familias en situación de pobreza extrema con menores de seis años. Posteriormente, la edad mínima de los dependientes se incrementó a 18 años. Es probable que la creación del SUF, en medio de reformas privatizadoras, se relacione con los altos niveles de desempleo y la creciente pobreza, que aumentaron tras el golpe de Estado de 1973, sin disminuir durante toda la década. Así, al comenzar los años ochenta había un progresivo descontento por el desempeño económico del régimen. Este programa se caracterizó por ser sumamente focalizado, por lo que su alcance fue muy limitado y pudo excluir a familias de muy bajos ingresos que no laboraban en el sector formal y a las que tenían ingresos apenas superiores a los establecidos en los requisitos para acceder al programa.¹¹¹

Así, en el momento de la transición democrática, a finales de la década de 1980, los elevados costos de los servicios privados terminaron de crear un sistema de salud profundamente dividido, en el que el subsistema público cubría a la mayoría de la población, a la más enferma y de menores ingresos, mientras que el privado atendía a los sectores más sanos y acomodados.¹¹² Además, esta organización del sistema introdujo a un nuevo y poderoso actor social dentro del sector sa-

¹⁰⁴ Silvia Borzutzky, *op. cit.*, p. 235.

¹⁰⁵ *Ibid.*, p. 234.

¹⁰⁶ Christina Ewig y Stephen Kay, *op. cit.*

¹⁰⁷ Evelyne Huber y John D. Stephens, *op. cit.*

¹⁰⁸ Banco Mundial, “Gasto de bolsillo (% del gasto en salud)”, *Banco de Datos*, 2020. Disponible en <https://datos.bancomundial.org/indicador/SH.XPD.OOPC.CH.ZS>

¹⁰⁹ Carmelo Mesa-Lago, “Protección social en Chile: ...”, *op. cit.*, p. 425.

¹¹⁰ *Ibid.*, p. 424.

¹¹¹ *Idem.*

¹¹² Carmelo Mesa-Lago, “Models of Development, ...”, *op. cit.*

lud: la iniciativa privada y el capital financiero, que rápidamente se convirtió en una poderosa fuerza política defensora del *statu quo*.¹¹³ Asimismo, esta situación creó una tensión financiera en el sector público, que llegó a un punto crítico a finales de la década de 1990, pues había una gran escasez de recursos y poca capacidad para atender a la población de manera efectiva y oportuna.

6.5.2. Tendencias hacia el universalismo

6.5.2.1. La transición democrática

El fin de la dictadura marcó también el comienzo de una etapa en la que se suavizaron las medidas neoliberales de más de una década. Sin embargo, realizar cambios no fue fácil debido a que durante la era de Pinochet se modificó la Constitución para preservar la influencia preponderante de la derecha en el Senado, lo que obligaba a los partidos de la Concertación¹¹⁴ a negociar con la oposición cualquier legislación.¹¹⁵ Fue en este periodo que los partidos de izquierda comenzaron a poner atención a la población de menores ingresos como votantes potenciales y a presentar políticas enfocadas en el combate a la pobreza.¹¹⁶

Las políticas económicas y sociales neoliberales, lejos de haber mejorado la situación, causa-

ron gran descontento en la población y provocaron una reacción en su contra, incluso por parte de las instituciones financieras internacionales. En este sentido, un hecho importante fue un documento del BM,¹¹⁷ publicado en 1999, en el cual cuestionaba los supuestos en los que se basó el modelo de pensiones chileno, a pesar de que esta institución fue la principal promotora de la privatización de los sistemas de pensiones en América Latina con la publicación, en 1994, del informe *Averting the Old Age Crisis: Policies to Protect the Old and Promote Growth*. De igual manera, en 2006 el BID publicó el volumen *Universalismo básico*, el cual recomienda proveer un ingreso básico y acceso a servicios sociales "como un derecho garantizado por el Estado".¹¹⁸

Tras el régimen militar, los gobiernos de los presidentes del partido Democrático Cristiano de la coalición Concertación, Patricio Aylwin (1990-1994) y Eduardo Frei (1994-2000), introdujeron diversos programas antipobreza durante sus administraciones, los cuales eran de corto plazo y sumamente focalizados a "necesidades especiales de grupos específicos, como mujeres, indígenas o indigentes".¹¹⁹ Además, el presidente Aylwin creó en 1990 el Fondo de Solidaridad e Inversión Social (FOSIS), que proporcionaba subsidios para proyectos de desarrollo y habilitación social para la población en situación de pobreza y vulnerabilidad.¹²⁰ Entre 1990 y 2009, la pobreza disminuyó del 38.6 % al 11.4 %, pero la pobreza extrema

¹¹³ Jennifer Pribble, *op. cit.*, p. 43.

¹¹⁴ La Concertación de Partidos de la Democracia fue una alianza política y electoral fundada en enero de 1988 como oposición al régimen militar. Tuvo como fin derrotar a la dictadura de Augusto Pinochet en el plebiscito de octubre de aquel año. La Concertación se impuso con un 54.7 % del total de los sufragios. Se conformó del Partido Demócrata Cristiano, el Partido Socialista, el Partido por la Democracia y el Partido Radical Socialdemócrata. Estuvo en el poder por cuatro periodos presidenciales consecutivos (Patricio Aylwin, Eduardo Frei Ruiz-Tagle, Ricardo Lagos y Michelle Bachelet) entre 1990 y 2010.

¹¹⁵ Rossana Castiglioni, *op. cit.*

¹¹⁶ Luciano Andrenacci, "From Developmentalism to Inclusionism: On the Transformation of Latin American Welfare Regimes in the Early XXIst Century", *Austrian Journal of Development Studies* (Journal für Entwicklungspolitik), núm. 1, vol. 28, 2012.

¹¹⁷ Peter R. Orszag y Joseph E. Stiglitz, "Rethinking Pension Reform: Ten Myths about Social Security Systems", *New Ideas about Old Age Security*, 2001, pp. 17-56.

¹¹⁸ Evelyne Huber y John D. Stephens, *op. cit.*

¹¹⁹ Jennifer Pribble, *op. cit.*, 2013, p. 75.

¹²⁰ Stephan Haggard y Robert R. Kaufman, *Development, Democracy and Welfare States*. Princeton University Press, Princeton, 2008, p. 296.

permaneció relativamente constante en el mismo periodo, entre el 6 % y el 4 %.¹²¹ Es probable que la reducción en los niveles de pobreza se deba menos a los programas antipobreza que al importante crecimiento económico que tuvo lugar en esas décadas, el cual alcanzó un máximo histórico de 11.1 % en 1992.¹²²

Aunque el sistema de salud público-privado se mantuvo hasta principios del siglo XXI, diversas reformas tuvieron lugar para limitar los abusos en el subsistema privado. Los presidentes Aylwin y Frei introdujeron pequeños ajustes a los seguros privados, aumentaron los servicios médicos e incrementaron el gasto público en salud.¹²³ En efecto, este último se duplicó entre 1990 y 1999, lo cual ayudó a reducir las desigualdades entre ambos sectores. En 1989, el gasto per cápita de las Isapres era 3 veces mayor al del Fonasa, pero para 1999 pasó a ser sólo 1.8 veces mayor.¹²⁴

6.5.2.2. El cambio de siglo

Los gobiernos de izquierda que llegaron al poder en el cambio de siglo implementaron políticas con orientaciones universalistas y de apoyo a los ingresos —probablemente debido menos a recomendaciones internacionales que por estrategia política para atraer votos—, pero tratando de mantener la estabilidad macroeconómica.

La administración del presidente Ricardo Lagos (2000-2006) “preparó el terreno para las reformas”¹²⁵ que realizaría posteriormente su sucesora, Michelle Bachelet, pues llevó a cabo la importante reforma constitucional de 2005, que eliminaba

a los senadores vitalicios heredados de la dictadura y, por lo tanto, los obstáculos para posteriores reformas legales. Además, en 2006 creó el Fondo de Reserva de Pensiones y el Fondo para la Estabilización Económica y Social, lo que posteriormente posibilitó la reforma pensional y el financiamiento, en 2009, de un paquete económico para enfrentar la crisis. Éste era del 2.8 % del PIB e incluía estímulos a la inversión, financiamiento de empresas, apoyo a personas en situación de pobreza y fortalecimiento del empleo.

La baja inflación, el alza de los precios del cobre, la disminución de la deuda pública y las políticas fiscales implementadas en el cambio de siglo posibilitaron acumular reservas para la política social. En efecto, el crecimiento anual del PIB pasó de -0.4 % en 1999 a 5.3 % en 2000, con su punto máximo de la década en 2004, de 7.2 %.¹²⁶ Desde los años noventa, los gobiernos practicaron una regla no escrita: que todos los nuevos gastos requerían nuevos ingresos. El presidente Lagos estableció que el balance fiscal debería generar un excedente del 1 %. De esta manera, también se crearon recursos para sostener los gastos durante recesiones económicas. Asimismo, durante este periodo se firmaron acuerdos de libre comercio con Estados Unidos, la Unión Europea y Japón, y los aranceles de productos básicos en el mercado internacional permanecieron bajos. Con todo, se puede observar la continuación e, incluso, la profundización de la liberalización de los mercados, de políticas fiscales conservadoras y del compromiso con un superávit estructural.¹²⁷

¹²¹ Evelyne Huber y John D. Stephens, *op. cit.*

¹²² Banco Mundial, Crecimiento del PIB (% anual), *Banco de datos*. Disponible en <https://datos.bancomundial.org/indicador/NY.GDP.MKTP.KD.ZG?end=2012&locations=CL&start=1990>

¹²³ Armando Barrientos, “Getting Better after Neoliberalism: Shifts and Challenges of Health Policy in Chile” en Peter Lloyd-Sherlock (ed.), *Healthcare Reform and Poverty in Latin America*, Institute of Latin American Studies, Londres, 2000, pp. 94-111.

¹²⁴ Daniel Titelman, “Reformas al sistema de salud en Chile: Desafíos pendientes”, *Financiamiento del Desarrollo*, CEPAL, Santiago de Chile, 2000, p. 16.

¹²⁵ Evelyne Huber y John D. Stephens, *op. cit.*, p. 179.

¹²⁶ Banco Mundial, Crecimiento del PIB (% anual), *op. cit.*

¹²⁷ Evelyne Huber, Jennifer Pribble y John D. Stephens, “The Chilean Left in Power: Achievements, Failures, and Omissions”, en Kurt Weyland, Raúl L. Madrid y Wendy Hunter (eds.), *Leftist Governments in Latin America: Successes and Shortcomings*, Cambridge University Press, Nueva York, 2010.



6.5.2.2.1. El seguro de desempleo

Una importante innovación para conciliar los esquemas de seguridad social con las nuevas condiciones del mercado laboral fue el Seguro de Cesantía o de desempleo,¹²⁸ introducido en 2002 durante el gobierno del presidente Lagos. Como se explicó antes, cuenta con un componente de ahorro individual, financiado por aportaciones estatales,¹²⁹ patronales y de las personas aseguradas, y un componente solidario, financiado por aportaciones estatales y patronales, al que recurren las personas cuando se agotan los recursos de sus cuentas individuales.

Para acceder a los beneficios, y en particular al Fondo de Cesantía Solidario (FCS), se debe cumplir con los siguientes requisitos: haber cotizado 12 meses continuos "en el período anterior al despido y estar realizando búsqueda activa de

empleo sin haber rechazado una oferta de empleo o participar de la capacitación laboral financiada por el Estado".¹³⁰ Pese a estas condiciones, en 2008 se registró una cobertura del 66 % del total de asalariados, debido a la obligatoriedad de incorporación por cada nuevo contrato de trabajo que se celebre.

Aunque en su momento Chile fue la vanguardia con el diseño mixto de su Seguro de Cesantía, este programa se limita al empleo en el sector formal de la economía, por lo que excluye a grandes porciones de la población. Incluso dentro de la formalidad, la inestabilidad laboral es alta. Por ello, es frecuente que los trabajadores no puedan cotizar el tiempo necesario para beneficiarse significativamente.¹³¹ Por consiguiente, en 2008 se realizaron una serie de reformas con el propósito de ampliar la cobertura y mejorar la calidad de

¹²⁸ Evelyne Huber y John D. Stephens, *op. cit.*

¹²⁹ Mario Velásquez, *Seguros de desempleo y reformas recientes en América Latina*, Serie macroeconomía del desarrollo núm. 99, CEPAL, Santiago de Chile, 2010, p. 38.

¹³⁰ *Idem.*

¹³¹ Evelyne Huber y John D. Stephens, *op. cit.*



sus beneficios; por ejemplo, se flexibilizaron los requerimientos de incorporación y se aumentaron las tasas de reemplazo hasta el 35 %.¹³²

Por último, aunque no es precisamente una prestación de la seguridad social, un elemento clave que abonó para el bienestar de la población chilena fue el aumento del salario mínimo. Para 2005, los gobiernos de la Concertación casi lo habían duplicado, pero fue la administración de Lagos la que más lo aumentó, de 200 a 255 USD. De igual forma, la presidenta Bachelet continuó con los incrementos anuales hasta llegar a 318 USD en 2008.¹³³

6.5.2.2.2 La reforma del sistema de salud

Durante los dos primeros gobiernos de Concertación no faltaron intentos de reformar el sector salud, no obstante, el Ministerio de Finanzas se

resistió debido a la carga financiera que representaba. Fue hasta el tercer gobierno de la Concertación, con el presidente Ricardo Lagos, que en 2004 se introdujo la conocida reforma del Plan AUGE (Acceso Universal de Garantías Explícitas), el cual garantiza la cobertura universal para las enfermedades más comunes de la población y es obligatorio tanto para el sector público como para el privado. El sistema comenzó con la cobertura de 25 padecimientos en 2005 y aumentó a 56 en 2007, hasta llegar a 69 enfermedades en 2011.¹³⁴ Esta lista se revisa y se actualiza cada dos años para garantizar las intervenciones.

El financiamiento del programa se haría, por un lado, dirigiendo una parte de las contribuciones de salud de la población a un fondo nacional de solidaridad y maternidad, y, por otro, mediante un impuesto sobre el alcohol y el tabaco.¹³⁵ Sin embargo, durante las negociaciones de la inicia-

¹³² Mario Velásquez, *op. cit.*

¹³³ Evelyn Huber y John D. Stephens, *op. cit.*

¹³⁴ Biblioteca del Congreso Nacional de Chile, *Plan GES (Ex AUGE)*, Gobierno de Chile, 2011.

¹³⁵ Evelyn Huber y John D. Stephens, *op. cit.*

tiva, y debido a presiones de las compañías privadas, los partidos de derecha y un sector del Partido Demócrata Cristiano (PDC), este fondo se eliminó y se reemplazó por un fondo de riesgos de las Isapres, financiado mediante copagos y el aumento de un 1 % del impuesto sobre el valor agregado (IVA).¹³⁶ Pese a ello, en la reforma se lograron establecer límites superiores de copagos para proteger a los sectores de menores ingresos.¹³⁷ Asimismo, la Superintendencia de Salud se encargaría de las regulaciones y la vigilancia para hacer cumplir las garantías de atención a la salud.

La reforma de salud se volvió un tema crucial en la agenda, debido a que el sistema público de salud cargaba con el mayor gasto y recibía desproporcionadamente menores ingresos y contribuciones, por lo que su sostenibilidad financiera estaba en vilo y, de no actuar, el Estado se vería forzado a incrementar el gasto público significativamente. La importancia de la competencia electoral fue otro componente que impulsó la reforma, pues más del 70 % de la población estaba afiliada al sistema público de salud, lo que proporcionaba una importante cantidad de votantes, y la expansión del rol del Estado en la atención médica sería una medida popular porque beneficiaría a la mayoría de las personas chilenas.¹³⁸

Al igual que ocurrió con las pensiones, la formulación de la reforma se hizo con medidas verticales, a puerta cerrada, por un pequeño equipo de expertos en políticas de los Ministerios de Salud, Trabajo y Finanzas, y de la Presidencia —sin influencia de las organizaciones sociales—. Esto tuvo consecuencias, pues el Colegio Médico (CM), el Consejo de Gremios de la Salud y la Confederación Nacional de Funcionarias y Funcionarios de

Salud Municipal (Confusam) de trabajadores de la salud se opusieron a la iniciativa, argumentaban que “no era ético restringir la atención a un número limitado de enfermedades y que, si se financia adecuadamente, el sector público podría garantizar la cobertura de todas las enfermedades”.¹³⁹ De igual forma, las Isapres fueron una importante fuerza política de oposición. En el momento de negociación del Plan AUGE, el sector privado de salud tenía más de 20 años operando con regulaciones mínimas y un gran margen de beneficio. Tanto era su poder político que crearon la Asociación de Isapres, compuesta por las compañías de seguros más grandes del país, que no aceptarían nuevas regulaciones al sistema privado. Para obtener más apoyos, la asociación se alió con la derecha y, en específico, con la Unión Demócrata Independiente (UDI), y así lograron eliminar los fondos de maternidad y solidaridad de la reforma. Estas medidas verticales para la formulación de política pública tuvieron ventajas y desventajas. Por una parte, las negociaciones a puerta cerrada permitieron tomar distancia de las organizaciones que podían obstaculizar la aprobación de la reforma, como el CM y el Confusam. Por otra parte, esta falta de ligas con grupos organizados debilitó los esfuerzos y los intereses de crear el fondo de maternidad y solidaridad.¹⁴⁰

Después de la reforma, las listas de espera para recibir tratamiento disminuyeron de manera importante (de 380 000 pacientes a 29 000)¹⁴¹ y se creó un acceso igualitario a la atención a las enfermedades incluidas en el programa, con lo que éste se desvinculó del nivel de ingresos de las personas. Además, la reforma introdujo algunas regulaciones al mercado de seguros privados

¹³⁶ Mireya Dávila, *Health Reform in Contemporary Chile: Does Politics Matter?*, MA Thesis, Department of Political Science, University of North Carolina, Chapel Hill, 2005.

¹³⁷ Evelyne Huber y John D. Stephens, 2012, *op. cit.*

¹³⁸ Jennifer Pribble, Evelyne Huber y John D. Stephens, “Politics, Policies, and Poverty in Latin America”, *Comparative Politics*, núm. 4, vol. 41, 2009, pp. 387-407.

¹³⁹ Jennifer Pribble, *op. cit.*, p. 50.

¹⁴⁰ *Idem.*

¹⁴¹ Fernando Rosas Carrasco, “Disminución lista de espera AUGE: ¿Cuál es el secreto?”, *El Quinto Poder*, 29 de septiembre de 2011. Disponible en <https://www.elquintopoder.cl/salud/disminucion-lista-de-espera-auge-cual-es-el-secreto/>

para reducir la discriminación por sexo o estado de salud de las personas. Un ejemplo de ello son las contribuciones, a las que se puso un límite superior y se les volvió progresivas, para proporcionar protección a grupos de menores ingresos.¹⁴²

Sin embargo, la reforma del Plan AUGE no universalizó el acceso a los servicios de salud, pues seguía dependiendo de las contribuciones y la comprobación de necesidad. Esto dejó un vacío en la cobertura en la medida en que los trabajadores informales no cumplen los requisitos de ingresos bajos, pero tampoco pueden pagar las contribuciones obligatorias de salud y pensiones, las cuales ascienden hasta el 17 % o el 20 % de su ingreso. De igual manera, la cobertura se limita a un número restringido de enfermedades, por lo que quedan excluidos quienes enferman de otros padecimientos. Además, la falta de éxito en la defensa del fondo de maternidad provoca una carga económica a las personas usuarias, pues éste “habría ayudado a financiar la licencia básica de maternidad y una licencia extendida para madres de niños menores de un año con enfermedades graves”.¹⁴³ Ante su eliminación, este gasto recae en los individuos. Así, aunque con el Plan AUGE se dio un paso más hacia la universalidad, Chile no ha logrado eliminar el sistema dual de atención y aún está lejos de ofrecer acceso universal y cobertura a toda la población.

6.5.2.2.3. Reforma de las prestaciones familiares

El sistema de asistencia social se institucionalizó durante la administración del presidente Lagos, con la creación de Chile Solidario. Este programa

tuvo un enfoque más amplio que las medidas antipobreza de los dos gobiernos anteriores, pues buscaba establecer un sistema integrado de protección que incluyera seguridad de ingresos no contributiva, asesoramiento por parte de trabajadores sociales, beneficios en especie y acceso a servicios estatales, como educación preescolar o servicios de rehabilitación de adicciones. Este sistema de asistencia social se instrumentó con el propósito de que las familias menos favorecidas contaran con una red social de apoyo.¹⁴⁴ Las familias recibían los beneficios a cambio de realizar visitas regulares a clínicas de salud, recibir asesoramientos familiares y garantizar que los infantes asistieran a la escuela.¹⁴⁵ Por lo tanto, el programa es del tipo de transferencias monetarias condicionadas.

Chile Solidario se enfocó únicamente en la población en pobreza extrema, por lo que su alcance pudo ser limitado, aunque en la administración de Bachelet se intentó incluir a la población indigente. En este sentido, la iniciativa segmentó aún más la red de programas no contributivos (SUF, PASIS, FOSIS, subsidios maternales y prestaciones familiares), sin incrementar los montos de los beneficios.¹⁴⁶ Aunque Chile Solidario no avanzó hacia la universalidad, fue el único intento —hasta entonces— de universalizar la asistencia familiar. En parte, esto fue así por las resistencias del Ministerio de Finanzas a crear un sistema de protección amplio y universal en las administraciones anteriores.¹⁴⁷ Dado que Chile Solidario fue financiado por el aumento al IVA de un punto porcentual, al igual que el Plan AUGE, no recibió tanta oposición, pues contaba con ingresos constantes.

¹⁴² Jennifer Pribble, *op. cit.*

¹⁴³ Mireya Dávila, *op. cit.*

¹⁴⁴ Evelyne Huber y John D. Stephens, *op. cit.*

¹⁴⁵ Jennifer Pribble, *op. cit.*

¹⁴⁶ El bono de protección de Chile Solidario (adicional al SUF) es de 10 500 CLP mensuales por 6 meses; 8000 CLP a partir del 7.º mes; 500 CLP a partir del 13.º mes y los últimos 6 meses el equivalente al SUF asignado a cada familia beneficiaria. El bono de egreso corresponde a las familias que cumplen satisfactoriamente todas las etapas. Es una cantidad fija, equivalente al SUF y se entrega por 36 meses.

¹⁴⁷ Jennifer Pribble, *op. cit.*

Como ocurrió con la reforma de salud y pensiones, Chile Solidario fue planeado también a puerta cerrada, por un pequeño grupo de técnicos, luego de que un estudio del Ministerio de Finanzas y el BM comprobara que había un estancamiento en la reducción de la pobreza en el país. La falta de interés de crear un sistema más amplio con mayores beneficios está vinculada a que los expertos que ocupaban puestos de poder dentro del gobierno estaban desconectados de las demandas de los sectores más necesitados y de la población en general. Además, la influencia del Ministerio de Finanzas evitó la implementación de una protección más extensa y universalista. De tal modo, “los programas como Chile Solidario fueron elaborados por políticos de alto *expertise* técnico pero sordos a las demandas políticas”.¹⁴⁸

6.5.2.2.4. La reforma del sistema de pensiones

Para cuando Michelle Bachelet llegó por primera vez a la presidencia (2006-2010), por el Partido Socialista de Chile (PS), el sistema pensional no satisfacía las necesidades de la población chilena: menos de la mitad contribuía de manera regular y suficiente para recibir una pensión mínima, y, a su vez, una importante porción quedaba excluida de las pensiones de asistencia social por no cumplir con los requerimientos de la prueba de necesidad, además de las largas listas de espera para los que sí cumplían con los requisitos. Ante esto, en 2008 se introdujeron medidas de solidaridad en el sistema con dos tipos de pensiones por vejez, discapacidad y sobrevivencia. El primer tipo se instrumentó en reemplazo del PASIS; es una pensión básica solidaria, financiada por el Estado y dirigida al 60 % de la población de menor ingreso, que no había cotizado a ningún sistema de pensiones. El segundo tipo fue un aporte previsional

solidario que complementó los fondos de las personas cuyos ahorros se encontraban debajo de la pensión mínima. Con el propósito de incentivar la cotización, esta pensión siempre sería mayor a la pensión básica solidaria —con un límite superior definido— y decrecería según el monto de la pensión contributiva.¹⁴⁹ También se establecieron subsidios estatales para personas jóvenes durante los dos primeros años de empleo si sus ingresos eran menores a 1.5 veces el salario mínimo.¹⁵⁰ De esta manera, la reforma —aunque todavía con una considerable brecha— redujo la distancia entre los que obtienen ingresos más altos y los que obtienen los más bajos.

Asimismo, la reforma atendió el problema de la inequidad de género, pues, por ley, el Estado chileno tendría que realizar una contribución equivalente al 10 % de 18 salarios mínimos por los primeros 2 hijos de cada mujer. Esto contribuyó a disminuir las desigualdades en la acumulación de ahorro debido a la interrupción de la historia laboral por maternidad. Además, se abolieron las comisiones fijas cobradas por las AFP y se les demandó más transparencia en sus procesos. Como se mencionó antes, el financiamiento de las pensiones solidarias básicas y suplementarias se hace mediante ingresos generales y el Fondo de Reservas de Pensiones, creado en 2006 por el gobierno del presidente Lagos, que se basa en el ahorro generado por las ganancias de la venta de cobre por empresas estatales y privadas. Esto permitió expandir la cobertura sin crear un nuevo impuesto.

Las políticas previsionales del gobierno de Bachelet tendían a la universalidad; sin embargo, nunca se buscó eliminar el sistema privado sino, más bien, introducir un pilar solidario, pues las AFP se encontraban profundamente arraigadas en el sistema y tenían un gran poder político. Además, habían acumulado cantidades significativas de

¹⁴⁸ *Ibid.*, pp. 76-77.

¹⁴⁹ Carmelo Mesa-Lago, “Protección social en Chile: ...”, *op. cit.*, p. 437.

¹⁵⁰ Jennifer Pribble, *op. cit.*

capital, por lo que las autoridades temieron que su desmantelamiento dañara la economía.¹⁵¹ Para esto, se creó un comité para la reforma de pensiones, encabezado por el economista Mario Marcel, quien logró negociar, por un lado, con los intereses de las AFP de liberalizar las reglas de inversión y, por otro, con la izquierda, que apuntaba hacia el universalismo mediante el aumento del nivel y la extensión de la cobertura; la reducción de la brecha entre distintos beneficios y un financiamiento más equitativo y sostenible. De hecho, según entrevistas realizadas por Jennifer Pribble, "la comisión fue convocada con el propósito explícito de apaciguar a la oposición de izquierda y derecha".¹⁵²

Pese a que originalmente la reforma buscó realizar cambios en el sistema de cuentas privadas —como incentivos para ahorros de jubilación suplementarios o permitir a los bancos chilenos manejar fondos de pensiones con el propósito de crear una AFP estatal—, las iniciativas encontraron una fuerte oposición por parte de las AFP y los partidos de derecha, por lo que no prosperaron. Estas empresas privadas, formadas y fortalecidas durante el periodo neoliberal, apoyaron las medidas que reducían las restricciones a la inversión y mejoraban las contribuciones. Al mismo tiempo, se contraponían al establecimiento de regulaciones o a la competencia de un fondo de pensiones controlado por un banco estatal, pues argumentaban que "en lugar de competir con el sector privado, el papel del gobierno era ayudar a aquellos que no estaban siendo alcanzados por los fondos de pensiones privados".¹⁵³ Respecto a la introducción de las pensiones universal y solidaria, no hubo oposición, pues no afectaban directamente al sistema de cuentas individuales. Así, los cam-

bios brindaron una mayor sostenibilidad social al sistema de pensiones sin lograr modificarlo en lo esencial, puesto que el financiamiento recayó en el Estado y no se ampliaron las responsabilidades de los intereses privados. Esto debido a que se optó por una estrategia conciliadora entre las presiones de las AFP y las fuerzas políticas afines, y la necesidad de atender los problemas de cobertura, lo que dio como resultado la institucionalización de un sistema dual, con atención diferenciada a la población.

En general, los cambios al sistema de pensiones fueron elaborados desde el gobierno y las élites del poder. La competencia electoral hizo que el tema se pusiera en la agenda política desde 2005, y su introducción exitosa —sin la creación de nuevos impuestos— debilitó a la oposición.¹⁵⁴ Estas medidas verticales para la creación de políticas sociales protegieron también al sistema privado, lo que ayudó a evitar el veto de poderosos actores administrativos y empresariales, pero, a su vez, limitó el alcance de las medidas.

Es importante destacar que el elemento fundamental de la reforma fue la expansión de una prestación básica con el propósito de compensar los bloqueos anteriores al avance de la política social y las necesidades de la población que no se habían abordado previamente. La reforma intentó resolver los problemas de inequidad e insuficiencia de manera incremental. Así, a pesar de las modificaciones implementadas, la reforma reflejó continuidad, pues al tiempo que introdujo un programa de redistribución de beneficios, mantuvo el modelo de las cuentas individuales privadas como eje central del sistema previsional y los privilegios de los actores privados.¹⁵⁵

¹⁵¹ De hecho, dicha centralidad financiera funcionó como un bloqueo, pues lo que manejaba el sistema de pensiones privado equivalía a alrededor del 60 % del PIB, por lo que cambiar su estructura básica estaba fuera del debate, incluso para los partidos de izquierda, cuya reputación en parte se basaba en el mantenimiento de la estabilidad económica. Véase Christina Ewig y Stephen Kay, *op. cit.*

¹⁵² Jennifer Pribble, *op. cit.*, pp. 79-80.

¹⁵³ *El Mercurio*, "Gobierno insistirá con la creación de administradora de pensiones estatal" en Christina Ewig y Stephen Kay, *op. cit.*

¹⁵⁴ Jennifer Pribble, *op. cit.*

¹⁵⁵ Christina Ewig y Stephen Kay, *op. cit.*, p. 85.



6.5.2.2.5. La reforma de la prestación por maternidad

Las inequidades de género no fueron un tema prioritario a lo largo del desarrollo del sistema de seguridad social chileno, y fueron prácticamente ignoradas —incluso después de la transición democrática—. Sin embargo, a principios del siglo XXI, América Latina entró en una fase de expansión de políticas sociales y reducción de las desigualdades relacionadas con el género y la familia. Aunque usualmente el interés de disminuir las inequidades sociales, expandir los derechos sociales e impulsar una política social más universalista se asocia más a gobiernos con ideología de izquierda, algunos gobiernos de derecha también realizaron importantes avances en la materia, como es el caso de Chile, durante la presidencia de Sebastián Piñera.¹⁵⁶

Durante la primera administración de Michelle Bachelet (2006-2010), la licencia de maternidad¹⁵⁷ iniciaba 42 días antes de la fecha de parto y terminaba 84 días después, con 100 % del salario de la mujer (con tope de 60 UF),¹⁵⁸ y los padres tenían derecho a tomar 5 días de licencia parental remunerada. No obstante, la licencia de maternidad no era de acceso universal, pues sólo las mujeres que hacían contribuciones al sistema gozaban de este derecho.¹⁵⁹

¹⁵⁶ Rossana Castiglioni, "The Right and Work-Family Policies: The Expansion of Maternity Leave under the Piñera Administration", *Documento de Trabajo* ICSSO-No. 58, Universidad Diego Portales, Santiago de Chile, 2019, p. 3.

¹⁵⁷ "En Chile, la legislación en materia de protección a la maternidad tiene su origen en el año 1917, luego que la Ley N° 3.186 estableciera que era obligación de los empleadores implementar un espacio dentro del lugar de trabajo, que estuviera especialmente destinado para recibir durante la jornada laboral a los hijos de las trabajadoras que tuvieran menos de un año de edad, además de permitirle a éstas disponer de tiempo para amamantar a sus hijos sin que éste fuera descontado de su salario. Posteriormente, en el año 1925 se estableció como beneficio de protección a la maternidad un periodo de descanso de 60 días para la madre obrera, el cual se distribuía en 40 días de descanso previos al alumbramiento y en 20 días de descanso posteriores a dicha fecha. Desde estos primeros derechos consagrados, paulatinamente se han ido incrementando las prestaciones a las que puede acceder la madre trabajadora." Intendencia de Beneficios Sociales, *Protección a la maternidad en Chile: evolución del Permiso Postnatal a cinco años de su implementación 2011-2016*, 2016, p. 3.

¹⁵⁸ La UF (unidad de fomento) es una unidad de cuenta que se utiliza en Chile para ajustar las transacciones comerciales, contables y bancarias de acuerdo con la variación del Índice de Precios al Consumidor. "Aproximadamente 1 258 500 CLP de marzo de 2010, o 2400 USD de marzo de 2010". En Rossana Castiglioni, *op. cit.*, p. 13.

¹⁵⁹ Rossana Castiglioni, *op. cit.*, p. 13.

Así, para la campaña presidencial de 2009, la extensión de la licencia de maternidad era uno de los temas principales. El candidato de la Concertación —para su segundo periodo presidencial—, el expresidente demócrata cristiano Eduardo Frei, lo había anunciado como una de sus prioridades al llegar a la presidencia. Sebastián Piñera también prometió extenderla, ofreció alternativas de cuidados y lo incluyó en su programa presidencial. Cabe mencionar que este programa hacía hincapié en impulsar la participación femenina en la política y en “promover el rol de la mujer en la sociedad y remover todos aquellos obstáculos que impiden su acceso efectivo al mundo del trabajo, especialmente en el caso de las mujeres en situación de vulnerabilidad, compatibilizando el mundo del trabajo con la vida familiar”.¹⁶⁰ Al asumir el cargo, la primera administración de Piñera (2010-2014) creó la Comisión Asesora Presidencial “Mujer, Trabajo y Maternidad”, para la revisión y formulación de políticas referentes al tema. Sin embargo, los miembros de la comisión eran expertos tecnócratas cercanos al gobierno y no se incluyó a ninguna representante de organizaciones feministas.¹⁶¹

En 2011, el Congreso aprobó la nueva ley que extendía la licencia posnatal de 12 a 24 semanas. Las primeras 12 semanas son obligatorias y de tiempo completo para la mujer y las siguientes 12 son de licencia parental, por lo que las mujeres pueden optar por regresar a trabajar medio tiempo. En ese caso, la licencia se puede extender hasta 18 semanas, o también la mujer puede transferir 6 semanas de licencia al padre. Las mujeres reciben su salario completo hasta 66 UF¹⁶² durante el goce de sus licencias posnatales, con excepción de las servidoras públicas, que reciben sin límite sus salarios completos. El financiamien-

to se hace con ingresos generales y por el empleador del padre para 5 días de licencia.¹⁶³

El giro a la derecha en el país ocurrió durante los últimos años del *boom* de las materias primas, por lo que se gozaba de una economía favorable y sin presiones de reducir el gasto. Asimismo, los políticos de oposición, organizaciones de la sociedad civil y sindicatos lograron presionar, durante el debate en el Congreso, para que se expandiera la duración de la licencia y se aumentara el monto límite del reemplazo de ingresos. También el hecho de que la nueva política se financia en gran parte con ingresos generales sin imponer un costo a los empleadores fue crucial para evitar la oposición de la derecha; igualmente representaba un ahorro para las aseguradoras privadas. Sin embargo, el compromiso de expandir la licencia de maternidad del presidente Piñera surgió durante la campaña electoral después de que su oponente expresó que haría lo mismo. Así, la iniciativa resultó principalmente de una elección presidencial altamente competitiva: Piñera venció a Frei con el 51.6 % al 48.4 % en segunda vuelta. Además, la implementación de políticas populares beneficiaría a su partido en las elecciones de mitad de periodo.¹⁶⁴ Castiglioni argumenta que la competencia electoral fue una condición esencial para la expansión de la licencia de maternidad, pues llevó a los partidos de derecha a adaptarse estratégicamente tanto a las posiciones de los contrarios como a las preferencias del electorado que quieren ganar.

Algunos críticos, indica Sara Niedzwiecki, señalan que la reforma hace poco para incentivar a los hombres a tomar la licencia, pero constituye un progreso para la mujer trabajadora. Con todo, permitió establecer el esquema de licencias con las mejores prestaciones de la región.

¹⁶⁰ Sebastián Piñera, “Programa de gobierno para el cambio, el futuro y la esperanza: Chile 2010-2014”, Coalición por el cambio, p. 144. Disponible en http://www.archivochile.com/Chile_actual/elecciones_2009/pinera/doc_part/pinerapart0015.pdf

¹⁶¹ *Idem*.

¹⁶² “Aproximadamente 1 458 600 CLP de octubre de 2011, o 3015 USD de octubre de 2011”, en Rossana Castiglioni, *op. cit.*, p. 15.

¹⁶³ Biblioteca del Congreso Nacional de Chile. *Creación comisión asesora presidencial “Mujer, Trabajo y Maternidad”*, 2010.

¹⁶⁴ Sara Niedzwiecki y Jennifer Pribble, “Social Policies and Center-Right Governments in Argentina and Chile”, *Latin American Politics and Society*, núm. 3, vol. 59, 2017, pp. 72-97.



El caso de Chile muestra algunos de los efectos persistentes de la privatización de los servicios sociales y asistenciales. Se permitió que las empresas privadas compitieran libremente en la provisión de prestaciones sociales. Esto provocó que los procesos de reforma a inicios del siglo XXI se desarrollaran gradualmente, a lo largo de constantes negociaciones con las élites económicas y políticas, pues los políticos se veían obligados a equilibrar los intereses de un poderoso sector privado con las demandas ciudadanas y de la población más vulnerable.¹⁶⁵

Los movimientos laborales y obreros durante el siglo XX fueron un importante elemento en el impulso de temas sociales en la agenda política de Chile. Los trabajadores fueron un apoyo político fundamental para las propuestas de legislación laboral y de seguridad social. Sin embargo, actualmente los partidos chilenos están conformados por élites sin vínculos con organizaciones de la sociedad, lo que a menudo limita los alcances de sus propuestas de políticas de redistribución y universalización del sistema. Además, el movimiento obrero y los sindicatos se vieron debilitados en el periodo neoliberal, por lo que no se lograron esfuerzos importantes por expandir la seguridad social.

Durante el régimen militar, los cambios estructurales del sistema de seguridad social mer-

maron de manera importante la garantía del acceso a prestaciones y beneficios, así como el ejercicio pleno de este derecho. Sin embargo, tras la dictadura, el contexto era favorable para la promoción de políticas sociales y la instauración de un modelo universalista, puesto que se tenía el apoyo público, se gozaba de expansión económica, la coalición de centro-izquierda logró victorias sucesivas y el sistema político les daba prioridad a las iniciativas presidenciales. No obstante, las reformas que apuntaban al universalismo se implementaron de manera incremental y fragmentada.¹⁶⁶

Esta forma de ejecución pudo deberse a los cambios de poder de los diferentes grupos de interés, resultado de las políticas neoliberales de las últimas décadas. Como la provisión de servicios sociales se realiza preponderantemente por organizaciones privadas, éstas suelen oponerse a las reformas universalistas y pueden llegar a ser actores políticos con fuerte poder de veto. Los negocios privados y los intereses del capital se volvieron más poderosos en la política social, de tal modo que bloquearon modificaciones sustanciales a reformas anteriores. Estas tácticas de oposición conducen a un cambio de políticas gradual o de menor impacto.¹⁶⁷ La asociación de las Isapres, apoyada por el sector empresarial y los partidos de derecha, es un claro ejemplo de las capacida-

¹⁶⁵ Jennifer Pribble, *op. cit.*, p. 53.

¹⁶⁶ Christina Ewig y Stephen Kay, *op. cit.*

¹⁶⁷ *Idem.*

des que pueden tener este tipo de actores para vetar propuestas orientadas a la unificación del sistema de salud y la creación de un fondo de solidaridad entre públicos y privados.

No obstante, en el caso de Chile, hay otros aspectos que también han sido importantes para definir la política de seguridad social, como la competencia electoral y el costo político y financiero de las reformas. La competencia electoral fue una condición esencial para la expansión de las políticas sociales, ya que los partidos —en un ambiente competitivo— a menudo deben sacrificar algunos de sus intereses tradicionales y abrirse a otras posiciones ideológicas y demandas sociales más amplias para no perder electores.¹⁶⁸ Sin embargo, también podría argumentarse que la competencia electoral puede volverse un freno para las reformas, si los grupos opositores, a su vez, son lo bastante fuertes y organizados.

Además, la división política dentro de los propios partidos y coaliciones en Chile, y los enclaves autoritarios que dejó la dictadura en la Constitución, afectaron en la lentitud del cambio. Por ejemplo, los sectores democristianos de los gobiernos de coalición socialista no apoyaban el fortalecimiento del Estado para la provisión de prestaciones sociales, sino que preferían que el sector privado mantuviera su predominio. En efecto, los legados de las políticas anteriores influyen en los procesos políticos actuales y condicionan la posibilidad de introducir nuevas políticas; como resultado, pueden limitar las opciones y las alternativas disponibles para gobiernos y partidos. Las instituciones políticas heredadas del autoritarismo favorecían a la derecha y, sin duda, contribuyeron a un avance moderado de las reformas expansionistas.

Pese a las diversas reformas que han tenido lugar en las últimas décadas, el antiguo sistema de seguridad social implantado en la dictadura prevalece. Si bien las nuevas políticas sociales del

siglo XXI introdujeron importantes cambios, éstos reflejaron continuidad más que reestructuración. Los nuevos programas solidarios implementados y subsidiados por el Estado han ampliado la cobertura a grupos antes desprotegidos y han reducido las inequidades en el acceso, aunque sin afectar el núcleo esencial del sistema, que mantiene una alta privatización de las prestaciones sociales y una estratificación de la protección en el nivel y la calidad de los beneficios. Es decir, las nuevas políticas no trajeron un cambio significativo en la configuración institucional de Chile ni en su sistema de seguridad social.

Históricamente, en América Latina, la seguridad social se ha basado en sistemas contributivos tripartitos para proteger al trabajador, aunque en el caso de Chile se eliminó la aportación patronal desde el régimen militar. Nuevos programas de todo tipo y sistemas no contributivos se han ido agregando a los ya existentes, con diversas reglas que rigen la elegibilidad y los beneficios.

El aumento de los hogares monoparentales, usualmente encabezados por mujeres, las desigualdades de género en el mercado laboral y la posición desventajosa de éstas dentro de los sistemas de pensiones han hecho de las mujeres uno de los grupos más vulnerables y perjudicados.¹⁶⁹ Al mismo tiempo, pese a que ha habido una reducción de la pobreza en las últimas décadas, la población infantil aún es el sector más afectado. La vulnerabilidad de distintos grupos se intersecan, pues cabe pensar que la creciente inseguridad de los hogares encabezados por mujeres ha incidido en la persistencia del empobrecimiento infantil. De ahí la necesidad de fortalecer las políticas con perspectiva de género, la creación de sistemas de cuidados y la expansión de las licencias parentales. En este sentido, el reporte de la Comisión Asesora Presidencial destaca, a propósito de la ampliación de las licencias de maternidad, que la baja participación de las mujeres en el mercado

¹⁶⁸ Rossana Castiglioni, *op. cit.*

¹⁶⁹ Alberto Arenas de Mesa, *op. cit.*

laboral y las dificultades para conciliar responsabilidades familiares y trabajo son dos de los principales problemas que afectan a las chilenas.¹⁷⁰

Además, en un contexto de envejecimiento poblacional y altas tasas de informalidad laboral, el sistema de pensiones se muestra insuficiente. El aumento demográfico de las personas adultas mayores exige una mayor capacidad del sistema para garantizar montos dignos para el retiro. Sin embargo, la creciente inestabilidad laboral dificulta las cotizaciones constantes o por periodos prolongados, lo que da como resultado una situación tensa tanto para los sistemas —que encuentran cada vez más difícil satisfacer los requerimientos de una vejez digna con sostenibilidad— como para las personas —que se tienen que hacer cargo de su propio retiro, pues dependen de los ahorros acumulados en sus cuentas individuales—.

Aunque Chile es de los países con mayor cobertura de la región, tanto en pensiones como en salud, uno de los retos pendientes es la extensión de la cobertura y la suficiencia de las prestaciones, sobre todo de la población más vulnerable, de menores ingresos y que no suele estar protegida por el sistema contributivo o privado del país.¹⁷¹ Además, persiste el desafío de atender el desequilibrio de poder que se mantiene en el funcionamiento del sistema de seguridad, pues como quedó claro en el caso de las pensiones, los intereses privados, en particular del capital financiero, pueden frustrar reformas que contribuyan al bienestar de la población. En este sentido, es fundamental que el Estado pueda resistir las presiones y evite que la búsqueda del lucro vulnere el disfrute del derecho humano a la seguridad social.

Aunado a esto, las nuevas configuraciones del trabajo y los bajos salarios han obligado a los trabajadores a prolongar sus jornadas laborales para mejorar su ingreso, y los han llevado a susti-

tuir el tiempo que antes dedicaban al descanso, la casa o la familia. Las pensiones aún son insuficientes, la pronunciada desigualdad social persiste y el sistema de salud privado castiga a las mujeres, al imponerles mayores cuotas por su probabilidad de convertirse en madres. Además, hay una creciente inconformidad con que las decisiones estatales no estén influidas por las demandas de la población y el debate democrático.¹⁷²

Las protestas sociales que comenzaron en octubre de 2019 han dejado de manifiesto el creciente descontento social en torno al modelo neoliberal y los problemas sociales que ha dejado tras de sí. Una de las principales demandas de la población chilena ha sido replantear la administración de viejas instituciones políticas, establecidas desde la dictadura, y rediseñar los modelos de seguridad social para que más personas tengan acceso igualitario a las prestaciones sociales. Otra de las demandas es reemplazar la actual Constitución, vigente desde 1980, y redactar una nueva. Al respecto, se acordó un plebiscito en abril de 2020, el cual se pospuso por la contingencia sanitaria de COVID-19, hasta finales de octubre de ese año.

El modelo de pensiones, basado en las administradoras privadas no ha sido capaz de proveer pensiones dignas, ha favorecido la concentración de la riqueza y profundizado la desigualdad en el ingreso. Incluso existe una agrupación, No + AFP, que exige el fin de estas administradoras. Actualmente, el monto promedio de la pensión en Chile es inferior al salario mínimo. Ante esta situación, la segunda administración del presidente Sebastián Piñera (cargo que ocupa desde 2018) ha introducido una iniciativa para reformar el sistema previsional, la cual se discute en el Congreso de Chile, ésta busca aumentar el ahorro pensional de los trabajadores al implementar un aumento del 6 % en las

¹⁷⁰ Comisión Asesora Presidencial, *op. cit.*

¹⁷¹ Alberto Arenas de Mesa, *op. cit.*

¹⁷² Víctor Orellana Calderón, "In Chile, the Post-Neoliberal Future is Now: In the Laboratory of Neoliberalism, Chileans are Rejecting the Commodification of Humanity and Widening the Cracks that will Tear the System Down", *NACLA Report on the Americas*, núm. 1, vol. 52, 2020, pp. 100-108.



cotizaciones, a cargo de los patrones. Al 10 % que los empleados cotizan actualmente en sus cuentas de ahorro individuales, se sumará una nueva aportación del 3 % a cargo del empleador, y el otro 3 % que se destinará a un nuevo fondo público, el Fondo de Ahorro Colectivo y Solidario. Así también, el presidente ha anunciado que se permitirá la participación de otros actores en la administración de fondos de pensiones, además de las AFP, como organizaciones sin fines de lucro o cooperativas de afiliados,¹⁷³ lo que significaría un punto de quiebre con el modelo neoliberal de finales de siglo XX.

En materia de salud, han persistido las malas condiciones del sistema público, como las largas listas de espera y la falta de hospitales y especialistas para la creciente demanda de atención. Por su parte, los costos de los planes de salud de las Isapres han ido al alza, lo que agrava la falta de cobertura y restringe aún más el acceso a los servicios médicos. Como respuesta, el gobierno chileno lanzó una reforma al Fonasa que prevé la compra de medicamentos por parte del Estado y

limita los tiempos de espera para la atención médica. Para esto, se ampliará la posibilidad de que infraestructura médica y hospitalaria externa al sistema público brinde asistencia a sus afiliados.¹⁷⁴

Así, Chile ha avanzado considerablemente en la provisión de una protección social más amplia y equitativa. Sin embargo, pese a los esfuerzos por reformar su sistema, la estructura heredada de la década de 1980 se mantiene y hasta ahora no se esboza una estrategia clara para trascenderla. Esto sólo será posible si hay un amplio proceso de deliberación, en el que puedan participar todos los actores interesados, pero siempre y cuando se contengan los intereses de los poderosos actores privados por obtener mayores márgenes de ganancia. Aun así, Chile parece estar llegando a un punto de inflexión respecto a los viejos modelos que han predominado en las últimas tres décadas, para dar paso, quizás, a un sistema más igualitario que permita a todas las personas gozar en plenitud su derecho a la seguridad social.

¹⁷³ *Idem.*

¹⁷⁴ AFP, "Piñera lanza reforma en salud en respuesta a demanda social", *Milenio*, Santiago de Chile, 5 de enero de 2020. Disponible en <https://www.milenio.com/internacional/chile-sebastian-pinera-lanza-reforma-fondo-salud>

Capítulo 7

Las transformaciones del sistema de
seguridad social de República Dominicana





En este capítulo se analiza el sistema de seguridad social de República Dominicana. De manera particular, se revisan los resultados de los índices desarrollados en el Capítulo 3 (IP, IPE, IC, IE, IDSSS e IDESSS). Además, mediante una aproximación histórica, se ofrecen algunos elementos para tratar de entender la configuración actual del sistema y su relación con los resultados de estos índices.

El sistema de seguridad social surgió a finales de la década de 1940, bajo la dictadura de Rafael Trujillo, pero tuvo un desarrollo mínimo, dado el fuerte carácter clientelista y represivo de su régimen. Como en la mayoría de los países americanos, el acceso a las prestaciones dependió de la condición laboral de las personas, pero aun entre quienes tenían trabajo formal, la cobertura fue limitada. Todavía en la década de 1990, el Instituto Dominicano de Seguros Sociales (IDSS) protegía al 11 % de la población y sólo un tercio tenía acceso a los servicios públicos de salud (secciones 7.4.1 y 7.5.1). Una razón importante de estas limitaciones es que el sistema se orientaba sólo a las personas de bajos ingresos (hasta 1.6 salarios mínimos en la década de 1960). La exclusión de los sectores de altos ingresos provocó que, tiempo después, opusieran resistencia a los intentos de incorporarlos al sistema y hacerlos contribuir al mismo. Además, se fortalecieron los intereses privados, en particular

en el ámbito de la salud, que con el tiempo adquirieron un importante poder de veto ante intentos por expandir la cobertura.

A principios de los 2000, hubo un cambio normativo de gran relevancia para el establecimiento del Sistema Dominicano de Seguridad Social (SDSS), el cual es obligatorio, tiene vocación universal y solidaria, y define claramente derechos y procedimientos para resguardarlos. De esta manera, dispone de mecanismos para la incorporación de distintos sectores poblacionales: un régimen contributivo para las personas asalariadas y empleadoras; uno subsidiado para quienes tienen bajos ingresos; y uno contributivo subsidiado, para las personas que trabajan de manera independiente.

Sin embargo, hay retrasos importantes en la implementación del sistema. Por ejemplo, aún no se instrumenta ninguna de las prestaciones del régimen contributivo subsidiado, y apenas en 2019 comenzó la operación del programa de pensiones bajo el régimen no contributivo. En buena medida, esto se debe a la persistente tradición clientelista del sistema político, a la influencia de intereses privados y a las reglas de decisión en el máximo órgano rector del sistema, el Consejo Nacional de Seguridad Social (CNSS).

La exposición se divide en cinco apartados. En el primero se da a conocer información socio-demográfica general del país. En el segundo, los



resultados de los índices de presión, cobertura, eficacia y desempeño de los sistemas de seguridad social. En el tercero, la configuración actual del sistema y la cobertura de las prestaciones de salud, por enfermedad, maternidad, vejez, discapacidad, sobrevivientes, accidentes y enfermeda-

des de trabajo. En el cuarto apartado se analiza el desarrollo histórico del sistema, desde su fundación hasta finales de los setenta. En el quinto, se revisa su evolución en las dos últimas décadas del siglo XX y la creación del SDSS a partir de los 2000. Finalmente, se presentan las conclusiones.

7.1. Condiciones económicas, sociales y demográficas

República Dominicana tiene una superficie de tierra de 48 310 km², esto la convierte en el segundo país más grande del Caribe.¹ En la actualidad, su población se estima en 10.8 millones de habitantes² y de ellos, en 2019, el 82 % se concentraba en áreas urbanas.³ Su estructura poblacional da cuenta de su proceso de envejecimiento: entre el año 2000 y 2020, la población de 0-14 años disminuyó del 34.9 % al 27.4 %, el grupo de 15-64 años incrementó del 60.3 % al 65 % y el de 65 años y más aumentó del 4.8 % al 7.5 %.⁴

En 2018, del total de los hogares dominicanos, el 30.4 % eran biparentales, en su mayoría a cargo de hombres (27.5 %), como puede observarse en la Gráfica 77. Además, el 23.3 % de los hogares eran extensos (es decir, con uno o más parientes de la perso-

¹ Banco Mundial, Área de tierra (kilómetros cuadrados), *Banco de datos*. Disponible en <https://datos.bancomundial.org/indicador/AG.LND.TOTL.K2?locations=DO>

² CEPAL, Chile: perfil nacional socio-demográfico, *CEPALSTAT, Base de datos y publicaciones estadísticas*. Disponible en https://estadisticas.cepal.org/cepalstat/Perfil_Nacional_Social.html?pais=DOM&idoma=spanish

³ Banco Mundial, Población urbana (% del total), *Banco de datos*. Disponible en <https://datos.bancomundial.org/indicador/SP.URB.TOTL.IN.ZS?locations=DO>

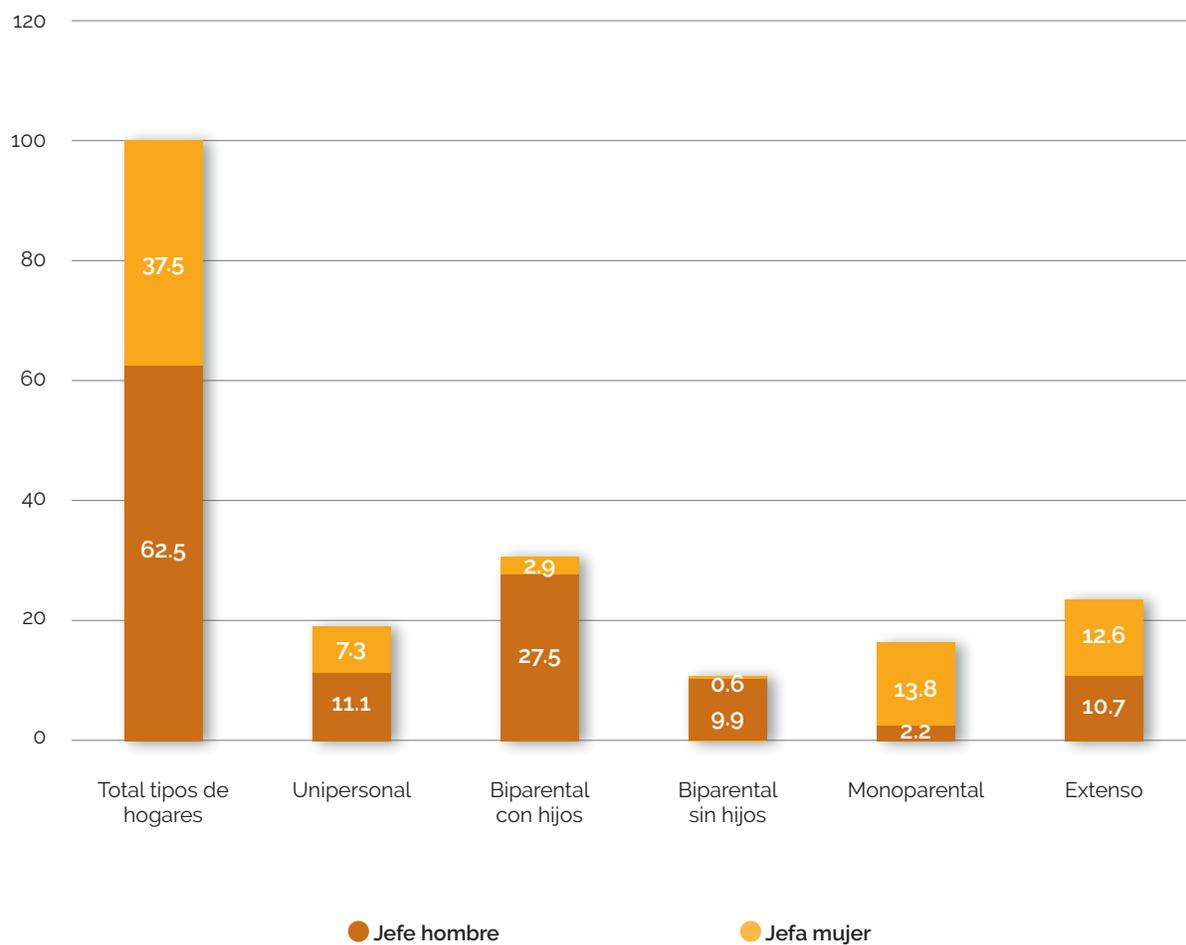
⁴ CEPAL, América Latina y el Caribe: Estimaciones y proyecciones de población. Disponible en <https://www.cepal.org/es/temas/proyecciones-demograficas/estimaciones-proyecciones-poblacion-total-urbana-rural-economicamente-activa>



na jefa del hogar), de los cuales, el 12.6 % tenía jefatura femenina. En tanto, los hogares monoparentales representaron el 16 % del total y —en

su gran mayoría— estaban encabezados por mujeres (13.8 %).⁵

Gráfica 77. Tipos de hogares por sexo del jefe de hogar en República Dominicana, 2018



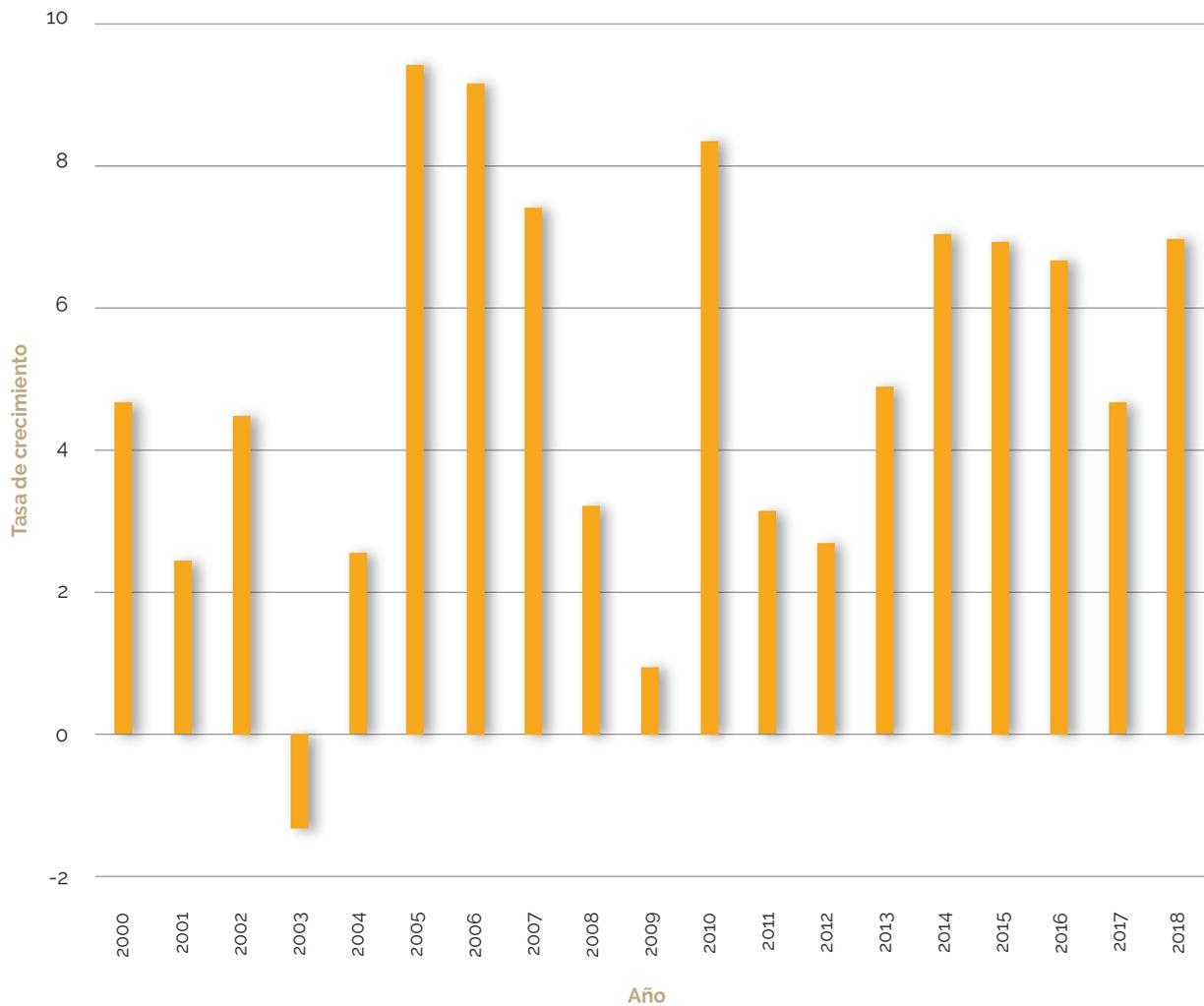
Fuente: Elaboración propia con información de CEPAL, *Tipos de hogares por sexo del jefe de hogar según área geográfica*, CEPALSTAT. Disponible en <https://cepalstat-prod.cepal.org/cepalstat/tabulador/ConsultaIntegrada.asp?idIndicador=2465&idioma=e>

⁵ CEPAL, *Tipos de hogares por sexo del jefe de hogar según área geográfica*, CEPALSTAT. Disponible en <https://cepalstat-prod.cepal.org/cepalstat/tabulador/ConsultaIntegrada.asp?idIndicador=2465&idioma=e>

Desde 2013, República Dominicana ha tenido un crecimiento económico superior al 4 %, con un máximo del 6.9 % en 2018, periodo que contrasta con la volatilidad del primer lustro de los 2000, en el que se tuvo un crecimiento negativo

del 1.3 % del PIB en 2003 (ver Gráfica 78). En 2018, el PIB per cápita ascendía a 8050.63 USD, por encima de Perú (6941.24 USD) y por debajo de Cuba (8821.82 USD), Brasil (9001.23 USD) o el promedio latinoamericano (9081.19 USD).⁶

Gráfica 78. Crecimiento del PIB en República Dominicana, 2000-2018



Fuente: Elaboración propia con datos del Banco Mundial, "Crecimiento del PIB (% anual)", *Banco de Datos*, 2020. Disponible en <https://datos.bancomundial.org/indicador/NY.GDP.MKTP.KD.ZG?locations=DO>

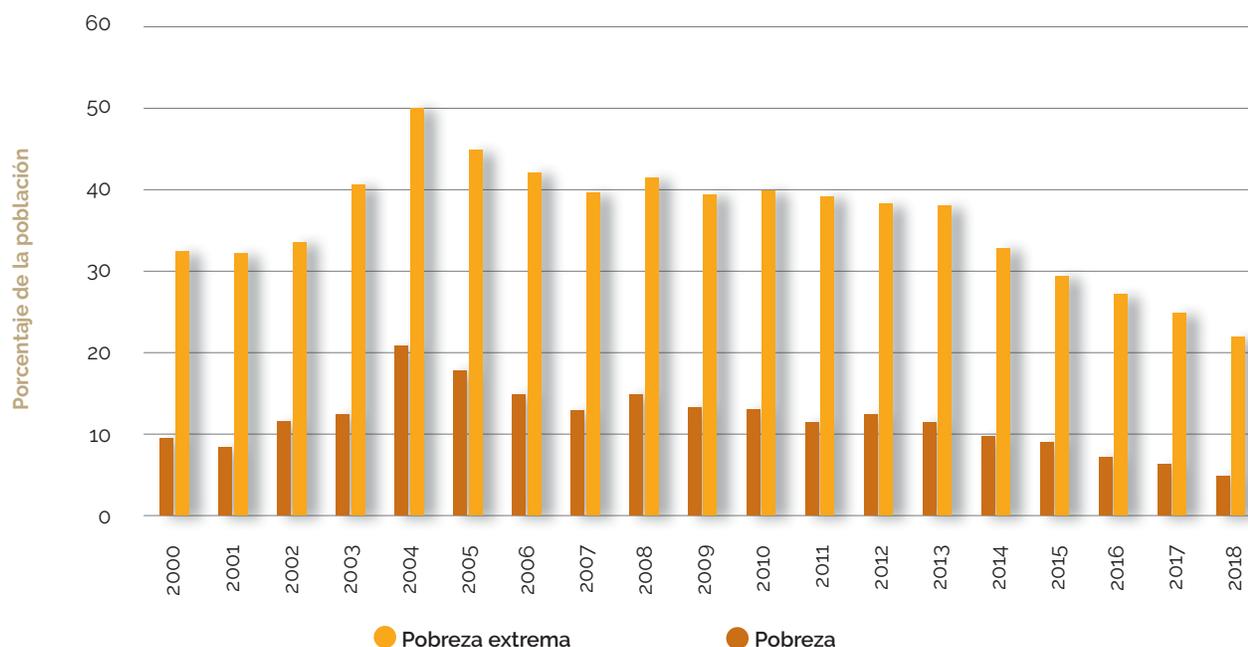
⁶ Banco Mundial, de PIB per cápita (US\$ a precios actuales), *Banco de Datos*, 2020. Disponible en <https://datos.bancomundial.org/indicador/NY.GDP.PCAP.CD?end=2019&start=1960&view=chart>

Según estimaciones de la CEPAL, basadas en una metodología de línea de ingresos, en 2018 el 22 % de la población vivía en condición de pobreza —el 21,5 % en el área urbana y el 24,3 % en la rural— y el 5 % en pobreza extrema —el 5 % en el área urbana y el 6,9 % en la rural— (ver Gráfica 79).⁷ Al respecto, el grupo de las personas menores de 14 años era el más afectado —el 36,1 % estaba en pobreza y el 9,2 %, en pobreza extrema—; seguido del grupo de entre 15 y 24 años, —el 21,6 % en pobreza y el 3,8 % en pobreza extrema—. El 20,7 % y el 5,1 %, respectivamente, de las personas de entre 25 y 34 años se encontraban en la misma situación. El grupo menos afectado fue el de las per-

sonas de 65 años o más —el 12 % en pobreza y el 2,5 % en pobreza extrema—. Asimismo, en ese año República Dominicana pertenecía a los países de desarrollo humano alto y ocupaba el lugar 94 de 189 países en el Índice de Desarrollo Humano.⁸

Desde 2015, sus niveles de pobreza son los más bajos registrados en las últimas dos décadas (2000-2018), en tanto que el máximo se alcanzó en 2003 (el 50 %). Esta reducción se relaciona con las altas tasas de crecimiento del PIB.⁹ Un aspecto notable es la disminución de la brecha entre el porcentaje de personas que están en condición de pobreza y quienes están en pobreza extrema, pues pasó del 20,8 % en 2003 al 7,2 % en 2015.

Gráfica 79. Población en condición de pobreza en República Dominicana, 2000-2018



Nota: Los datos de 2018 y 2017 no se obtuvieron, pero son de la misma fuente.

Fuente: Elaboración propia con información de CEPAL, Población en situación de pobreza extrema y pobreza según área geográfica, CEPALSTAT. Disponible en <https://cepalstat-prod.cepal.org/cepalstat/tabulador/ConsultaIntegrada.asp?idIndicador=3328&idioma=e>.

⁷ CEPAL, Población en situación de pobreza extrema y pobreza según área geográfica, CEPALSTAT. Disponible en <https://cepalstat-prod.cepal.org/cepalstat/tabulador/ConsultaIntegrada.asp?idIndicador=3328&idioma=e>.

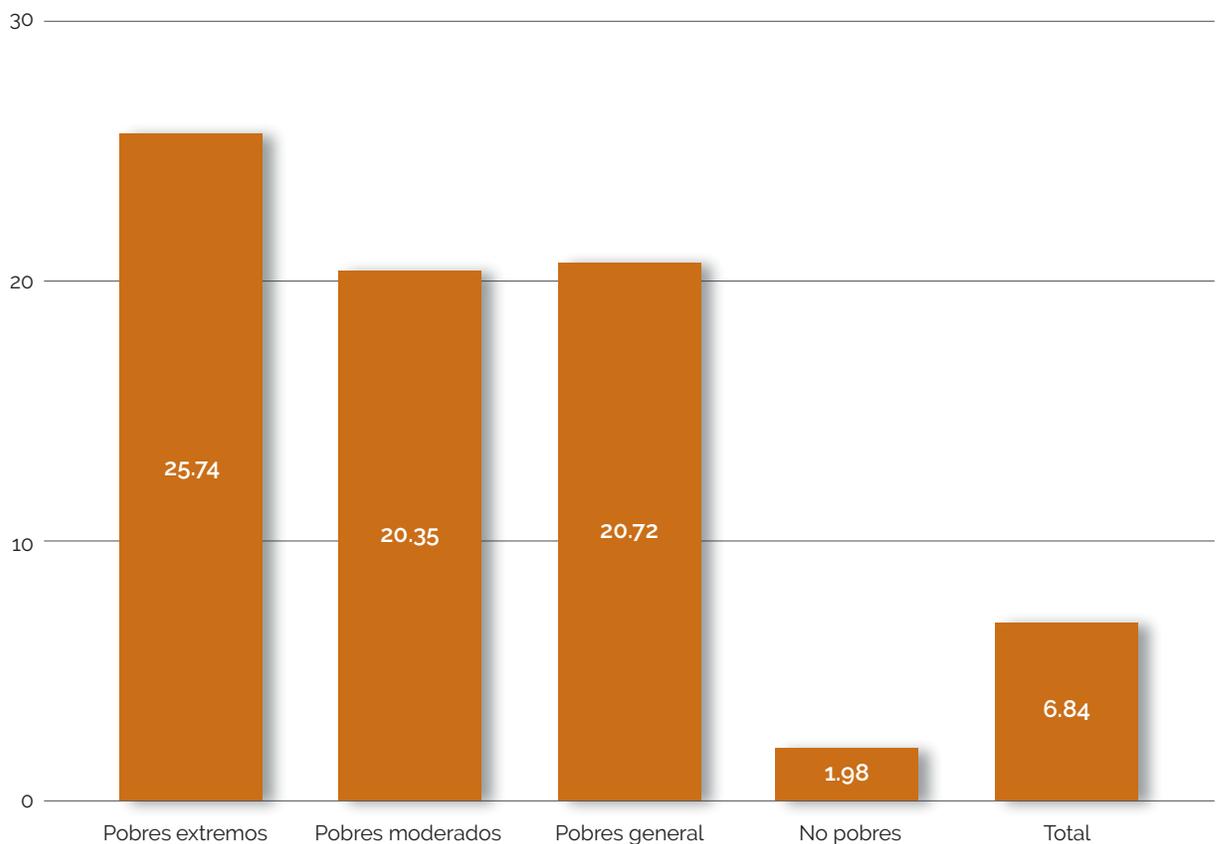
⁸ PNUD, Índice e indicadores de desarrollo humano. Actualización estadística de 2018, Nueva York, 2018.

⁹ Banco Mundial, «República Dominicana: panorama general», 13 de mayo de 2020. Disponible en <https://www.bancomundial.org/es/country/dominicanrepublic/overview>

No obstante, la pobreza es un problema multidimensional que trasciende la mera carencia de ingresos monetarios para cubrir el costo de las canastas básicas alimentarias definidas de manera normativa (mínimos necesarios vitales). De

acuerdo con la metodología multidimensional oficial de República Dominicana, en 2018, el 25 % de la población se encontraba en condición de pobreza extrema, el 20 % en pobreza moderada y el 20 % en pobreza en general (Gráfica 80).

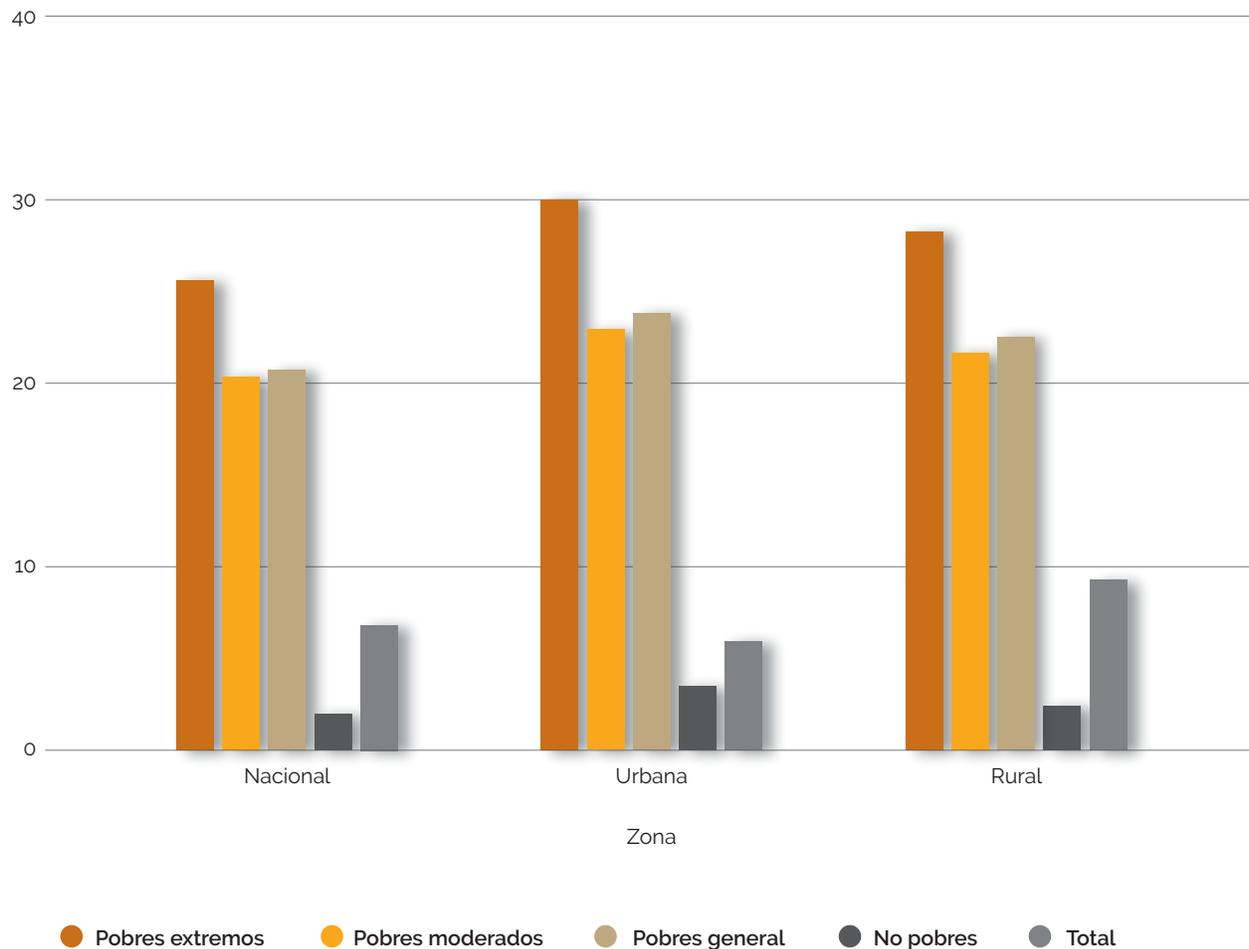
Gráfica 80. Pobreza multidimensional con factor ajustado por año, 2018



Fuente: Elaboración propia, a partir de datos de la Oficina Nacional de Estadística (ONE), Portal interactivo de Pobreza de la República Dominicana. Disponible <http://pip.one.gob.do/>

De igual manera, la pobreza multidimensional es más alta en zonas urbanas que en zonas rurales (Gráfica 81).

Gráfica 81. Pobreza multidimensional con factor ajustado por año, según zona y condición de pobreza, 2018

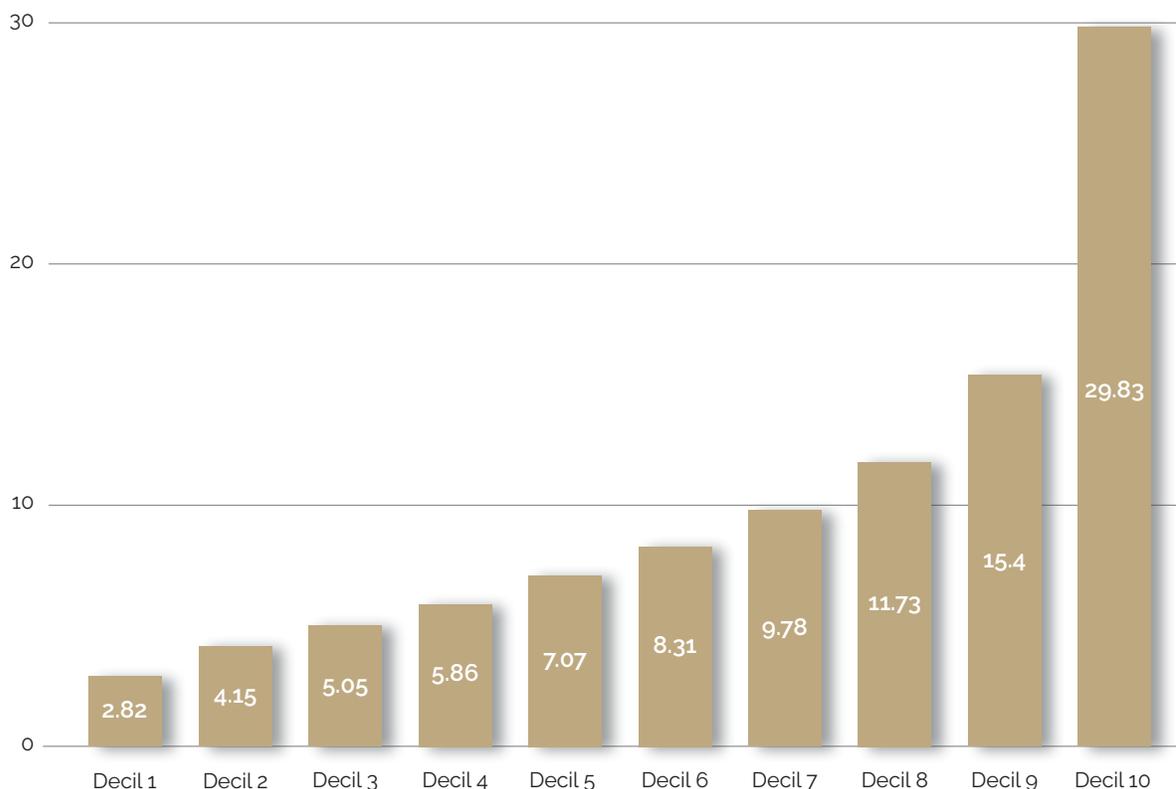


Fuente: Elaboración propia, a partir de datos de la Oficina Nacional de Estadística (ONE), Portal interactivo de Pobreza de la República Dominicana. Disponible en <http://pip.one.gob.do/>

En República Dominicana existe una importante desigualdad en la distribución del ingreso pues mientras la población con el 10 % de los ingresos más altos (decil 10) concentra el 29,8 %

del total de la riqueza, la población con el 10 % de ingresos más bajos (decil 1) apenas concentra el 2,8 %, es decir, 10 veces menos (ver Gráfica 82).

Gráfica 82. Estructura del ingreso por decil, 2018



Fuente: Elaboración propia, a partir de datos de la Oficina Nacional de Estadística (ONE), Portal interactivo de Pobreza de la República Dominicana. Disponible en <http://pip.one.gob.do/>

Además, la tasa de participación en la fuerza de trabajo en 2019 fue del 65.2 % de la población total mayor a 15 años; el 78.5 % en el caso de los hombres y del 52.8 % en el de las mujeres.¹⁰ En cuanto al desempleo, éste era del 6.2 % —el 9.3 % para mujeres y el 3.9 % para hombres—. ¹¹

Por último, en República Dominicana, según datos de la OPS, en 2013, la tasa de muertes por enfermedades no transmisibles fue de 422 por cada 100 000 habitantes, y de 100.7 para las enfermedades transmisibles.¹²

¹⁰ Banco Mundial, Tasa de participación en la fuerza laboral (% de la población total mayor de 15 años) (estimación nacional), *Banco de datos*.

Total, disponible en <https://datos.bancomundial.org/indicador/SL.TLF.CACT.NE.ZS?locations=DO>

Hombres, disponible en <https://datos.bancomundial.org/indicador/SL.TLF.CACT.MA.NE.ZS?locations=DO>

Mujeres, disponible en <https://datos.bancomundial.org/indicador/SL.TLF.CACT.FE.NE.ZS?locations=DO>

¹¹ CEPAL, Tasa de desocupación por sexo, *CEPALSTAT*. Disponible en <https://cepalstat-prod.cepal.org/cepalstat/tabulador/ConsultaIntegrada.asp?idIndicador=127&idioma=e>

¹² OPS, *PLISA Plataforma de Información en Salud para las Américas*. Disponible en <https://www.paho.org/data/index.php/es/visualizacion-de-indicadores.html>.

7.2. Resultados *de República Dominicana en los índices de presión, cobertura, eficacia y desempeño*

En esta sección se describen las tendencias particulares de República Dominicana en los indicadores que integran los índices de presión, cobertura, eficacia y desempeño de la seguridad social. En la Tabla 37 se presenta el resumen de los indicadores incluidos en los índices.

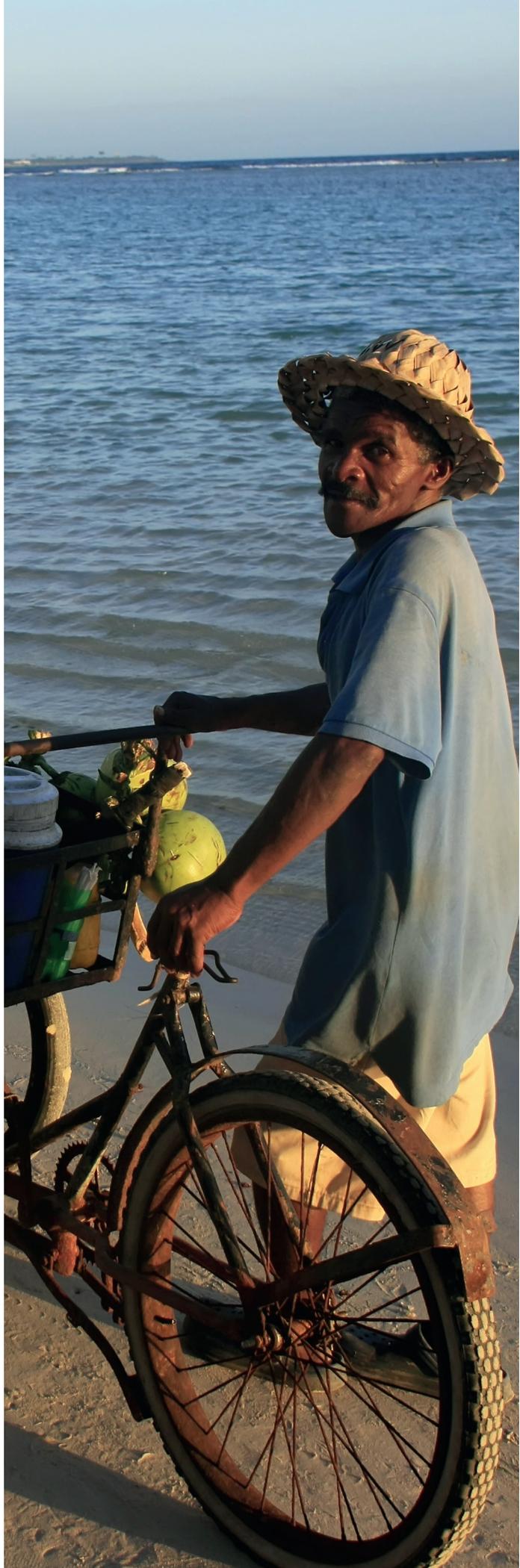


Tabla 37. Indicadores de presión, cobertura y eficacia de la seguridad social para República Dominicana

Índices	Indicadores	2000	2010	2018
Presión	Población de 65 años o más como porcentaje de la población total	4.81	5.85	7.08
	Población urbana como porcentaje de la población total	61.75	73.75	81.07
	Empleo en servicios como porcentaje del empleo total	59.76	69.10	70.95
	Tasa de desempleo	6.43	5.21	5.86
Presión Específica	Población rural como porcentaje de la población total	38.25	26.25	18.93
	Tasa de crecimiento poblacional	1.52	1.23	1.08
	Razón de dependencia demográfica	65.89	57.39	53.99
	Trabajadores familiares que contribuyen	1.64	1.93	1.82
	Tasa de informalidad	48.00	48.50 (2009)	56.30 (2016)
Cobertura	Partos atendidos por personal capacitado	97.80 (2002)	96.90 (2009)	99.80 (2016)
	Porcentaje de personas de 65 años o más que reciben una pensión	14.70	14.70	15.2 (2017)
	Gasto del gobierno en salud como porcentaje del PIB	1.71	2.52	2.82 (2017)
	Gasto público en protección social como porcentaje del PIB	0.79	1.76	1.53
Eficacia	Tasa de participación laboral de las personas de 65 años o más	25.86	21.74	27.16
	Tasa de mortalidad infantil	33.10	28.20	24.10
	Gasto de bolsillo como porcentaje del gasto total en salud	55.32	43.92	44.74 (2017)
	Población de 65 años o más en situación de pobreza	24.10	31.20	12.10

Fuente: Elaboración propia con información de la base de datos construida para el análisis del ISSBA.



7.2.1. Índices de Presión (IP) y de Presión Específica (IPE)

En cuanto a la presión, se elaboraron dos índices: el IP, que da cuenta de la presión que ejercen factores demográficos y laborales para que los sistemas de seguridad social amplíen su cobertura, y el IPE, que refiere a factores relacionados con una alta exclusión del sistema. En el IP, República Dominicana ocupó el lugar 9 de 19 en el año 2009, por lo que perteneció al estrato medio. En 2016, pasó a la posición 8, con lo que se mantuvo en el mismo grupo, lo que muestra cierto incremento de la urbanización, el envejecimiento, el empleo en servicios y el desempleo durante los años de estudio. Es decir, aumentó la demanda al sistema de seguridad social, lo cual requiere un incremento en su cobertura.

En cuanto al IPE, República Dominicana se posicionó en el lugar 11 de 18 en 2016 (único año para este índice), por lo que estuvo en el estrato bajo. Eso indica que hay una baja presencia de los factores vinculados con la exclusión de la seguridad social. En este caso, pese a que hay incrementos en los indicadores de mercados laborales,

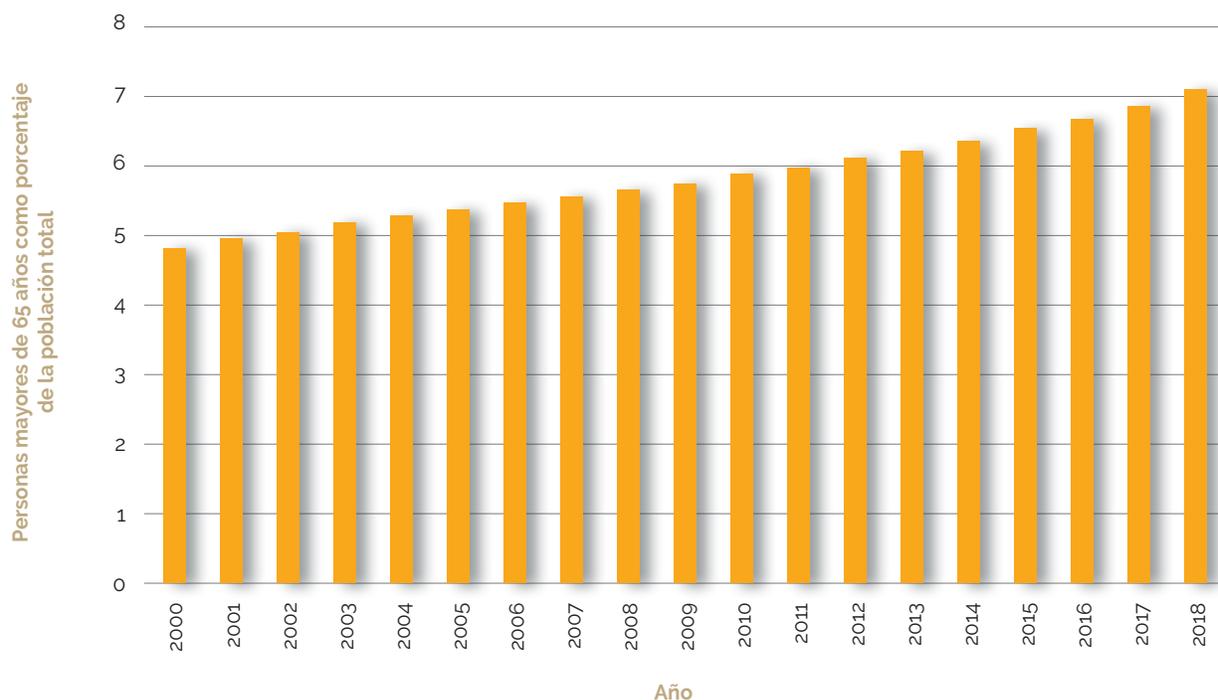
en los relacionados con la dinámica poblacional hay decrementos, por lo que la presión capturada en el IPE es baja. A continuación, se describen las tendencias en los indicadores que integran los índices de presión.

En ambos índices se incluyen variables que dan cuenta del proceso de envejecimiento de República Dominicana. En el IP se utilizó la proporción de población de 65 años o más, la cual, durante el periodo de estudio, incrementó a un ritmo promedio anual del 2.2 %; en el año 2000 representaba el 4.8 % y en el 2018 alcanzó el 7 % del total. Por su parte, en el IPE se incluyó la tasa de crecimiento poblacional y la razón de dependencia demográfica. Como puede observarse en la Tabla 37, entre el año 2000 y 2018 disminuyó el crecimiento poblacional del 1.52 % al 1.08 %, y la población en edades inactivas, del 65.89 % al 53.99 %. Este proceso de envejecimiento se acentúa por el aumento de la esperanza de vida y la disminución de la fecundidad, que, entre los quinquenios 2000-2005 y 2020-2025, pasaron de 70.1 a 73.8 años, y de 2.75 a 2.36 hijos por mujer, respectivamente.¹³

¹³ CEPAL, "Estadísticas e Indicadores", 2020. Indicadores: Tasa global de fecundidad - Esperanza de vida al nacer. Disponibles en <https://cepalstat-prod.cepal.org/cepalstat/tabulador/ConsultaIntegrada.asp?idIndicador=37&idioma=e> <https://cepalstat-prod.cepal.org/cepalstat/tabulador/ConsultaIntegrada.asp?idIndicador=38&idioma=e>



Gráfica 83. Personas mayores de 65 años como porcentaje de la población total en República Dominicana, 2000-2018

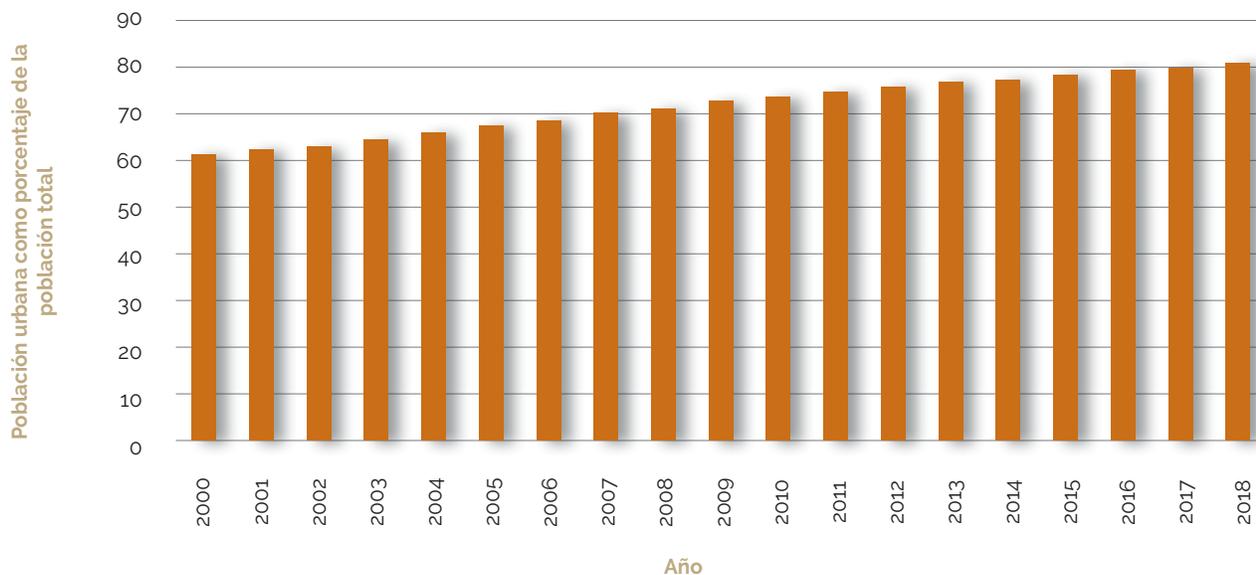


Fuente: Elaboración propia con información del Banco Mundial, "Población de 65 años y más (% del total)", Banco de Datos, 2020. Disponible en <https://datos.bancomundial.org/indicador/SP.POP.65UP.TO.ZS>

Entre el año 2000 y 2018, como puede observarse en la Gráfica 84, la población que habita en zonas urbanas pasó del 61 % al 81 %, lo que re-

presenta un crecimiento promedio anual del 1.5 %. Por consiguiente, la población rural presentó un descenso, del 38.3 % al 18.9 % (ver Tabla 37).

Gráfica 84. Población urbana como porcentaje de la población total en República Dominicana, 2000-2018



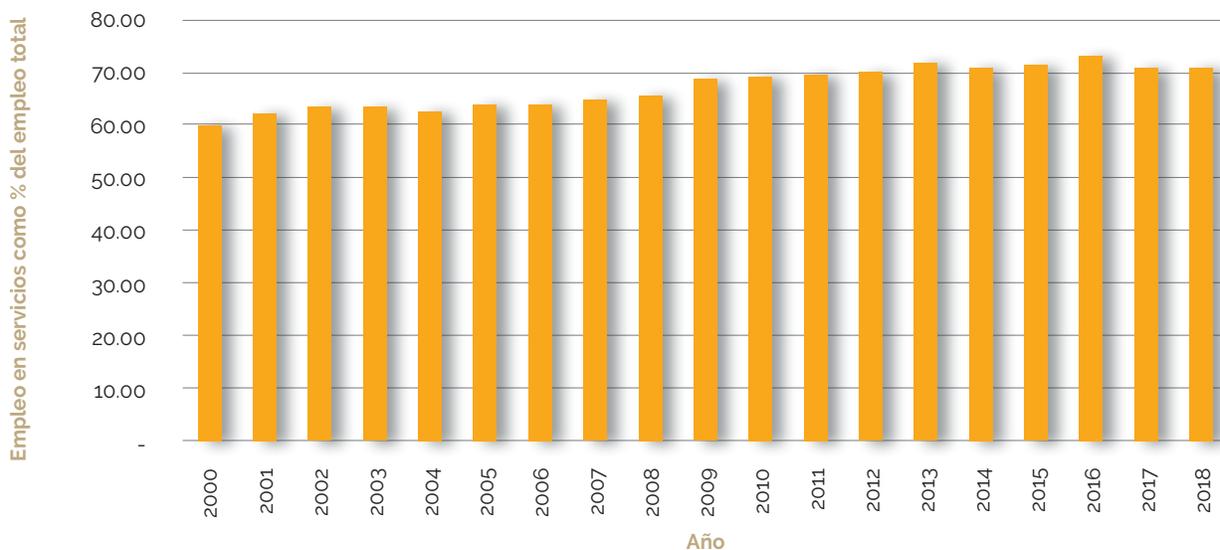
Fuente: Elaboración propia con información del Banco Mundial, "Población urbana (% de la población total)", Banco de Datos, 2020. Disponible en <https://datos.bancomundial.org/indicador/SP.URB.TOTLIN.ZS>

Durante el periodo 2000-2018, el empleo en servicios incrementó del 60 % al 71 % del empleo total, a un ritmo de crecimiento promedio de 0.96 % anual. Asimismo, en la Gráfica 86 se pueden observar los altibajos de la tasa de desempleo. En el año 2000 representaba el 6.43 % y en

2001 se dio una de las mayores tasas de desempleo del periodo equivalente a 7.26 %, la cual disminuyó hasta llegar a la menor cifra, de 4.76 % en 2008. A partir de este año, el desempleo comenzó a subir hasta alcanzar un máximo de 7.61 % en 2015 y bajar a 5.86 en el 2018.

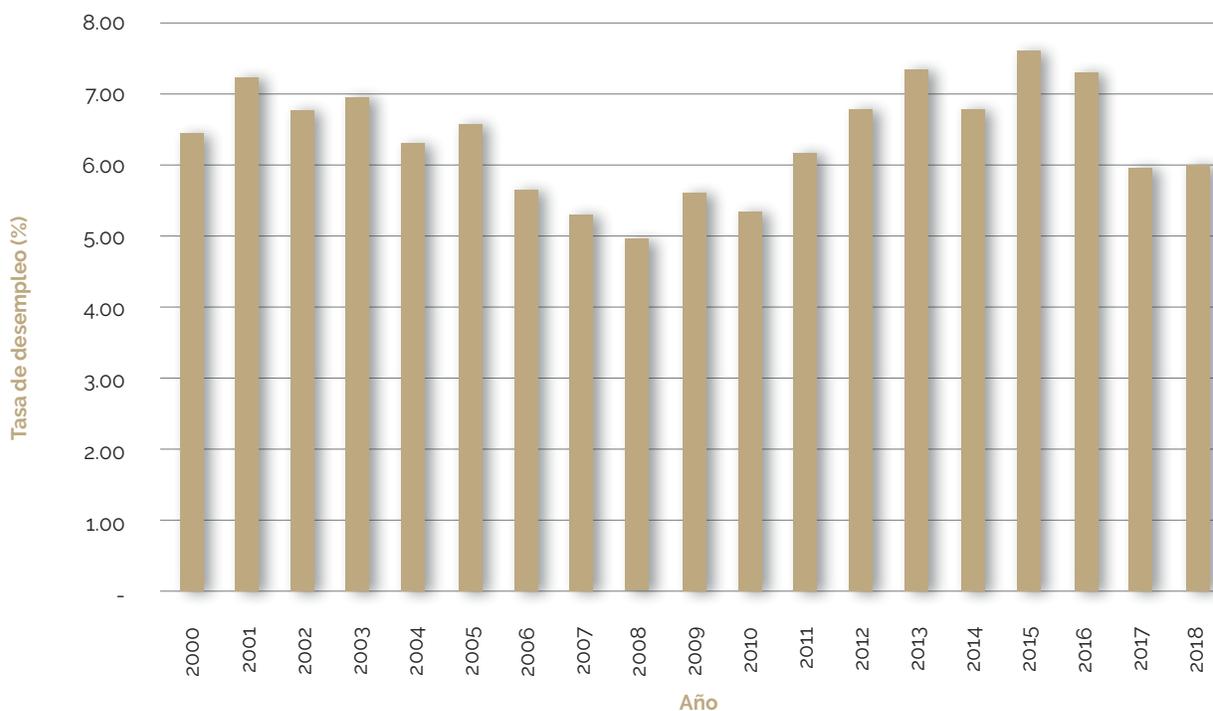


Gráfica 85. Empleo en servicios como porcentaje del empleo total en República Dominicana, 2000-2018



Fuente: Elaboración propia con información del Banco Mundial, "Empleos en servicios (% del total de empleos)", *Banco de Datos*, 2020. Disponible en <https://datos.bancomundial.org/indicador/SL.SRV.EMPL.ZS>

Gráfica 86. Tasa de desempleo en República Dominicana, 2000-2018



Fuente: Elaboración propia con información de OIT, "Tasa de desempleo por sexo y edad (%) anual", *ILOSTAT*, 2020. Disponible en https://www.ilo.org/shinyapps/bulkexplorer31/?lang=en&segment=indicador&id=UNE_DEAP_SEX_AGE_RT_A



En cuanto los indicadores del IPE, entre 2000 y 2016, la informalidad laboral aumentó del 48 % al 56.3 %, y la proporción de trabajadores familiares que contribuyen se incrementó del 1.64 % al 1.82 % entre 2000 y 2018. Ambos indicadores refieren a grupos de población que suelen ser excluidos de los esquemas de seguridad social.

7.2.2. Índice de Cobertura (IC)

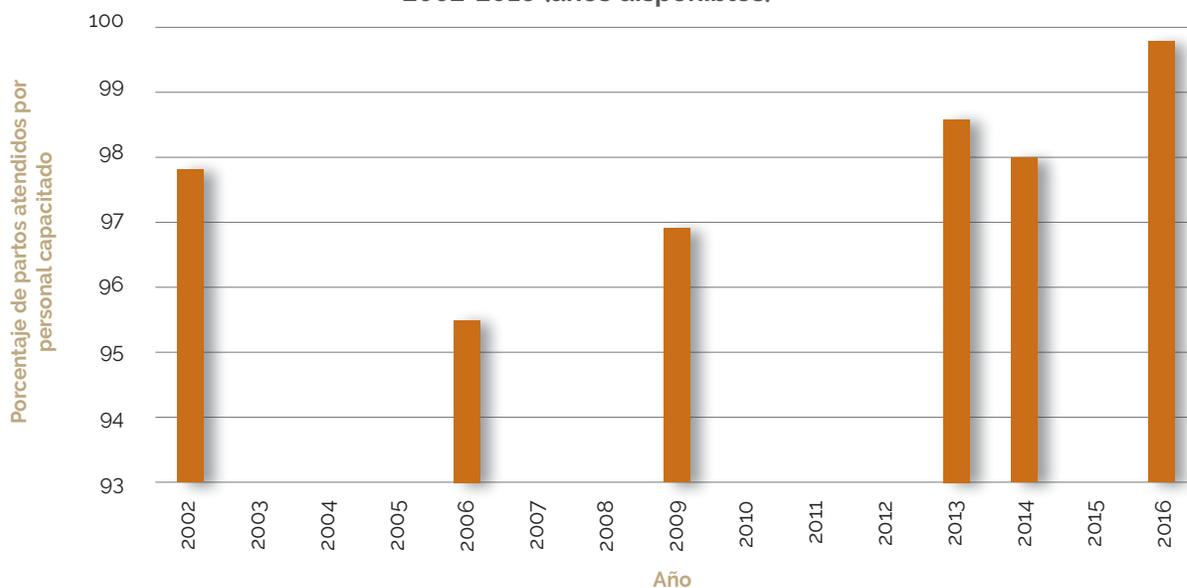
Por su IC, en el año 2009 República Dominicana se posicionó en el lugar 14 de 19, y en 2016 descendió al lugar 17, por lo que pasó del estrato bajo al muy bajo. Es probable que estos cambios se deban principalmente a que no aumentó su cobertura de pensiones —se mantuvo entre el 14.9 % y el 14.8 %— y disminuyó su gasto en protección social al pasar del 2.1 % en 2009 al 1.8 % en 2016.

El IC se compone de dos elementos, uno relativo a la salud y otro a las pensiones. El de salud está integrado por los indicadores de partos atendidos por personal capacitado y gasto del gobier-

no en salud; el de las pensiones incluye el porcentaje de personas de 65 años o más que recibe una pensión y el gasto del gobierno en protección social. A continuación, se describen las tendencias en estos indicadores.

Como puede observarse en la Gráfica 87, la atención de partos por personal capacitado fue alta. En 2002 era del 97.8 %, pero en 2006 cayó al 95.5 % y posteriormente tuvo un crecimiento constante hasta llegar al 100 % en 2016. El periodo analizado da cuenta de una alta cobertura que coincide con el incremento en el gasto en salud de los últimos años. En la Gráfica 88 puede observarse que, entre 2000 y 2017, el gasto del gobierno en salud aumentó de manera considerable, pues tuvo un crecimiento promedio anual del 2.9 %. En el año 2000 fue del 1.7 % del PIB, entre 2002 y 2006 tuvo su mayor caída, para después recuperarse y llegar al 2.8 % del PIB en 2017 —casi el doble que en el año 2000—. En términos generales, el incremento del gasto en salud puede asociarse al crecimiento económico de República Dominicana de los últimos años, presentado, más atrás, en la Gráfica 78.

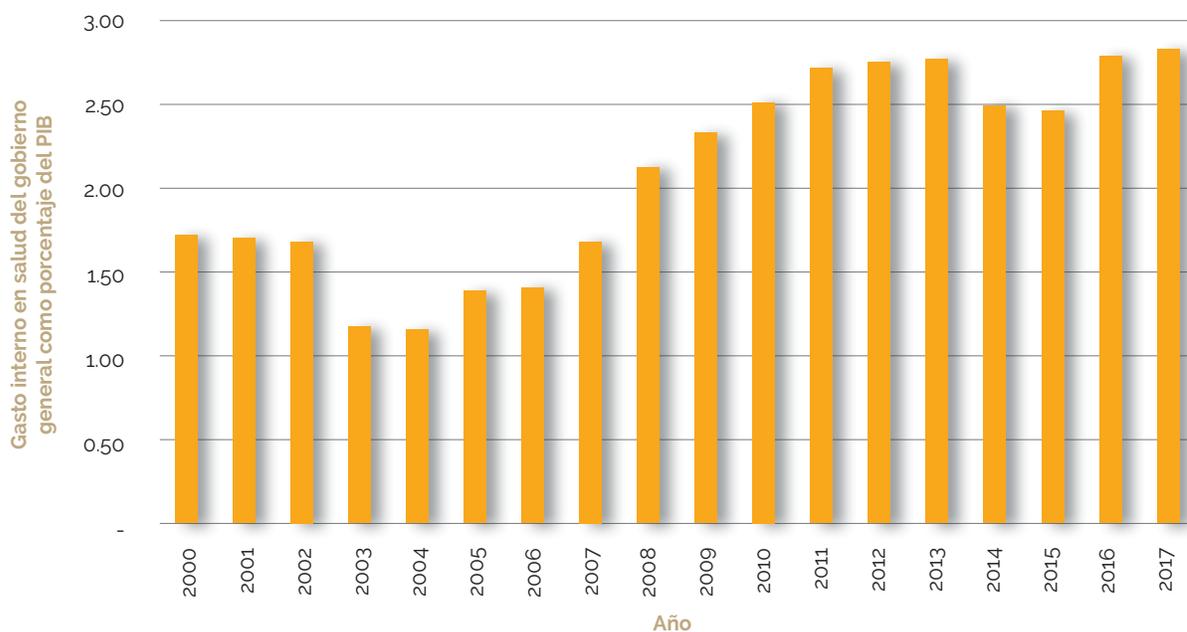
Gráfica 87. Partos atendidos por personal capacitado en República Dominicana, 2002-2016 (años disponibles)



Nota: No hay datos para los años faltantes.

Fuente: Elaboración propia con información del Repositorio de datos del Observatorio Mundial de Salud, "Partos atendidos por personal entrenado". Disponible en <https://apps.who.int/gho/data/view.main.GSWCAH0zv>

Gráfica 88. Gasto del gobierno en salud como porcentaje del PIB en República Dominicana, 2000-2017

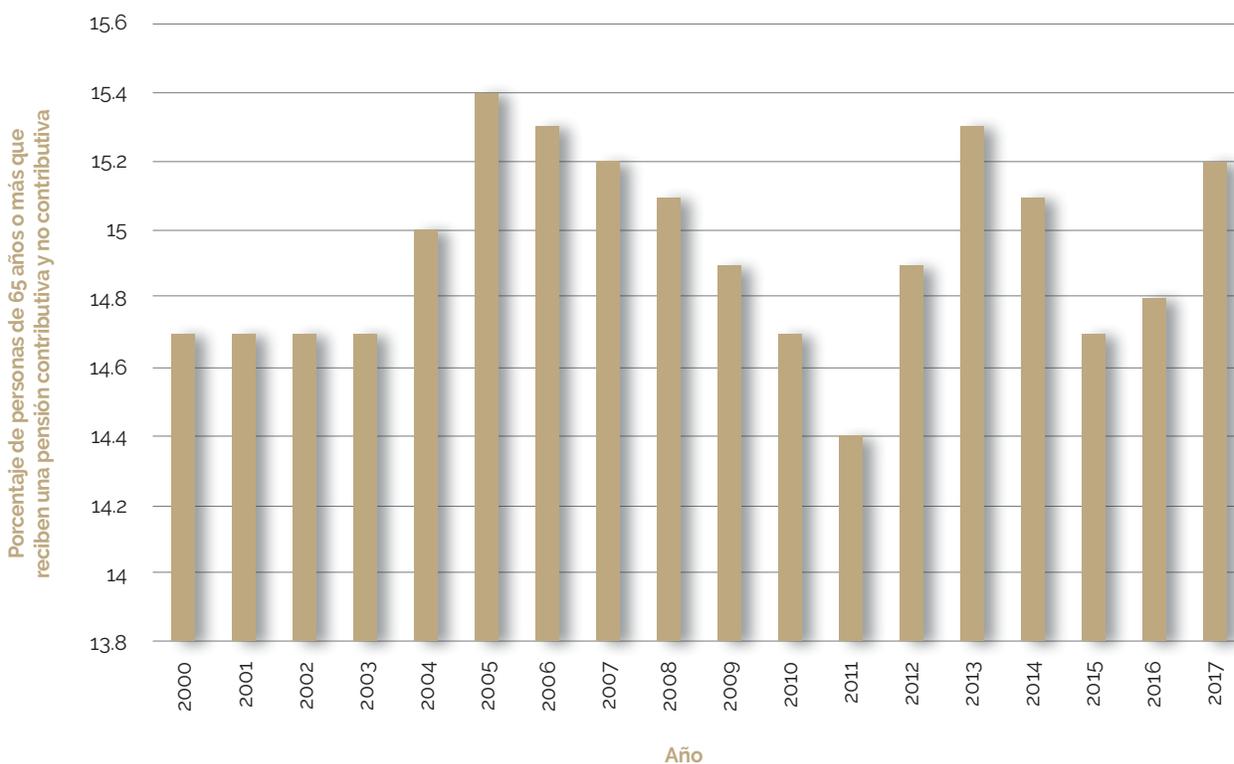


Fuente: Elaboración propia con información del Banco Mundial, "Gasto interno en salud del gobierno general (% del PIB)", *Banco de Datos*, 2020. Disponible en <https://data.worldbank.org/indicator/SH.XPD.GHED.GD.ZS>

La cobertura del sistema de pensiones fue muy baja durante el periodo de estudio: como mínimo, otorgó beneficios al 14.4 % (2011) de las personas de 65 años o más y, como máximo, al 15.4 % (2005). En el año 2000 cubría al 14.7 % de las personas de 65 años o más y en 2017 apenas aumentó a 15.2 %. Conviene mencionar que hasta 2019 comenzaron a otorgarse pensiones solida-

rias —las del régimen subsidiado que estableció la Ley de Seguridad Social de 2001— financiadas en su totalidad por el Estado mediante impuestos generales. Previamente, República Dominicana era uno de los cuatro países de la región latinoamericana que no tenía un programa nacional de pensiones no contributivas, junto con Haití, Honduras y Nicaragua.

Gráfica 89. Porcentaje de personas de 65 años o más que reciben una pensión contributiva y no contributiva en República Dominicana, 2000-2017

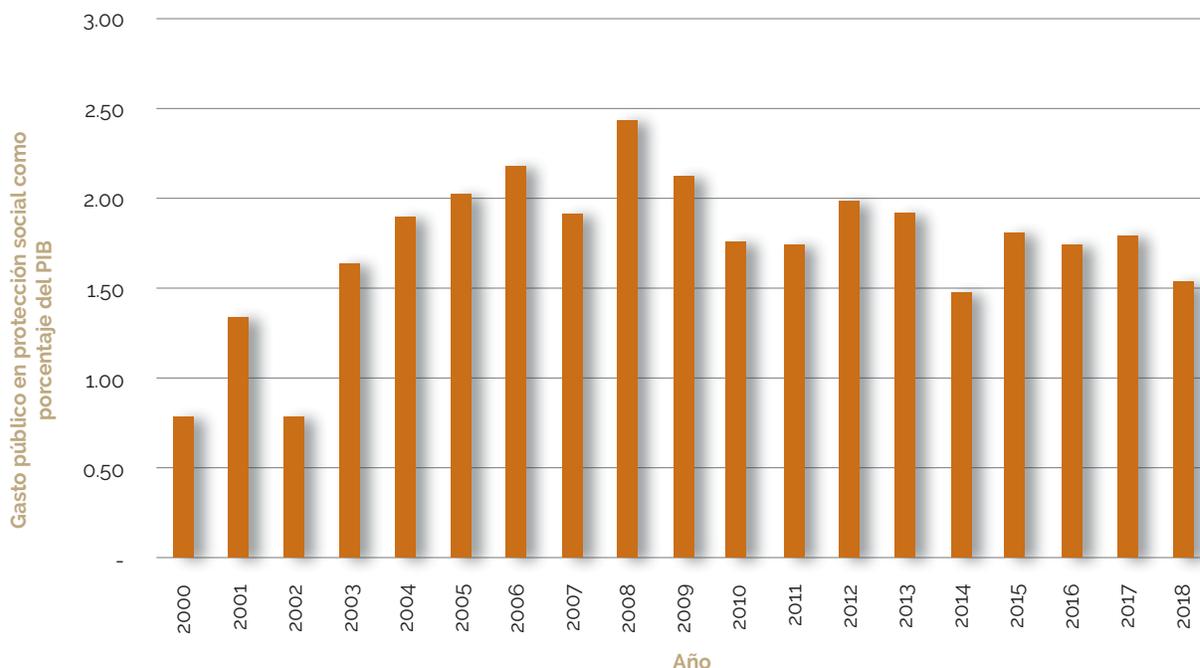


Fuente: Elaboración propia con información de Alberto Arenas de Mesa, *Los sistemas de pensiones en la encrucijada. Desafíos para la sostenibilidad en América Latina*, Santiago de Chile, 2019.

Asimismo, en la Gráfica 90 se observa que hubo cierta volatilidad en el gasto público en protección social, que, pese a seguir siendo bajo al terminar el periodo de estudio (quedó como el sexto menor de entre los países estudiados), tuvo un crecimiento considerable. Cabe mencionar tam-

bién que presentó picos especialmente altos en el 2004 (1.9 %) —año en que comenzaron algunas reformas al sistema de protección social que se detallan más adelante—, y en 2005 (2 %) —cuando se creó el programa Solidaridad, que actualmente se denomina Progresando con Solidaridad (Prosoli)—.

Gráfica 90. Gasto público en protección social como porcentaje del PIB en República Dominicana, 2000-2018



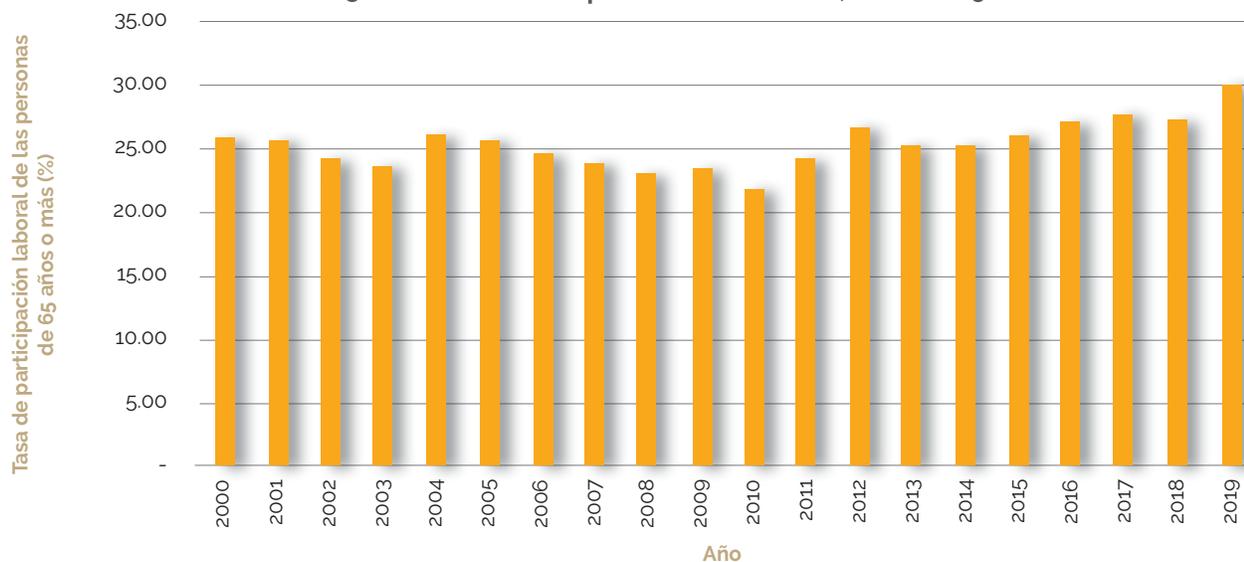
Fuente: Elaboración propia "Gasto público según clasificación por funciones del gobierno (en porcentajes del PIB)", 2020. Disponible en <https://cepalstat-prod.cepal.org/cepalstat/tabulador/ConsultaIntegrada.asp?idIndicador=3127&idioma=e>

7.2.3. Índice de Eficacia (IE)

Para el IE, en el año 2009, República Dominicana se posicionó en el lugar 17 de 19 y en el estrato de eficacia muy baja. En 2016 subió al lugar 16, por lo que se mantuvo en el mismo grupo. El IE da cuenta de dos componentes: uno relacionado con la protección del ingreso en la vejez y otro con los resultados en salud. El primero incluye la participación laboral de las personas de 65 años o más y la proporción de personas de este grupo etario en situación de pobreza. El segundo incluye la mortalidad infantil y el gasto de bolsillo. A continuación, se describen las tendencias en los indicadores que integran el índice de eficacia.

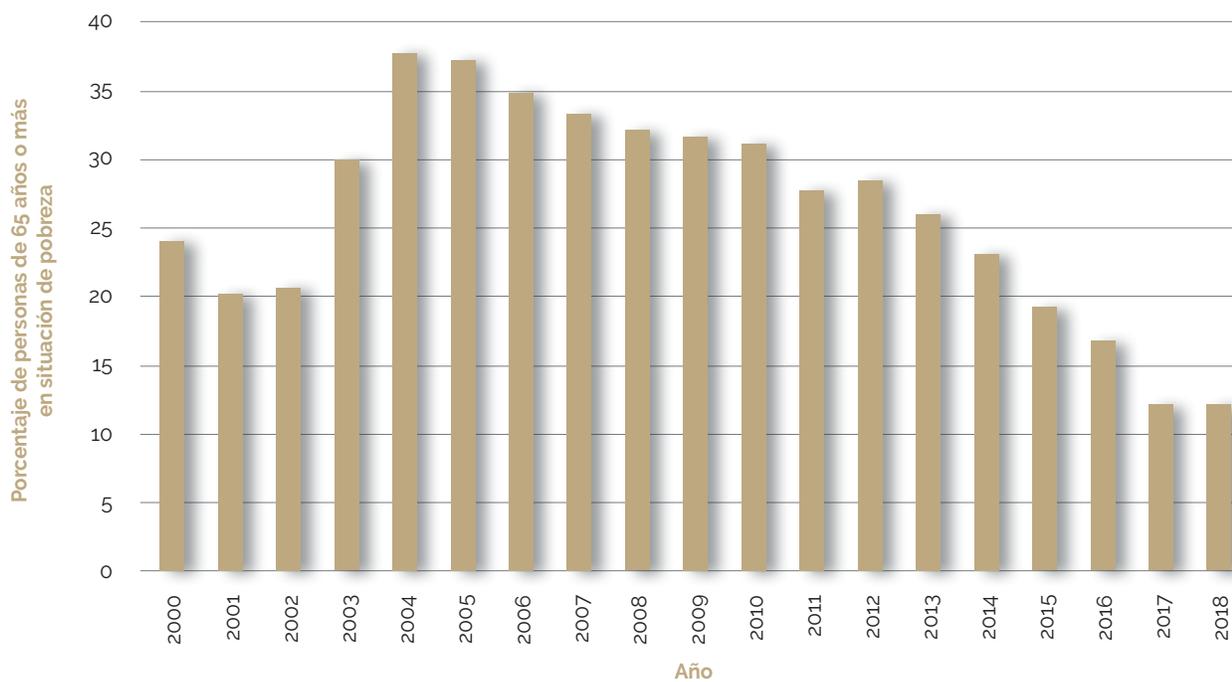
En cuanto a la protección del ingreso en la vejez, en la Gráfica 91 se observa la tasa de participación laboral de las personas de 65 años o más, que se ha incrementado en los últimos años. En el 2000 era del 25.9 %, en 2010 disminuyó al 21.7 % y en 2019 alcanzó un máximo del 30.2 %, lo cual puede asociarse con el incremento de la población de 65 años y más, así como con el aumento de la esperanza de vida. Asimismo, los niveles de pobreza de esta población disminuyeron a la mitad entre el 2000 y 2018, del 24.1 % al 12.1 %. El mayor pico de pobreza fue en 2004, pues alcanzó el 37.6 % de personas adultas mayores —año en que se recuperaba la economía de la caída del PIB de 2003—. Esto fue un aumento de casi 14 puntos porcentuales con respecto del año 2000 (ver Gráfica 92).

Gráfica 91. Tasa de participación laboral de las personas de 65 años o más en República Dominicana, 2000-2019



Fuente: Elaboración propia con base en ILO, "Labour Force Participation rate by sex and age (%) -Annual", ILOSTAT, 2020. Disponible en https://www.ilo.org/shinyapps/bulkexplorer15/?lang=en&segment=indicator&id=EAP_DWAP_SEX_AGE_RT_A

Gráfica 92. Porcentaje de personas de 65 años o más en situación de pobreza en República Dominicana, 2000-2018

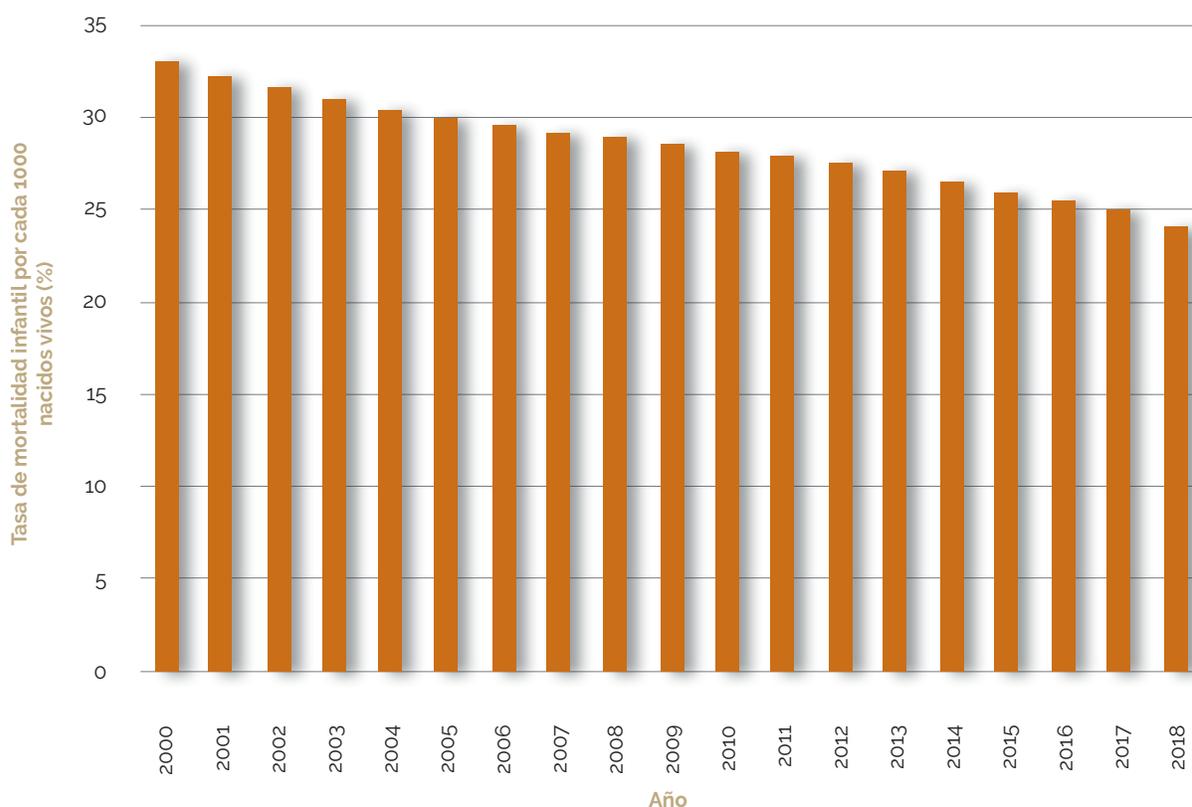


Fuente: Elaboración propia con información de CEPAL, "Población en situación de pobreza extrema y pobreza según edad, sexo y área geográfica", CEPALSTAT, 2020. Disponible en <https://cepalstat-prod.cepal.org/cepalstat/tabulador/ConsultaIntegrada.asp?idIndicador=3341&idioma=e>

En el ámbito de la salud, como puede observarse en la Gráfica 93, la tasa de mortalidad infantil descendió de manera continua durante el periodo, a un ritmo promedio anual del 1.75 %. En 2000 había 33.1 defunciones por cada 1000 nacimientos vivos, mientras que en 2018 disminuyó a

24.1. Cabe señalar que, aunque la mortalidad infantil fue menor con el tiempo, las proporciones de defunciones aún son altas, ya que en el 2018 República Dominicana fue el país con mayor tasa de mortalidad del continente, seguido por Bolivia y Guatemala.

Gráfica 93. Tasa de mortalidad infantil en República Dominicana, 2000-2018



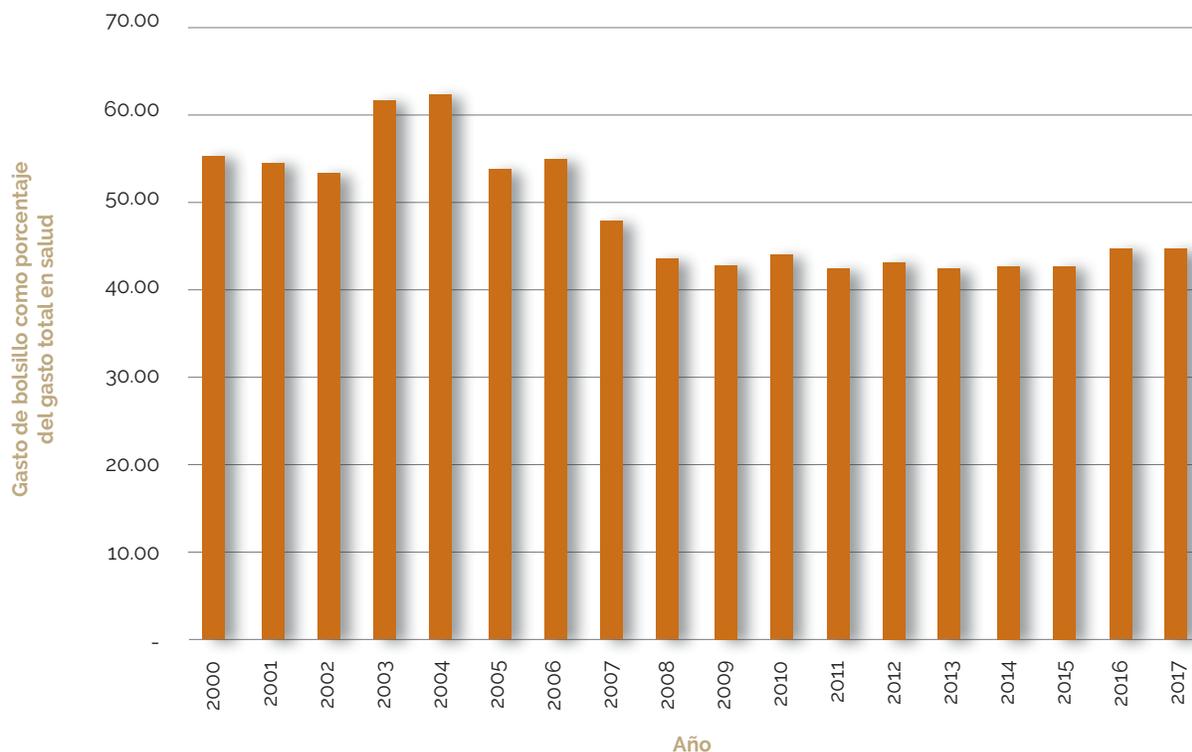
Fuente: Elaboración propia con información del Banco Mundial, "Tasa de mortalidad infantil", *Indicadores de Desarrollo del Banco Mundial*, 2000-2018. Disponible en <https://databank.bancomundial.org/source/world-development-indicators>

El gasto de bolsillo es muy alto en República Dominicana (ver Gráfica 94), aunque ha tenido un ligero descenso durante las décadas de estudio. En el año 2000 era del 55.3 % y en el 2004 aumentó hasta el 62 %, posteriormente empezó a disminuir hasta el 44.7 % en 2017. Esto puede explicarse por el régimen subsidiado, que comenzó opera-

ciones en 2003 y funge como una Administradora de Riesgos de Salud (ARS) para la población en situación de vulnerabilidad, definida en la Ley N° 87-01 como "los trabajadores autoempleados con ingresos inestables o por debajo del salario mínimo, así como los desempleados, discapacitados e indigentes".¹⁴

¹⁴ Artículo 7 de la Ley N° 87-01. Disponible en http://www.sisalril.gov.do/pdf/leyes/ley_no_87-01.pdf

Gráfica 94. Gasto de bolsillo como porcentaje del gasto total en salud en República Dominicana, 2000-2017



Fuente: Elaboración propia con información del Banco Mundial, "Gasto de bolsillo (% del gasto en salud)", *Banco de Datos*, 2020. Disponible en <https://datos.bancomundial.org/indicador/SH.XPD.OOPC.CH.ZS>

7.2.4. Índice de Desempeño de los Sistemas de Seguridad Social (IDSSS)

Por su IDSSS, en 2009 República Dominicana se ubicó en el lugar 14 de 19, y en 2016 subió a la posición 12; en ambos años se mantuvo en el estrato de desempeño bajo. Esto se debe a que tuvo un IP medio en los dos años, pero un IC bajo en 2009 y muy bajo en 2016 —debido a que su cobertura de pensiones contributivas y no contributivas alcanzó a apenas al 15.4 % de las personas de 65 años o más en su mejor año y su gasto en salud y protección social fue de los menores entre los países de estudio—. Asimismo, su IE fue también

muy bajo en ambos años, y aunque en general tuvo mejoras en sus indicadores de eficacia, persisten grandes desafíos. Por ejemplo, su gasto de bolsillo fue alto, de entre el 44 % y el 62 %; además fue el país con mayor tasa de mortalidad infantil: aún en 2018 hay 24 defunciones por cada 1000 nacidos vivos; de igual manera, tiene una tasa alta de participación laboral y de pobreza entre las personas de 65 años o más. En cuanto al Índice de Desempeño Específico de los Sistemas de Seguridad Social (IDESSS), el cual incorpora el IPE, también ubica a República Dominicana en el estrato bajo. Es decir, tiene retos importantes para cubrir a sectores hasta hoy desprotegidos y para mejorar su eficacia.

7.3. Cobertura del sistema de seguridad social

7.3.1. Descripción del sistema actual

En términos normativos, el actual SDSS es de carácter universal, obligatorio, solidario, plural e integral, para la protección contra los riesgos de vejez, discapacidad, cesantía por edad avanzada, sobrevivencia, enfermedad, maternidad, infancia y riesgos laborales. Es decir, legalmente, el sistema brinda protección en las nueve ramas señaladas por el Convenio 102 de la OIT. Sin embargo, hasta la fecha no se ha instaurado un mecanismo institucional para garantizar la protección contra el desempleo.

El Estado es el responsable exclusivo de la dirección, la regulación, el financiamiento y la supervisión. Así, el sistema se organiza con base en distintas instituciones que desempeñan cada una de estas funciones; en tanto, pueden participar organizaciones privadas en la administración y provisión de las prestaciones. Algunos de los organismos públicos que rigen el sistema son:

- * El Consejo Nacional de Seguridad Social (CNSS), que se encarga de la rectoría y regulación del sistema, así como de garantizar la expansión de la cobertura.



- * La Tesorería de la Seguridad Social (TSS), que se encarga de recaudar los recursos financieros del sistema, distribuir y pagar a los distintos participantes en el sistema, así como de operar el Sistema Único de Información (SUI), que permite que los empleadores afilien a los trabajadores al sistema de seguridad social y paguen sus contribuciones.
- * La Dirección General de Información y Defensa de los Afiliados a la Seguridad Social (DIDA) está encargada de la defensa de los usuarios y de proveerles información y orientación.
- * La Superintendencia de Pensiones (Sipen) se encarga de la vigilancia y rectoría del sistema de pensiones.
- * La Superintendencia de Salud y Riesgos Laborales (Sisalril) hace lo propio con los riesgos laborales y los servicios de salud.
- * El Instituto Dominicano de Seguros Sociales (IDSS), hasta hace poco, era uno de los principales proveedores del sistema, puesto que se encargaba de prestaciones de salud, por riesgos de trabajo y de estancias infan-

tiles para las personas afiliadas al régimen contributivo; sin embargo, como se explica más adelante, en el último lustro se aprobaron diversas reformas que lo disolvieron y distribuyeron sus atribuciones entre distintas organizaciones públicas. Así, en 2015 se aprobó la Ley No. 123-15, que creó el Servicio Nacional de Salud, que establece en el artículo 5 que los hospitales del IDSS pasan a formar parte de los Servicios Regionales de Salud; mientras que la Ley No. 397-19, aprobada en octubre de 2019, transfirió las prestaciones por riesgo de trabajo al Instituto Dominicano de Prevención y Protección de Riesgos Laborales (IDOPPRIL). Finalmente, las estancias infantiles quedaron a cargo del Instituto Nacional de Atención a la Primera Infancia.

El SDSS cuenta con los regímenes contributivo, subsidiado y contributivo-subsidiado —aunque este último no ha comenzado a operar— diferenciados por su forma de financiamiento, población objetivo y prestaciones (ver Tabla 38).

“En términos normativos, el actual SDSS es de carácter universal, obligatorio, solidario, plural e integral, para la protección contra los riesgos de vejez, discapacidad, cesantía por edad avanzada, sobrevivencia, enfermedad, maternidad, infancia y riesgos laborales.”

Tabla 38. Regímenes del SDSS, formas de financiamiento, población objetivo y prestaciones

Tipo de régimen	Forma de financiamiento	Población objetivo	Prestaciones
Régimen Contributivo	Cotización del 21.3 % del salario: el 15.39 % del patrón y el 5.91 % del afiliado	Personas asalariados de los sectores público y privado.*	a) Seguro Familiar de Salud b) Seguro de Vejez, Discapacidad y Sobrevivencia c) Seguro de Riesgos Laborales
Régimen Subsidiado	Aportes del Estado	Trabajadores por cuenta propia con ingresos inestables e inferiores al salario mínimo nacional, así como por personas desempleadas, con discapacidad o en situación de indigencia.	a) Seguro Familiar de Salud b) Seguro de Vejez, Discapacidad y Sobrevivencia
Régimen Contributivo Subsidiado (aún no ha iniciado).	Aportes de los trabajadores por cuenta propia y subsidio estatal**	Profesionales y técnicos independientes, así como trabajadores por cuenta propia con ingresos promedio iguales o superiores a un salario mínimo nacional.	a) Seguro Familiar de Salud b) Seguro de Vejez, Discapacidad y Sobrevivencia

Notas:

*Se incluye a las personas de cualquier edad que en lo adelante inicien un contrato de trabajo bajo relación de dependencia; los empleadores que reciban ingresos regulares de la empresa ya sea en calidad de trabajadores, directivos y/o propietarios; los ciudadanos residentes en el exterior, de cualquier edad, en las condiciones que establece la presente ley y sus normas complementarias.

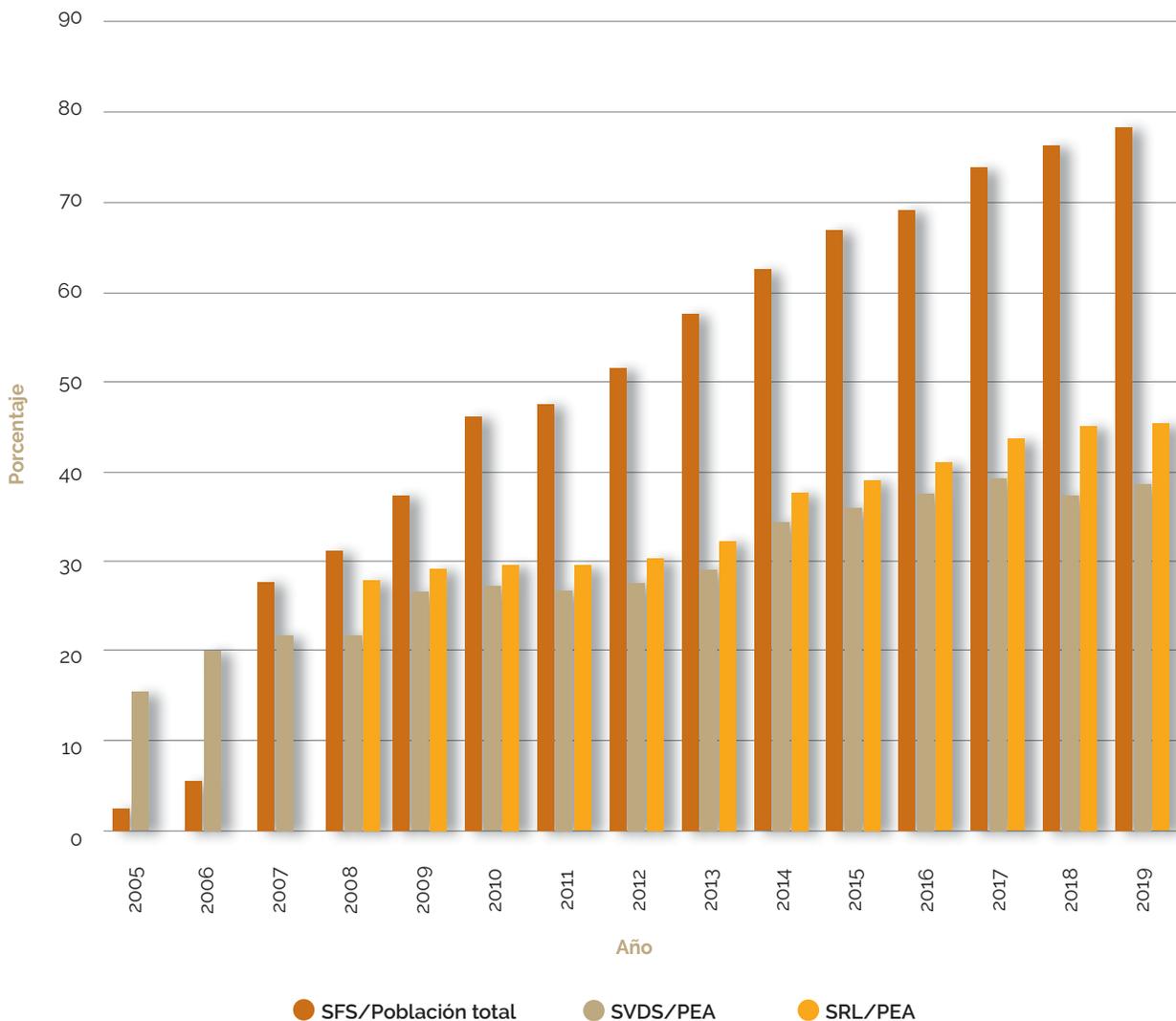
**Aunque todavía no se establecen claramente las tasas de aportación, en el artículo 19 de la Ley 87-01 se menciona que se calcularán en proporción inversa a los ingresos de los afiliados.

Fuente: Elaboración propia a partir de información de Dirección General de Información y Defensa de los Afiliados a la Seguridad Social (DIDA), "Dirección General de Información y Defensa de los Afiliados a la Seguridad Social | DIDA". Disponible en <http://dida.gob.do/index.php/preguntasfre-p>; y Organización Iberoamericana de Seguridad Social (OISS), *Banco de información de los sistemas de Seguridad Social Iberoamericanos*, Madrid, 2018. Disponible en https://oiss.org/wp-content/uploads/2018/12/bissi_2018.pdf

Hay distintas maneras de medir la cobertura del SDSS; en particular, por el número de personas afiliadas al Seguro Familiar de Salud (SFS), el Seguro de Vejez, Discapacidad y Sobrevivencia (SVDS) o el Seguro de Riesgos Laborales (SRL). En la Gráfica 95 se presenta la cobertura del SFS (como porcentaje de la población total), así como del SVDS y el SRL (como porcentaje de la PEA). Como se puede observar, el SFS es el que cu-

bre a más personas: el 78.1 % de la población en 2019. Como se expone más adelante, este nivel incluye afiliaciones contributivas y del régimen subsidiado. En contraste, el SVDS y el SRL tienen un porcentaje notablemente menor de afiliados, pues no alcanzan ni a la mitad de la PEA. Esto se debe a los altos niveles de informalidad laboral. No obstante, hubo un crecimiento notable de la cobertura de los tres seguros.

Gráfica 95. Afiliación al Sistema Dominicano de Seguridad Social, 2005-2019



Fuente: Elaboración propia con información del Consejo Nacional de Seguridad Social, "Boletín Estadístico Diciembre 2019", 2019.

“El SDSS cuenta con los regímenes contributivo, subsidiado y contributivo-subsidiado —aunque este último no ha comenzado a operar— diferenciados por su forma de financiamiento, población objetivo y prestaciones.”

En las siguientes secciones se describen las características de cada uno de los tres seguros principales: SVDS, SFS y SRL, y datos recientes sobre su cobertura. En todos los casos, se especifican las diferencias de la protección según se acceda a las prestaciones mediante el régimen contributivo o el subsidiado.

7.3.2. Asistencia a la salud

El instrumento institucional para proveer de cobertura a la salud es el SFS, el cual tiene la finalidad de otorgar protección integral de la salud física y mental de la persona afiliada y su familia, así como alcanzar una cobertura universal sin exclusiones por edad, sexo, condición social, laboral o territorial, garantizando el acceso regular de los grupos sociales más vulnerables y velando por el equilibrio financiero, mediante la racionalización del costo de las prestaciones y de la administración del Sistema.

Aunque el SDSS ofrece el SFS para los dos regímenes en funcionamiento, lo hace de manera diferenciada. Las personas protegidas mediante el régimen contributivo tienen acceso a prestaciones en especie y monetarias, mientras que las del régimen subsidiado sólo acceden a las primeras. Las prestaciones en especie consisten en el Plan Básico de Salud (PBS) y Estancias Infantiles. En tanto, las prestaciones monetarias se componen

del Subsidio por Enfermedad Común, el Subsidio por Maternidad y el Subsidio por Lactancia.

El PBS, de acuerdo con la Ley N° 87-01, incluye:

- i) Promoción de la salud y medicina preventiva
- ii) Emergencias, servicios ambulatorios y a domicilio
- iii) Atención especializada y tratamientos complejos
- iv) Exámenes de diagnóstico
- v) Atención odontológica
- vi) Fisioterapia y rehabilitación
- vii) Prótesis y asistencia a personas con discapacidad

Estos rubros generales de prestaciones se materializaron, en 2007, con la adopción del Plan de Servicios de Salud (PDSS) —instrumento mediante el que se concreta el PBS—. El PDSS cubre los servicios de promoción y prevención de la salud; vacunas, medicamentos, partos, rehabilitación, aparatos y prótesis, además de consultas ambulatorias, odontología, emergencias, apoyo al diagnóstico, hospitalización general y especialidades básicas.¹⁵ En el régimen subsidiado no hay cuotas moderadoras, mientras que en el contributivo éstas pueden ir del 0.5 % al 30 % del costo de los servicios, salvo los de emergencia, que son completamente gratuitos. En la siguiente tabla se presentan los servicios cubiertos, las cuotas y los máximos de aseguramiento.

¹⁵ El listado completo de padecimientos y servicios puede consultarse en <http://www.sisalril.gov.do/pdf/documentos/descripciondelcatalogodelpdss.pdf>

Tabla 39. Cobertura, techos y cuotas del Plan de Servicios de Salud (PDSS)

Servicios	Cobertura, techos y cuotas
Enfermedades de alto costo*	Monto de un millón DOP por afiliado por evento por año, con una cobertura de un 80 % a cargo de su ARS, por lo que el afiliado debe pagar una diferencia del 20 %, el cual no debe exceder de la suma de dos salarios mínimos nacionales. Sin embargo, para los nuevos afiliados, esta cobertura se brinda de manera gradual, se inicia con 150 000 DOP y 50 000 DOP y de manera adicional, al tener el afiliado tres cotizaciones continuas, se le adjudican 200 000.00 DOP para eventos de esta naturaleza, retomando los citados 150 000 DOP hasta completar el millón. Después de que el afiliado cumpla su primer año cotizando en el sistema la cobertura será de un millón sin gradualidad, igual que los recién nacidos.
Hospitalización e internamiento	Cobertura de un 85 % de los gastos a cargo de su ARS, por lo que el afiliado debe pagar una diferencia del 15 % de los gastos médicos, el cual no debe exceder de la suma de 2 salarios mínimos nacionales.
Diagnósticos ambulatorios y partos por cesárea	Cobertura del 80 % de los gastos a cargo de la ARS, por lo que el afiliado debe pagar una diferencia del 20 %, el cual no debe exceder de la suma de 2 salarios mínimos nacionales.
Emergencias y parto normal	Cobertura es del 100 % de los gastos a cargo de la ARS, sin que el asegurado tenga que pagar diferencia.
Cirugías	Cobertura ilimitada, pero es necesario que cada afiliado pague la diferencia del 10 % del monto final de la cuenta, que no superará la cantidad de dos salarios mínimos nacionales cotizables.
Medicamentos ambulatorios	Cobertura de 8000 DOP por afiliado por año, por lo que el afiliado debe pagar una diferencia del 30 % del valor de la factura.
*Enfermedades de alto costo para nuevos afiliados	En el caso de enfermedades de alto costo para los nuevos afiliados, esta cobertura se brinda de manera gradual, se inicia con 150 000 DOP y 50 000 DOP y de manera adicional, al tener el afiliado tres cotizaciones continuas, se le adjudican 200 000 DOP para eventos de esta naturaleza, retomando los citados 150 000 DOP hasta completar el millón. Después de que el afiliado cumpla su primer año cotizando en el sistema la cobertura, será de un millón sin gradualidad, igual que los recién nacidos.

Fuente: Elaboración propia a partir de Sisalril, *Descripción del Catálogo del Plan de Servicios de Salud (PDSS)*, Santo Domingo. Disponible en <http://www.sisalril.gov.do/pdf/documentos/descripciondelcatalogodelpdss.pdf>



El SFS del régimen contributivo se financia mediante un modelo de reparto simple. Para este fin, se destina el 10.13 % del salario cotizante, del cual el 7.09 % está a cargo del empleador y el 3.04 % del afiliado. La Tesorería de la Seguridad Social recauda los recursos para el financiamiento del PBS y emite pagos per cápita mensuales a las ARS por la provisión y administración de los servicios. Las ARS pueden ser públicas o privadas y, en este último caso, con y sin fines de lucro, y se encargan de establecer convenios con los Proveedores de Servicios de Salud (PSS), que también pueden ser públicos o privados.

En el régimen contributivo, el empleador debe hacer las aportaciones a la TSS y el afiliado tiene la facultad de elegir libremente la ARS de su preferencia, y en caso de no hacerlo en los primeros 10 días de afiliación, se le asigna a la que cubra a la mayoría de sus compañeros de trabajo.

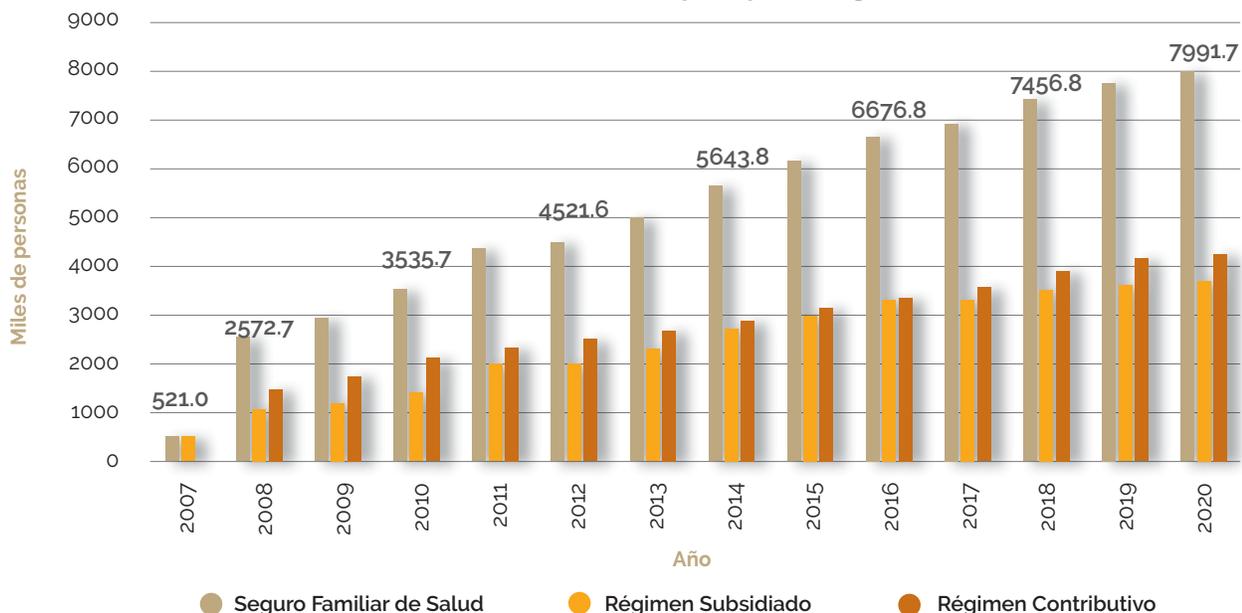
“ Aunque el SDSS ofrece el SFS para los dos regímenes en funcionamiento, lo hace de manera diferenciada. Las personas protegidas mediante el régimen contributivo tienen acceso a prestaciones en especie y monetarias, mientras que las del régimen subsidiado sólo acceden a las primeras. ”

En tanto, las personas del régimen subsidiado sólo pueden afiliarse a una ARS pública, el Seguro Nacional de Salud (SeNaSa), y la mayoría de los proveedores son públicos. Además, el TSS transfiere recursos al SeNaSa para que financie la atención mediante transferencias per cápita a los PSS por el valor del PDSS —que para 2019 fue de 1667.81 DOP—¹⁶ y para que cubra el costo de los copagos que aplicarían en las intervenciones, de tal manera que las personas no deban hacer gastos de bolsillo.

A enero de 2020, había 7 991 714 personas afiliadas al SFS, de las cuales el 46.6 % contaban con cobertura del régimen subsidiado y el 53.4 % mediante el régimen contributivo. En la Gráfica 96 se puede apreciar la evolución de la cobertura entre 2007 y 2020, que actualmente es más de 10 veces la que había en 2007. Así, al inicio de 2020, la cobertura era del 73.7 % de la población.

¹⁶ Consejo Nacional de Seguridad Social, “Resoluciones de la sesión ordinaria No. 482”, 24 de octubre de 2019.

Gráfica 96. Personas afiliadas al SFS por tipo de régimen 2007-2020



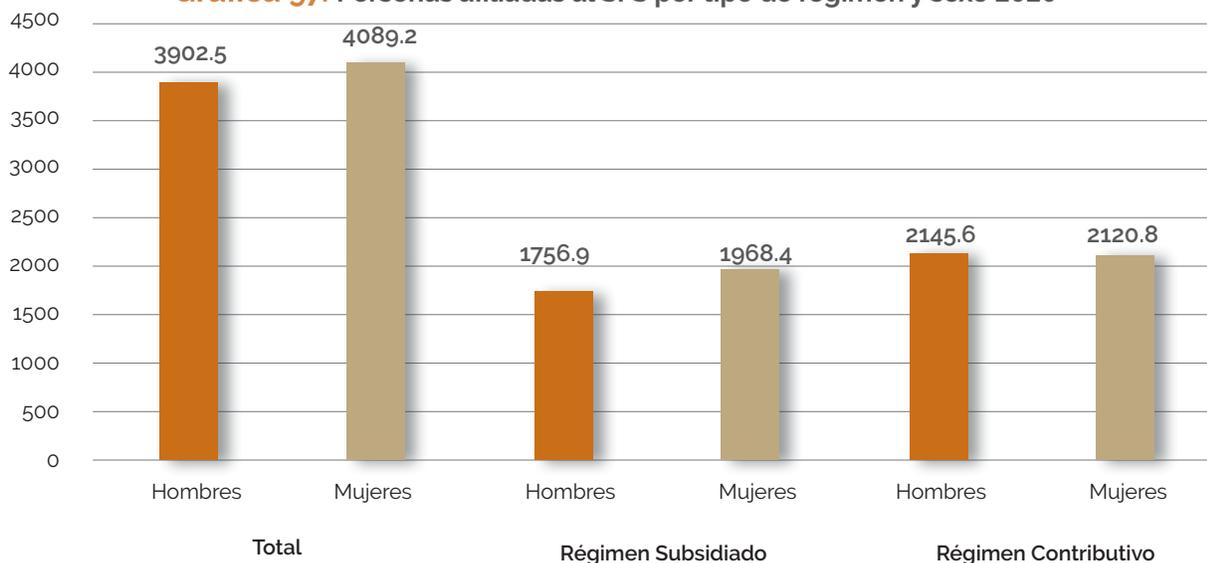
Nota: Los datos corresponden a enero de cada año.

Fuente: Elaboración propia con información de Sisalril, Estadísticas del Seguro Familiar de Salud, 2020. Disponible en <http://www.sisalril.gov.do/EstadisticasdelSfs.aspx>

El 48.8 % de los afiliados al SFS son hombres y el 51.2 %, mujeres. Sin embargo, en el régimen subsidiado las mujeres son mayoría (52.8 %); en

contraste, en el contributivo no hay diferencias importantes en función del sexo, pues los hombres representan el 50.3 % y las mujeres, el 49.7 %.

Gráfica 97. Personas afiliadas al SFS por tipo de régimen y sexo 2020



Fuente: Elaboración propia con información de Sisalril, Estadísticas del Seguro Familiar de Salud, 2020. Disponible en <http://www.sisalril.gov.do/EstadisticasdelSfs.aspx>



Como se expuso en la sección anterior, en el segundo lustro de los 2000 empezó una tendencia ascendente en el gasto del gobierno en salud, que coincide con la instrumentación del SFS y la ampliación de la cobertura. Así, este tipo de gasto pasó del 1.7 % del PIB en 2007 al 2.8 % en el 2017, lo que representó un incremento del 67.6 %. En el mismo periodo, el gasto total en salud creció un 45.9 %, al cambiar del 4.9 % del PIB al 6.1 %. Como se aprecia en la Gráfica 88, el aumento se debió principalmente al gasto del gobierno. A pesar de estas tendencias, el gasto privado aún es mayoritario, pues en 2017 alcanzó el 53.3 % del total.

Otro beneficio que otorga el SFS es el de estancias infantiles, que se provee de manera diferenciada según el tipo de afiliación. Para quienes pertenecen al régimen contributivo, el Instituto Nacional de Atención Integral a la Primera Infancia (INAIPI) les ofrece el servicio de estancias infantiles y, a pesar de que no se ha establecido expresamente un instrumento para proveer de este servicio a las personas afiliadas al régimen subsidiado, hay centros de atención para niños y niñas que viven en hogares de bajos ingresos, que también dependen del INAIPI. En este último

caso, los servicios se otorgan mediante los Centros de Atención Integral a la Primera Infancia (CAIPI) y Centros de Atención Integral a la Infancia y la Familia (CAFI). En todos los casos, se brinda atención a niños y niñas con una edad mínima de 45 días, y en las estancias para las personas afiliadas al régimen contributivo y en los CAIPI se les atiende hasta que cumplen 5 años, mientras que en los CAFI es hasta los 4. Se estima que, en diciembre de 2019, con el régimen contributivo se beneficiaba a 7910 niños y niñas, mientras que, en todo 2019, se atendió a 178 948 mediante los servicios para los hogares de bajos ingresos.¹⁷ Sin embargo, esta cobertura es limitada, dado que se estima que en 2019 había aproximadamente 957 373 niñas y niños menores de 5 años.¹⁸

Además de los servicios médicos y las estancias infantiles, las personas afiliadas mediante el régimen contributivo también pueden acceder a tres tipos de prestaciones monetarias: por enfermedad, por maternidad y por lactancia. En la siguiente tabla se presentan las características generales de cada uno de estos subsidios, los requisitos para obtenerlos y la manera en la que se calculan los montos.

¹⁷ INAIPI, *Memoria Institucional INAIPI 2019: Rindiendo cuentas con transparencia*, 2019, p. 22.

¹⁸ Oficina Nacional de Estadística, "Población por región, provincia y año calendario, según sexo y grupos quinquenales de edad, 2000-2030", 2016. Disponible en <https://www.one.gob.do/demograficas/proyecciones-de-poblacion>.

Tabla 40. Prestaciones del SFS en dinero

Prestaciones en dinero	Descripción	Requisitos	Monto de la prestación
Subsidio por Enfermedad Común	Es la prestación en dinero que recibe la persona afiliada que trabaja, mientras está afectada de una discapacidad temporal ocasionada por enfermedad común, accidente no laboral o discapacidad ocasionada por su estado de embarazo (trabajadora).	Haber cotizado ante la Tesorería de la Seguridad Social (TSS) durante los 12 meses continuos anteriores a la incapacidad y estar discapacitado temporalmente por más de 3 días para el trabajo.	Se calcula de la siguiente manera: cuando la persona discapacitada recibe atención o asistencia ambulatoria le corresponde un pago equivalente al 60 % de su salario promedio cotizante de los últimos 6 meses, y cuando la persona discapacitada recibe atención o asistencia hospitalaria le corresponde un pago equivalente al 40 % de su salario promedio cotizante de los últimos 6 meses. Este subsidio se puede recibir durante un tiempo máximo de 26 semanas, a partir del día que inicia la discapacidad, siempre que el médico tratante le haya diagnosticado más de tres días de discapacidad para el trabajo.
Subsidio por Maternidad	Es el pago en dinero que se otorga a la trabajadora afiliada al Régimen Contributivo equivalente a tres meses de salario cotizante, durante el periodo de descanso pre y posnatal.	Se obtiene cuando la trabajadora ha cotizado por lo menos durante ocho meses del periodo comprendido en los 12 meses anteriores a la fecha de su alumbramiento.	Tres meses de salario cotizante, durante el periodo de descanso pre y posnatal.
Subsidio por Lactancia	Prestación por un salario menor o igual a 3 salarios mínimos nacionales por cada hijo nacido vivo por un periodo de 12 meses.*	La trabajadora afiliada sólo tendrá derecho al subsidio por lactancia cuando la suma de los salarios mensuales devengados sea inferior a 3 salarios mínimos nacionales.	Trabajadoras que devenguen hasta 1 salario mínimo nacional, recibirán el 33 % de su salario. Trabajadoras que devenguen entre 1 y 2 salarios mínimos nacionales, recibirán el 12 % de su salario. Trabajadoras que devenguen 2 y 3 salarios mínimos nacionales, recibirán el 6 % de su salario.

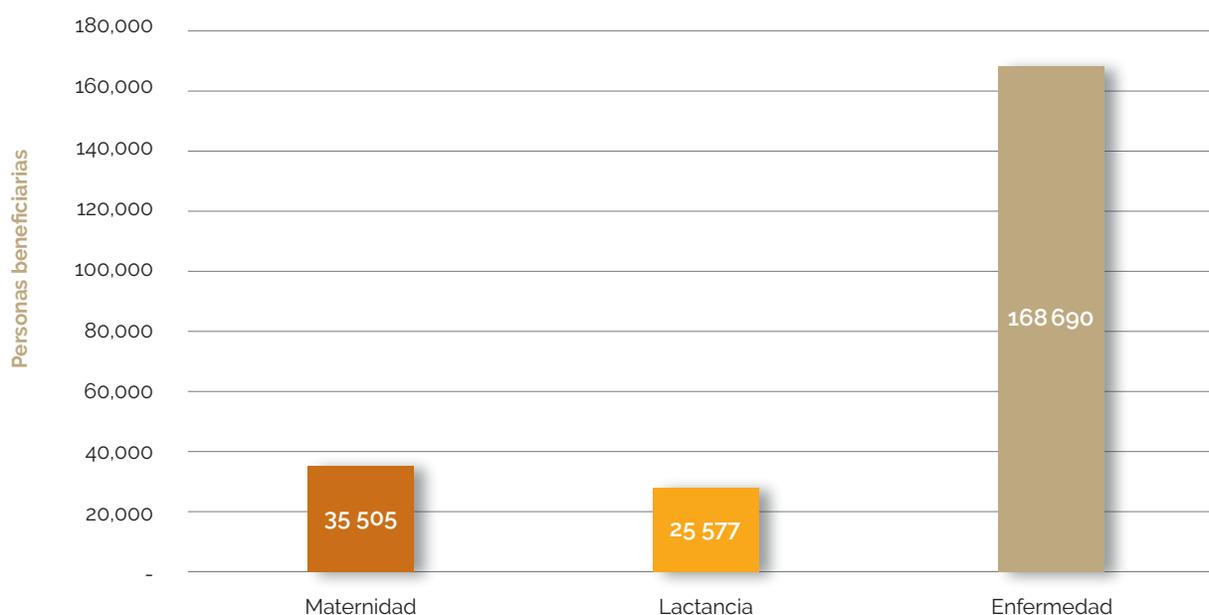
Nota: *Si la afiliada cotiza por dos o más empleos, tendrá derecho al monto completo del subsidio por cada trabajo por el que está afiliada.

Fuente: Elaboración propia a partir de información de DIDA, "Dirección General de Información y Defensa de los Afiliados a la Seguridad Social | DIDA". Disponible en <http://dida.gob.do/index.php/preguntasfre-p>; y OISS, *Banco de información de los sistemas de Seguridad Social Iberoamericanos*, Madrid, 2018. Disponible en https://oiss.org/wp-content/uploads/2018/12/bissi_2018.

En 2019, estas tres prestaciones beneficiaron a un total de 232 772 personas por un monto de 3701 millones de DOP. Como se aprecia en la Gráfica 98, la mayoría de las prestaciones fueron por enfermedad, seguidas por las de maternidad y, en último lugar, por las de lac-

tancia. Esta cobertura es notablemente mayor que la de 2009, cuando comenzaron a operar los beneficios por enfermedad, pues en ese año se otorgaron un total de 33 607 prestaciones: 16 946 por maternidad, 12 866 por lactancia y 3795 por enfermedad.

Gráfica 98. Personas beneficiarias por prestaciones monetarias en 2019



Fuente: Elaboración propia con información de Sisalril, Beneficiarios y Montos Autorizados por Subsidios, 2020. Disponible en http://www.sisalril.gov.do/pdf/estadisticas/estadisticas_subsidios_junio_2020.pdf

7.3.3. Prestaciones por vejez, discapacidad y sobrevivencia

En República Dominicana conviven tres esquemas de pensiones: dos de reparto para personas trabajadoras de los sectores público y privado —amparados por las leyes 1896-48 y 379-81, respectivamente— y el de capitalización individual —establecido en la Ley N° 87-01—. La administración de las prestaciones de los dos primeros está a cargo de la Dirección General de Jubilaciones y Pensiones (DGJP) del Ministerio de Hacienda; mientras que la Sipen norma y regula el tercero.

A su vez, en el sistema de capitalización individual se establecen tres regímenes de pensiones, diferenciados por la población a la que están dirigidos y su financiamiento: contributivo, subsidiado y contributivo-subsidiado. El contributivo cubre a personas trabajadoras asalariadas del sector público y privado, y se financia con contribuciones obrero-patronales; el subsidiado es financiado por el Estado mediante impuestos generales y busca proteger a las personas trabajadoras independientes con ingreso inestable; mientras que el contributivo-subsidiado atiende a personas trabajadoras independientes con ingresos superiores al salario míni-

mo nacional, y es financiado por el Estado y los trabajadores.

Sin embargo, la operación conjunta de estos regímenes no ha comenzado, debido a que el contributivo-subsidiado no se ha implementado. El subsidiado comenzó a operar de manera limitada en diciembre de 2019 y el contributivo es el único que efectivamente ha estado en funcionamiento de forma continua.

7.3.3.1. Sistema de reparto

El sistema de reparto rigió las pensiones en República Dominicana hasta el 2001, y tenía una subdivisión para el sector público y otra para el privado. Las personas trabajadoras del sector privado se regían por la Ley N° 1896-48, y sólo podían ser aseguradas si su ingreso era inferior al salario mínimo. El Estado aportaba un 2.5 %, los empleadores un 7 % y el trabajador otro 2.5 % del salario de cotización. Para reclamar la pensión, la persona asegurada debía cumplir con 800 semanas de cotización y ser mayor de 60 años.

Quienes trabajaban en el sector público cotizaban en el régimen establecido por la Ley N°379-81, que estipulaba aportaciones del 4 % de los sueldos de funcionarios públicos y empleados civiles. Al igual que en el esquema del sector privado, se establecía un tope máximo de salario para ingresar al sistema, el cual se fijaba mediante decreto presidencial. Para acceder a los beneficios era necesario haber cumplido 60 años y haber trabajado por lo menos 20 en el sector público, o tener más de 35 años de servicios en la administración pública, sin importar la edad.

Las personas que cotizaron bajo alguno de estos esquemas pueden transitar al sistema de capitalización individual si así lo desean. Además, se cuenta con un Bono de Reconocimiento, que es

el monto al que tienen derecho los afiliados protegidos por las leyes 1896-48 y 379-81 con edad de hasta 45 años, por los años acumulados a la fecha de entrada en vigencia del sistema de capitalización individual. El bono gana una tasa de interés igual a la inflación más un 2 % sobre el monto de los derechos adquiridos de las personas afiliadas, quienes podrán cobrarlos cuando cumplan con los requisitos para jubilarse, según la ley bajo la que cotizaron.

En el primer trimestre de 2020 el sistema de reparto contaba con 111 230 afiliados, de los cuales 31 492 eran cotizantes, es decir, la mayor parte (70 %) eran pensionados. De los cotizantes, el 84 % laboraba en el sector público y el 24 % en el privado.¹⁹

7.3.3.1.1. Pensiones por discapacidad o sobrevivencia

Las personas servidoras públicas afiliadas al régimen de reparto pueden acceder a pensiones de discapacidad o sobrevivencia mediante la DGJP. En el caso de discapacidad, es necesario presentar una evaluación médica que acredite si ésta es total o parcial. El monto entregado es equivalente al salario promedio de cotización de los últimos tres años para discapacidad total, y del 30 % al 60 % de ese monto para discapacidad parcial.²⁰

En el caso de la pensión de sobrevivencia, ésta puede ser reclamada por la pareja de la persona fallecida, sus hijos si son menores de edad o sus hijos sin límite de edad si tienen una discapacidad, siempre y cuando el o la asegurada haya autorizado el descuento recurrente de 2 % del monto de su pensión. La prestación es de por vida para estos últimos, hasta los 21 años para los descendientes sin discapacidad y vitalicia para la o el cónyuge a menos que contraiga matrimonio. El beneficio monetario se divide a la

¹⁹ DGJP, *Boletín Estadístico Trimestral, trimestre abril-junio 2020*. 2020. Disponible en <https://www.dgjp.gob.do/documents/38678/86632/Boleti%CC%81n+T2+2020.pdf/e8ff97ee-8804-0ed6-gaa8-812cadeb258>

²⁰ No se encontraron estadísticas para estas pensiones.

mitad entre la pareja y las hijas y los hijos. En el primer trimestre de 2020 se pagaron 15 832 pensiones por sobrevivencia por un monto total de 160 398 012 DOP.²¹

7.3.3.2. Capitalización Individual- Régimen contributivo

7.3.3.2.1. Pensiones por vejez

El régimen contributivo contempla pensiones por vejez, por discapacidad total o parcial y de sobrevivientes. Cubre a personas trabajadoras asalariadas, del sector público y privado, y se financia con contribuciones patronales (7.12 %) y de la persona trabajadora (2.88 %), quien además puede realizar aportaciones voluntarias adicionales para aumentar su fondo de retiro.

El empleador tiene la obligación de registrar a sus trabajadores en la Tesorería de la Seguridad Social (TSS) y éstos eligen su Administradora de Fondo de Pensiones (AFP) para que gestione la inversión de sus recursos. En caso de que la persona trabajadora no seleccione una AFP en sus primeros 30 días de labores, es afiliado automáticamente a aquella donde esté la mayoría de sus compañeros de trabajo.

De forma complementaria, opera el Fondo de Solidaridad Social (FSS) —administrado por la AFP Pública—, que funge como una reserva para financiar la pensión mínima de las personas afiliadas que no cumplen con los requisitos necesarios para jubilarse. Los recursos del FSS provienen de aportaciones patronales equivalentes

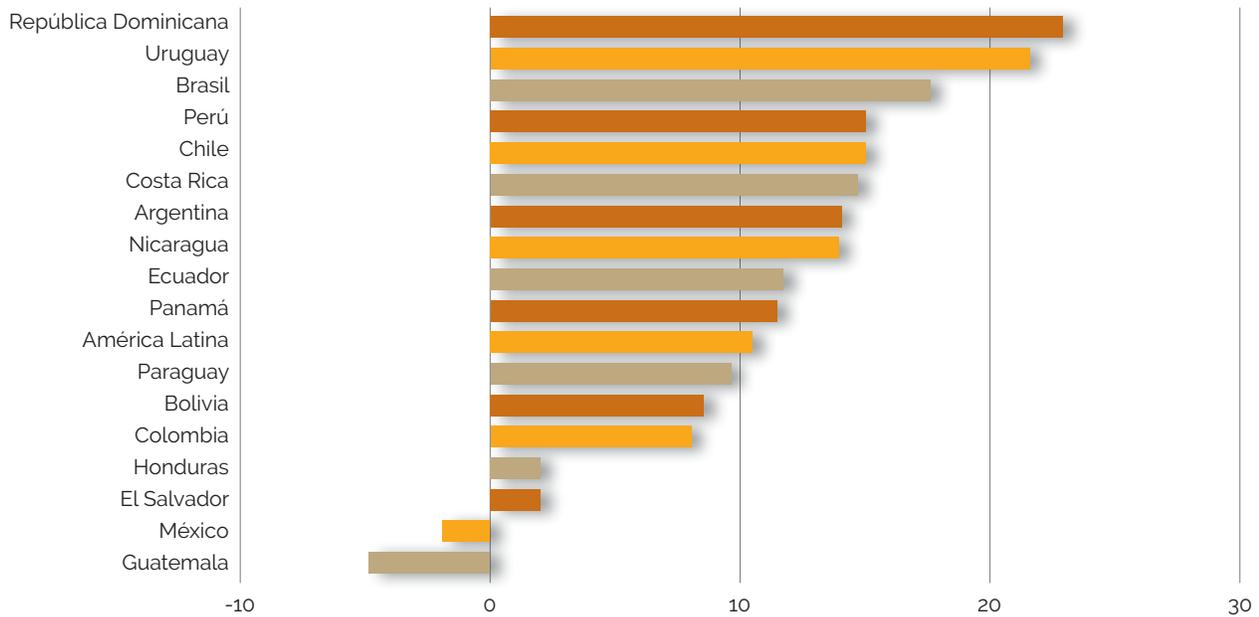
al 0.4 % del salario cotizante, así como de multas, recargos e intereses cobrados por la Sipun ante actos de evasión o elusión.

Las personas afiliadas al régimen contributivo son acreedoras a una pensión cuando tienen 60 años o más y han cotizado al menos 360 meses o cuando son mayores de 55 años y lo acumulado en su fondo es suficiente para financiar una pensión que supere en 50 % o más la pensión mínima. En caso de no cumplir con los requisitos anteriores —si la persona es mayor de 65 años, cotizó al menos 300 meses y en su cuenta no acumuló lo suficiente para una pensión—, puede solicitar la pensión mínima a cargo del FSS. Si por el monto acumulado o los meses de cotización la persona no califica en ninguno de los casos enunciados, puede retirar el saldo total de su cuenta.

En cuanto al número de personas aseguradas, la transición del régimen de reparto al de capitalización individual permitió que la proporción de personas en edad de trabajar que cotiza aumentara en un 22.9 % —entre el año 2000 y 2017—, la mayor variación registrada para los países de la región (ver Gráfica 99). Sin embargo, esta expansión no ha sido homogénea entre niveles de ingreso ni por sexo. De manera que la brecha de cotizantes entre el quintil I y el V es superior a 20 puntos porcentuales (ver Gráfica 100). Además, esta desigualdad se acentúa por sexo, pues independientemente del quintil de ingreso, la proporción de mujeres —alrededor del 40 %— es menor que la de hombres —entre el 50 % y el 60 %— (ver Gráfica 101).

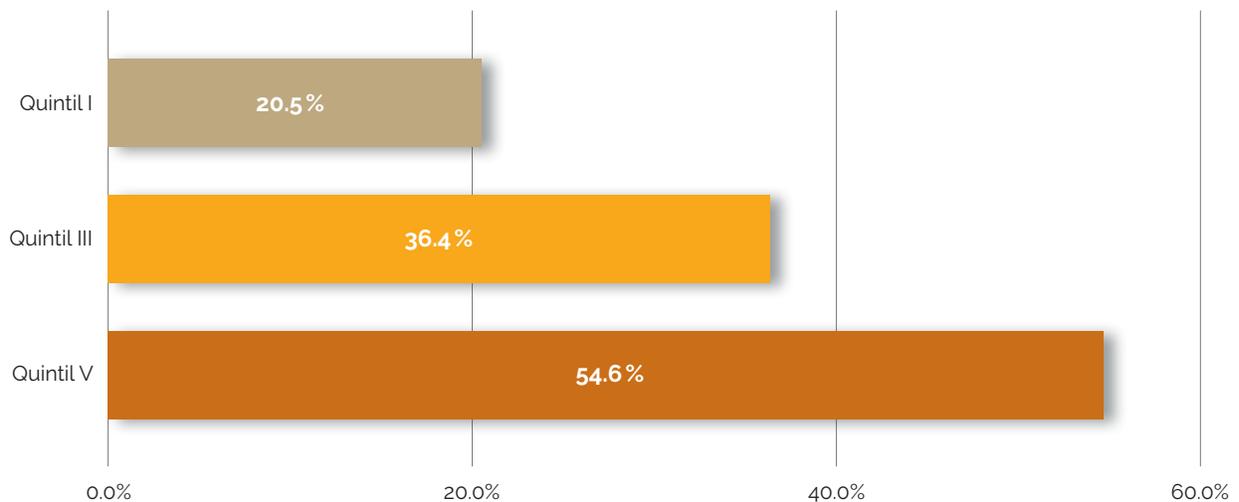
²¹ DGJP, *op. cit.*

Gráfica 99. Variación porcentual de la cobertura efectiva (PEA) de los sistemas de pensiones, América Latina (17 países), 2000-2017



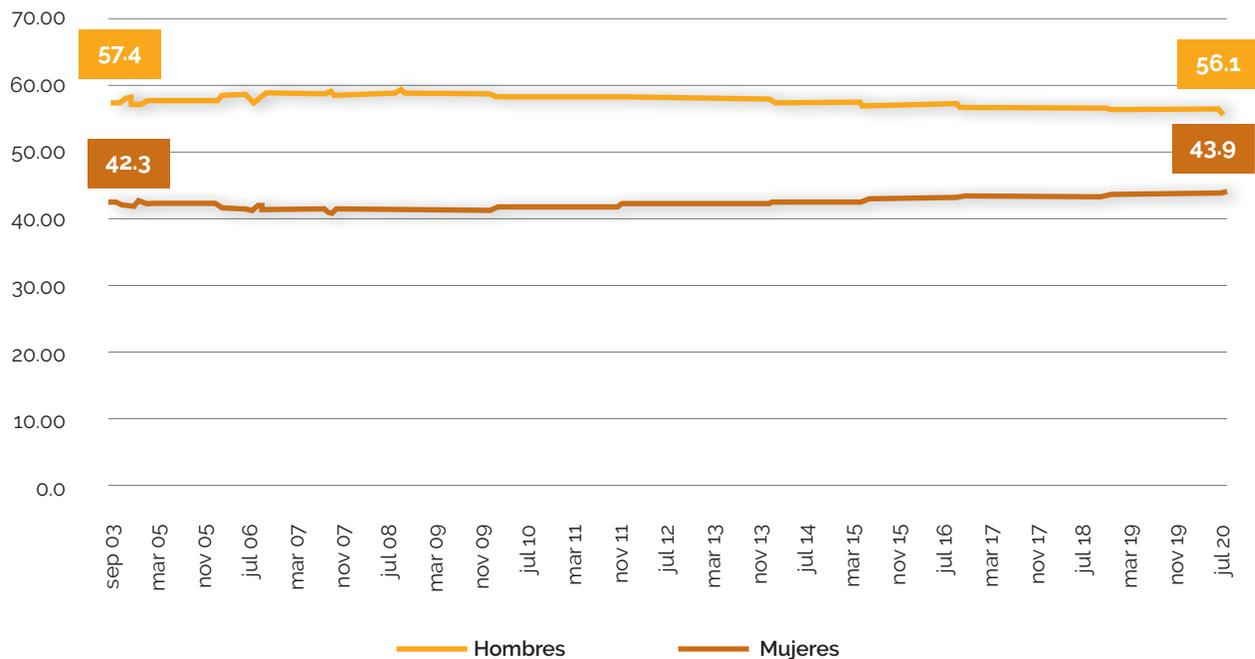
Fuente: Elaboración propia a partir de Alberto Arenas de Mesa, *Los sistemas de pensiones en la encrucijada: desafíos para la sostenibilidad en América Latina*, CEPAL, Santiago de Chile, 2019.

Gráfica 100. Cobertura efectiva (PEA) de los sistemas de pensiones por quintiles de ingreso, República Dominicana, 2016



Fuente: Elaboración propia a partir de Alberto Arenas de Mesa, *Los sistemas de pensiones en la encrucijada: desafíos para la sostenibilidad en América Latina*, col. Libros de la CEPAL Núm. 159 (LC/PUB.2019/19-P), Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), Santiago de Chile, 2019.

Gráfica 101. Afiliados al régimen contributivo 2003-2020



Fuente: Elaboración propia con base en Sipen, *Estadística Previsional*, "Afiliados". Disponible en <https://www.sipen.gob.do/index.php/estadisticas/estadistica-previsional>

En contraste con el aumento de las personas cotizantes, la cobertura de pensiones para personas adultas mayores (65 años o más) creció del 14.2 % al 15.7 % entre el año 2000 y el 2017. La cifra es la segunda más baja de la región, sólo después de Honduras. La escasa cobertura, que ya es un problema en sí mismo, se agudiza en el quintil más bajo del ingreso, donde en 2016 sólo el 5.6 % de las personas adultas mayores recibía una pensión; en contraste con el 38.2 % del quintil V, el más rico.²² Esta brecha da cuenta, por un lado, de la estructura excluyente del antiguo sistema de pensiones y, por

otro, de la urgencia de poner en marcha el régimen subsidiado y el contributivo-subsidiado a gran escala para brindar protección efectiva durante la vejez.

Aunado a esto, en 2015, la tasa bruta de reemplazo en el país era la más baja de la región (22.8 %),²³ es decir, cuando las personas quieran retirarse del mercado laboral, la pensión que recibirán será inferior a un tercio de su salario, lo cual afectará su calidad de vida y, muy probablemente, los orillará a insertarse en actividades remuneradas para que los bienes y servicios del día a día sean asequibles.

²² Alberto Arenas de Mesa, *op. cit.*

²³ *Idem.*

“ Esta brecha da cuenta, por un lado, de la estructura excluyente del antiguo sistema de pensiones y, por otro, de la urgencia de poner en marcha el régimen subsidiado y el contributivo-subsidiado a gran escala para brindar protección efectiva durante la vejez. ”

7.3.3.2.2. Pensiones por discapacidad total o parcial y pensiones de sobrevivencia

La persona afiliada al régimen contributivo tiene derecho a recibir una pensión por discapacidad de origen no laboral, cuando se acredite que su capacidad física o mental se ha reducido parcial (entre $\frac{1}{2}$ y $\frac{2}{3}$) o totalmente (mayor a $\frac{2}{3}$). El monto de la pensión es equivalente al salario promedio de cotización percibido en los últimos tres años.

Asimismo, quienes están asegurados en este régimen pueden acceder a pensiones por discapacidad o sobrevivencia, cuando ocurran siniestros en el ambiente laboral o asociados con éste. Ambos tipos se analizan en la sección de riesgos laborales.

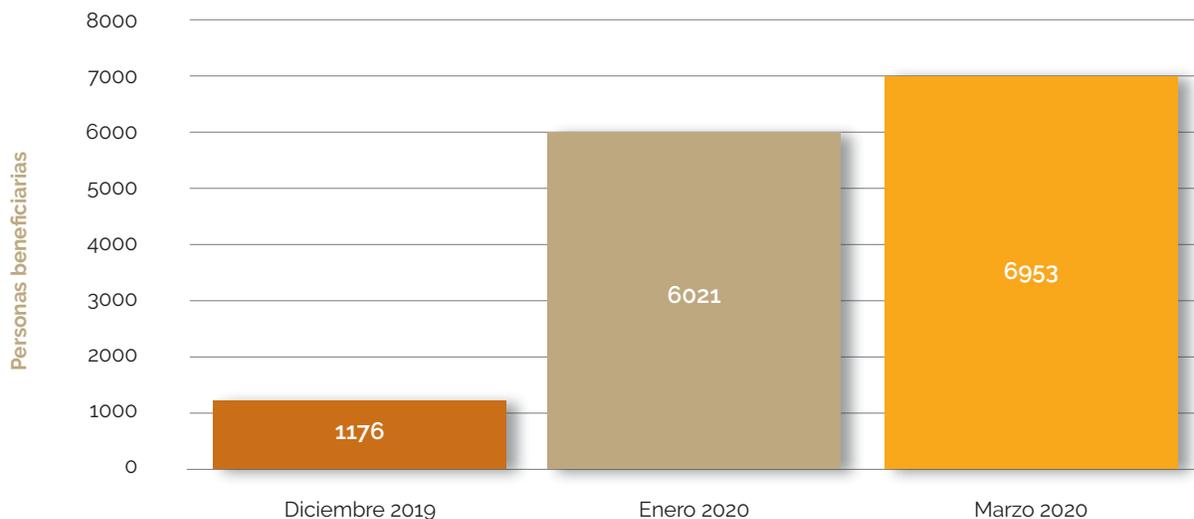
7.3.3.3. Régimen subsidiado

El *régimen subsidiado* —financiado por el Estado— protege a las personas trabajadoras con ingresos inestables e inferiores al salario mínimo nacional, que laboran por cuenta propia, así como a personas con discapacidad²⁴ e indigentes. Las prestaciones incluyen pensión solidaria por vejez y discapacidad total o parcial; pensión solidaria de sobrevivencia, y pensión solidaria para madres solteras.

Esta modalidad comenzó a operar en diciembre de 2019, sólo por los conceptos de vejez y discapacidad, con pensiones equivalentes al 60 % del salario mínimo, es decir, 6000 DOP al mes. En ese año, 1176 personas se beneficiaron y —entre enero y marzo de 2020— se incorporaron otras 4845 y 932 personas, respectivamente (ver Gráfica 102).

²⁴ Con alguna discapacidad física, mental o sensorial permanente que limite o impida la realización de actividades productivas.

Gráfica 102. Beneficiarios del régimen subsidiado de pensiones por vejez e incapacidad, 2019 y 2020



Fuente: Elaboración propia con base en Sipen, *Boletín Trimestral*, núm. 67, Santo Domingo, marzo de 2020.

7.3.4. Prestaciones por riesgos laborales

Las personas afiliadas mediante el régimen contributivo tienen acceso a prestaciones por accidentes de trabajo o enfermedades profesionales, provistas mediante el Seguro de Riesgos Laborales (SRL). Comprende toda lesión corporal y todo estado mórbido que el trabajador sufra como consecuencia del trabajo que presta por cuenta ajena. Incluye los tratamientos por accidente de tránsito en horas laborables y/o en la ruta hacia o desde el centro de trabajo.

El Instituto Dominicano de Prevención y Protección de Riesgos Laborales (IDOPPRIL) es la instancia pública encargada de supervisar el cumplimiento del SRL, así como de velar por la prevención de accidentes laborales, pero la cobertura del SRL se realiza a través de la afilia-

ción obligatoria de los trabajadores en la Administradora de Riesgos Laborales Salud Segura (ARLSS).

Las cuotas patronales para el financiamiento del SRL tienen dos componentes: una cuota básica fija del 1 % y una cuota adicional variable desde el 0.1 % hasta el 0.3 %, establecida en función de la rama de actividad y del riesgo de vulnerabilidad de cada empresa. Dichos porcentajes se aplican sobre el monto del salario cotizante de cada trabajador.

El SRL ofrece prestaciones en especie y en efectivo. Entre las primeras se encuentran la atención médica, odontológica, prótesis, anteojos y los aparatos ortopédicos —además de su reparación—. Entre las segundas están el subsidio por discapacidad temporal, la pensión por incapacidad permanente y la prestación por sobrevivientes para personas a cargo.

La ARLSS otorga las prestaciones monetarias y se encarga de contratar a Prestadores de Servicios de Salud para proveer las prestaciones en especie. Además, evalúa las solicitudes hechas y determina si las personas tienen derecho a los beneficios.

El monto del subsidio por discapacidad temporal corresponde al 75 % del ingreso promedio en los seis meses previos a que ella ocurra o a que se presente una enfermedad profesional, y puede tener una duración de un año. La pensión por discapacidad permanente otorga distintos montos en función del grado de discapacidad. Si se trata de una *gran discapacidad* —discapacidad del 100 % y se necesita asistencia permanente— se otorga el 100 % del salario. *Discapacidad permanente absoluta para todo trabajo* —de al menos el 67 % e incapacidad de desempeñar cualquier actividad profesional— con una prestación del 70 % del salario. *Discapacidad permanente total para la profesión habitual* —entre el 50 y el 66 % e incapacidad para desempeñar el trabajo habitual— para un monto equivalente al 50 % del sala-

rio. Finalmente, *discapacidad permanente* parcial para la profesión habitual —entre el 15 % y el 49 % de incapacidad y una pérdida de al menos el 50 % de la capacidad de ingreso— con lo que se obtiene un pago equivalente a 10 veces el salario promedio en los seis meses inmediatos antes de la enfermedad o accidente.

La prestación para sobrevivientes se otorga al cónyuge a partir de los 45 años, y corresponde al 50 % de la pensión por discapacidad que recibiría el afiliado, y en el 20 % de ésta para cada hijo o hija huérfano hasta los 18 años o 21 si continúa estudiando. En ambos casos, la prestación se otorga a cualquier edad si la persona sobreviviente tiene discapacidad.

En 2019, la ARLSS recibió 47 893 solicitudes por accidentes de trabajo, de las cuales validó el 77.2 %. La mayoría de las solicitudes aprobadas fueron por lesiones leves, seguidas por las moderadas y por las graves; después por los accidentes sin lesiones y, en último lugar, por los que fueron mortales (ver Tabla 41).

Tabla 41. Solicitudes presentadas por accidente de trabajo ante la ARLSS en 2019

Tipo de accidente		2019
Aprobado	Leve	26 125
	Moderado	14 771
	Sin lesión	286
	Grave	370
	Mortal	208
Declinado		6133
Total		47 893

Fuente: Elaboración propia con información de IDOPPRIL, Estadísticas Institucionales, 2020. Disponible en <http://www.arlss.gov.do/Transparencia/Estadisticas/Estadisticas.aspx>

7.4. Evolución del sistema de seguridad social en el siglo XX

7.4.1. Origen y desarrollo del sistema de seguridad social: de 1940 a 1980

El establecimiento institucional del sistema de seguridad social de República Dominicana se dio a mediados del siglo XX, en la década de 1940. Antes de eso, únicamente existía la asistencia hospitalaria y algunas disposiciones laborales, como los seguros contra accidentes de trabajo y leyes relativas a las jubilaciones y pensiones, que cubrían a los servidores públicos, a las Fuerzas Armadas y a la Policía Nacional.

Fue durante la dictadura de Rafael Trujillo (1930-1961)²⁵ que se formaron las principales instituciones estatales del sector social y sus políticas sociales. Pero estas iniciativas no vinieron solas: las condiciones laborales eran precarias —la jornada laboral era de 12 horas diarias y los salarios eran muy bajos—.²⁶ En 1946, los obreros azucareros se declararon en

²⁵ Rafael Trujillo ejerció la presidencia en los periodos de 1930-1938 y 1942-1952, y gobernó de forma indirecta entre 1938-1942 y 1952-1961 (año de su asesinato), valiéndose de presidentes afines a él.

²⁶ Sistema de Monitoreo de la Administración Pública Municipal (SISMAP Municipal), "Historia". Disponible en <https://www.sismap.gob.do/Municipal/Directorio/Dir/Details/168>



huelga, lo que pronto disparó una serie de protestas de diferentes tipos de trabajadores. En ese año se formó el Congreso Obrero Nacional, organizado por la Confederación Dominicana del Trabajo (CDT). El movimiento logró reducir la jornada laboral a 8 horas y presionar al presidente Trujillo, quien en 1947 creó la Caja Dominicana de Seguros Sociales (CDSS), junto con la Secretaría de Estado de Trabajo.²⁷

Al igual que en otros países, en sus orígenes la seguridad social dominicana estuvo estrechamente vinculada con el mercado laboral, puesto que afiliaba mediante cotizaciones sólo a personas del sector formal. La CDSS brindaba protección ante los riesgos de enfermedad, maternidad, invalidez, vejez y muerte del empleado. Sin embargo, salvo en este último caso, la protección excluía a la familia del afiliado. En 1948 se crearon los dos principales sistemas de pensiones en el país —ambos de reparto—, uno para empleados privados, administrado por la entonces CDSS, y otro para empleados públicos, cuyas pensiones se entregaban mediante decreto oficial.

Esto estuvo acompañado de una fuerte inversión en infraestructura, pues se construyeron clínicas, hospitales, escuelas y viviendas para la clase obrera. Sin embargo, el jefe del Estado estableció disposiciones y normas que aseguraban el control de la riqueza y la acumulación de capitales para beneficio propio. Algunos de los mecanismos utilizados para estos fines fueron la imposición de impuestos y tasas ilegales, las filtraciones de recursos desde el Estado, el cobro de comisiones y la formación de un monopolio empresarial con el que acumuló una gran fortuna personal. Asimismo, se redujeron los salarios y se prolongaron las jornadas de trabajo. Ante las crisis económicas que enfrentó el régimen a finales de

la década de 1950, se decidió reducir el gasto social, práctica que se mantuvo ante subsiguientes aprietos financieros.²⁸

La dictadura de Trujillo se caracterizó por una ideología anticomunista, el culto a la personalidad y la represión brutal a cualquier oposición. Se cometieron constantes violaciones a los derechos humanos, a las libertades civiles y cualquier persona podía ser asesinada o encarcelada y torturada en las prisiones clandestinas del régimen.²⁹

La asistencia social en esa época era prácticamente nula, con excepción de la celebración del "Día del Pobre", en el que se entregaba comida y dinero a la población de menores ingresos. Estos antecedentes sirvieron como base para la creación de una visión clientelar y asistencialista del Estado respecto a la seguridad social. Cabe destacar que la importancia de la asistencia social en República Dominicana se debe a la ineficacia de las políticas sociales, pues, como dicen Cañete y Dotel, existe una "interdependencia [...] entre las políticas sociales y la asistencia social, pues las debilidades de la primera se reflejan de manera directa en la segunda". Es decir, más que una provisión institucionalizada del bienestar, con beneficios y procedimientos establecidos normativamente, el gobierno instrumentaba acciones que asemejaban más a la caridad.³⁰

En 1962, la Caja Dominicana de Seguros Sociales cambia de nombre a Instituto Dominicano de Seguros Sociales (IDSS), mediante la Ley núm. 8952, en la que se establece la autonomía de la institución y su composición tripartita: Estado, trabajadores y empleadores.³¹ Las contribuciones eran del 12.5 % del salario de las personas trabajadoras, que ponían un 2.5 %, lo mismo que el gobierno, y las empresas aportaban el 7.5 % restante. Sin embargo, el gobierno rara vez realizaba su

²⁷ *Idem.*

²⁸ Rosa Cañete Alonso y Olaya O. Dotel, *Política social en República Dominicana 1930-2007: ¿Inclusión o asistencialismo?*, Centro de Estudios Sociales Padre Juan Montalvo, S. J./BID, Santo Domingo, 2007.

²⁹ Augusto Sención Villalona, *La dictadura de Trujillo (1930-1961)*, Archivo General de la Nación, Santo Domingo, 2012.

³⁰ Arlette Pichardo Muñiz, Sandra Suñol y Juan Luis Castillo, *La seguridad social en la República Dominicana*, Instituto Tecnológico de Santo Domingo, Santo Domingo, 2007.

³¹ SISMAP Municipal, *op. cit.*



aportación.³² La protección de la IDSS era exclusiva para quienes trabajaban en el sector privado y contaban con un sueldo no mayor a un límite o techo máximo establecido —tan bajo como 1.6 veces el salario mínimo o más, y el cual no se ajustaba ante las variaciones de precios y salarios—, lo que excluía de la afiliación al resto.³³ Aunque el techo salarial se modificó desde 1985 debido a la rápida inflación, antes de eso se mantuvo sin cambios durante años. En consecuencia, muchos trabajadores se quedaban sin aseguramiento, en particular los de salario medio y alto y, debido a la falta de ajustes en el techo salarial, aumentaba el número de personas trabajadoras sin protección.³⁴

Adicionalmente, el esquema de protección para los familiares dependientes del trabajador asegurado era uno de los más restringidos de América Latina y el Caribe. Únicamente la espo-

sa legal y los hijos de ésta gozaban de cobertura, que se limitaba a la atención por maternidad —no por enfermedad— y pediátrica —sólo en el primer año de vida. Las esposas de derecho consuetudinario estaban excluidas, al igual que los cónyuges masculinos, aunque estuvieran legalmente casados y tuvieran una discapacidad. De igual modo, las personas jubiladas y los hijos de hombres asegurados, pero cuyas parejas —y madres de sus hijos— no estuvieran aseguradas, tampoco contaban con protección.³⁵

En cuanto a la licencia de maternidad, las mujeres aseguradas tenían prestaciones de enfermería durante 12 meses después del nacimiento del hijo y tenía derecho a licencia retribuida a mitad de su salario. Finalmente, para recibir la pensión por vejez era requisito haber cumplido los 60 años y contar con un mínimo de 800 sema-

³² El IDSS estima que la falta de pagos del gobierno supera los 2.5 billones DOP. Véase Robert J. Palacios, *op. cit.*

³³ OPS y Consejo de Instituciones de Seguridad Social de Centroamérica y República Dominicana (CISSCAD), *Seguridad Social en Centroamérica y República Dominicana: situación actual y desafíos*, Washington D. C., 2020.

³⁴ Carmelo Mesa-Lago, *Health Care for the Poor in Latin America and the Caribbean*, Pan-American Health Organization e Inter-American Foundation, Washington D. C., 1992.

³⁵ *Idem.*

“La asistencia social en esa época era prácticamente nula, con excepción de la celebración del ‘Día del Pobre’, en el que se entregaba comida y dinero a la población de menores ingresos. Estos antecedentes sirvieron como base para la creación de una visión clientelar y asistencialista del Estado respecto a la seguridad social.”

nas de cotizaciones y la indexación pensional era de carácter discrecional y no automática.

Tras la muerte del dictador, República Dominicana entró en un periodo de inestabilidad política en la que diversos presidentes fueron derrocados a menos de un año de asumir el cargo, dos triunviratos subieron al poder y una guerra civil estalló. Por último, en 1966 se llevaron a cabo elecciones presidenciales en las que ganó Joaquín Balaguer —quien había sido el último presidente títere de la dictadura de Trujillo entre 1960 y 1962—, y se mantuvo en el poder hasta 1978.

Con esto inició una nueva etapa en República Dominicana, en la que se pone al Estado como agente fundamental del desarrollo social y económico. Sin embargo, el nuevo presidente, del Partido Reformista Social Cristiano, recibió un país en bancarrota e invadido por Estados Unidos. Así, para crear la base social que necesitaba, la administración de Balaguer creó una red clientelar política y económica. La entrega de alimentos y dinero fue una de las principales políticas de asistencia social en República Dominicana. Para esto, se asignó, además del Día del Pobre, el Día de la Madre, el Día de Reyes y campañas electo-

rales para la repartición de las dádivas, realizada por agencias gubernamentales. De este modo, se podría decir que se institucionalizó la práctica clientelar y se creó así un subsistema paralelo al de las instituciones de seguridad social. Como consecuencia, se fue arraigando una cultura paternalista, tanto por parte del Estado como de las personas beneficiarias, quienes en vez de demandar la protección como un derecho humano, se encontraban en posición de dependientes y a la espera de ayuda. Por supuesto, estas políticas de carácter clientelar y asistencial brindaban un nivel de protección muy precario. En contraste, en 1966 se instituyó con carácter obligatorio el seguro de vida, cesantía e invalidez para los funcionarios y empleados públicos con sueldos mensuales de hasta 400 DOP, mediante la Ley núm. 82.³⁶

En 1978, después de años en la oposición, llegó al poder el Partido Revolucionario Dominicano (PRD) con Antonio Guzmán. Las promesas de campaña y las expectativas de la sociedad dominicana apuntaban a reformas democráticas y sociales a favor de la redistribución económica, la participación política de la ciudadanía y la

³⁶ Arlette Pichardo Muñiz, Sandra Suñol y Juan Luis Castillo, *op. cit.*

mejora del bienestar de la población. En los primeros años de la administración se aumentaron los salarios, se impusieron controles de precios, se crearon nuevos empleos públicos y se invirtió en infraestructura; también hubo un incremento del gasto público en salud, del 2 % del PIB.³⁷ Sin embargo, el gobierno del PRD no consiguió cambios significativos, sino una continuidad en las políticas sociales del país. Las restricciones por la deuda externa, el empeoramiento de los desequilibrios comerciales, los crecientes déficits fiscales, la resistencia empresarial a la redistribución de ingresos y el escaso apoyo de su propio partido causaron que el presidente Antonio Guzmán no lograra articular un programa social y económico como el anunciado en su campaña.

El descontento social no tardó en manifestarse en movilizaciones y protestas de organizaciones obreras.³⁸ Ante esto —y con el intento del gobierno de controlar las actividades comerciales— el sector empresarial se movilizó contra la administración de Guzmán. Incluso, de 1979 a 1981, "las asociaciones empresariales se convirtieron en foros abiertos para ataques severos contra la administración".³⁹

Asimismo, el sistema pensional dominicano estaba muy poco desarrollado: en 1980 sólo el 11.6 % de la PEA estaba cubierta por el régimen de pensiones, el cual era de carácter completamente contributivo.⁴⁰ Un año después, en 1981, se formó el fondo de jubilaciones y pensiones del Estado para los funcionarios y empleados públicos, quienes se regían por un esquema que brin-

daba beneficios según el salario promedio de los últimos tres años cotizados. A la larga, este sistema resultó financieramente insostenible.⁴¹ También existían cajas y fondos de pensiones de carácter complementario y sectorial, con afiliación exclusiva de grupos específicos de trabajadores, como choferes, trabajadores portuarios, hoteleros y gastronómicos, entre otros, así como planes de pensiones privados, de empresas y corporativos con reglas internas.⁴² Por su parte, las Fuerzas Armadas y la Policía Nacional contaban con su propio esquema previsional, el Instituto de Seguridad Social de las Fuerzas Armadas y la Policía Nacional (Issfapol), formado en 1982, con una fórmula de beneficio definido más generosa y una cobertura de salud más amplia que la de los empleados privados. Mientras que para los afiliados al IDSS la fórmula de acumulación era el 40 % del promedio de los ingresos de los dos últimos años, para el Issfapol era del 3 % por año de servicio con una tasa de reemplazo máxima del 80 %. Sin embargo, en la práctica las fórmulas tenían poca relevancia, puesto que la gran mayoría de la gente pensionada recibía la pensión mínima, independientemente de sus años de cotización y las tasas de reemplazo.⁴³ En 1987, la pensión mensual promedio de los jubilados era de 111 DOP.⁴⁴

A diferencia de la cobertura para trabajadores del sector privado, el aseguramiento por el Issfapol incluía a los trabajadores activos y jubilados, así como a sus cónyuges e hijos hasta los 25 años si son estudiantes, a las hijas sin límite

³⁷ *Hoy digital*, "Una visión diferente de la salud pública", Santo Domingo, 23 de agosto de 2004. Disponible en <https://hoy.com.do/una-vision-diferente-de-la-salud-publica-2/>

³⁸ Después del triunfo del PRD en agosto de 1978, el número de sindicatos registrados aumentó dramáticamente: en menos de dos meses cerca de 100 nuevos sindicatos fueron certificados por el Ministerio de Trabajo. Véase Rosario Espinal, "Economic Restructuring, Social Protest, and Democratization in the Dominican Republic", *Latin American Perspectives*, núm. 3, vol. 22, pp. 63-79, 1995.

³⁹ *Idem*.

⁴⁰ Gabriel Ondetti, "International Migration and Social Policy Underdevelopment in the Dominican Republic", *Global Social Policy*, núm. 1, vol. 12, pp. 45-66, 2012.

⁴¹ OP y CISSCAD, *op. cit.*

⁴² *Idem*.

⁴³ Robert J. Palacios, "Pension Reform in the Dominican Republic", *Social Protection Discussion Paper Series*, Banco Mundial, Washington D. C., 2003.

⁴⁴ Carmelo Mesa-Lago, *op. cit.*

“Asimismo, el sistema pensional dominicano estaba muy poco desarrollado: en 1980 sólo el 11.6 % de la PEA estaba cubierta por el régimen de pensiones, el cual era de carácter completamente contributivo.”

de edad y a los padres. Además, la calidad de los servicios médicos era mejor que la ofrecida por el IDSS.⁴⁵

La población de menores ingresos, sin empleo o en trabajos informales se atendía en la red hospitalaria de la Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social (SESPAS), órgano rector de la política sectorial de salud y que también operaba como proveedora directa de servicios. Según las leyes dominicanas, la SESPAS debía brindar atención médica gratuita a las personas en situación de pobreza, pero en la práctica carecía de recursos suficientes —problema agudiza-

do por los recortes presupuestarios sufridos en la década de 1980— y la mayoría de la población no estaba cubierta.⁴⁶

El mayor gasto de la SESPAS se destinaba a la medicina curativa. Sin embargo, entre 1975 y 1986 la Secretaría implementó programas enfocados a la prevención y la atención primaria en áreas rurales y urbanas marginales. Con apoyo y recursos de organismos internacionales se construyeron centros de salud y clínicas rurales y suburbanas. Empero, estos programas tuvieron serias deficiencias administrativas, por lo que dejaron de funcionar.⁴⁷

⁴⁵ *Idem.*

⁴⁶ *Idem.*

⁴⁷ *Idem.*

7.5. La etapa de las transformaciones: del periodo neoliberal a la definición universalista de la seguridad social dominicana

7.5.1. El periodo neoliberal

El presidente sucesor, Salvador Jorge Blanco (1982-1986), también del PRD, al asumir el cargo pidió medidas de austeridad dirigidas a reducir el déficit fiscal. Para esto, en 1983 firmó una serie de acuerdos con el FMI que incluían la promulgación de un impuesto a las ventas, la reducción o eliminación de subsidios públicos, la reducción de la oferta monetaria y la libre flotación del peso dominicano. Tales decisiones se hicieron con medidas verticales, a puerta cerrada, por un pequeño equipo de tecnócratas estatales.

Los resultados del acuerdo fueron una reducción del déficit fiscal y del gasto público, pero a expensas de un terrible deterioro de la calidad de vida de la población. Aproximadamente la mitad de los habitantes del país tenía un ingreso por debajo de la línea de pobreza; el 25 % de las familias estaban en pobreza indigente; el alfabetismo rondaba



el 30 %; casi el 40 % carecía de agua potable y el 70 % de alcantarillado y limpieza de basura.⁴⁸

En 1984, la tasa de crecimiento del PIB fue menor del 1 %, el ingreso per cápita cayó un 3 % y los salarios también disminuyeron. En 1985, el consumo privado cayó al 13.7 %, probablemente por la inflación y la carga tributaria; de igual manera, la tasa de desempleo también alcanzó un récord del 27.2 % y el PIB tuvo una reducción del 3.2 %.⁴⁹

El sector empresarial y el financiero aprobaron el acuerdo y se convirtieron en fuertes aliados del gobierno de Blanco. En cambio, se afectó gravemente a la clase media, particularmente por la eliminación de los subsidios gubernamentales de importaciones básicas como alimentos y medicinas. Sin embargo, la población de menores ingresos fue la más golpeada, y en 1984 salieron a las calles en protesta por el acuerdo con el FMI.⁵⁰

Durante este periodo se prepararon los Planes de Desarrollo Socio-Económico (Plandes), que consistían en diagnósticos, estrategias de desarrollo y proyectos de inversión que ayudarían a impulsar el desarrollo económico del país. Sin embargo, éstos no se llevaron a cabo, puesto que se otorgó mayor prioridad al desarrollo urbano.⁵¹ Respecto a esto, República Dominicana experimentaba un continuo y rápido proceso de urbanización: en 1950 sólo 1 de cada 4 habitantes residía en zonas urbanas, mientras que a comienzos de la década de 1980 eran ya más de la mitad. Dicho de otra forma, la población urbana aumentó 5.8 veces, en tanto la población rural lo hizo alrededor del 0.8 %, debido a la migración rural-urbana principalmente.⁵²

En 1982, el presidente, los principales sindicatos y la principal asociación de empleadores, con asistencia de la OIT, elaboraron una iniciativa para ampliar la cobertura del IDSS a todas las personas asalariadas, tanto del sector público como del privado, independientemente de su salario y con la posibilidad de elegir también instalaciones privadas.⁵³ No obstante, quienes ganaban mejores salarios se opusieron a la enmienda, pues se les exigiría pagar contribuciones al IDSS sin usar sus servicios, al preferir la atención privada. De tal modo, primero la cobertura se limitó a la red del IDSS y se eliminó la opción de usar el sistema privado, y posteriormente la reforma se desechó por completo. Este intento fallido no hizo más que fortalecer al sector privado, al representarle una victoria y erosionar aún más la imagen pública del IDSS.⁵⁴ Aunada a esta situación, la crisis económica de 1982-1985 provocó un recorte presupuestal drástico para la SESPAS.⁵⁵

Tras una disminución dramática de la popularidad de Jorge Blanco, Joaquín Balaguer volvió a la presidencia en 1986, lo cual hablaba del desencanto y desesperación de la sociedad dominicana por una mejor calidad de vida. Balaguer, en contraste con su predecesor, promovió un programa gubernamental de desarrollo y activación de la economía. Las inversiones masivas en obras públicas se convirtieron en la prioridad de su programa económico. El gasto de las obras dependía en parte de la impresión de dinero para cubrir los gastos, lo que provocó una inflación del 60 % y afectó aún más a las clases medias y trabajadoras. No obstante, Balaguer continuó con su programa hasta 1989, año en el que gastó 2511 millones de pesos en comparación con los 143.3 millones du-

⁴⁸ Rosa Cañete Alonso y Olaya O. Dotel, *op. cit.*

⁴⁹ Rosario Espinal, *op. cit.*

⁵⁰ *Idem.*

⁵¹ Rosa Cañete Alonso y Olaya O. Dotel, *op. cit.*

⁵² Nelson Ramírez, Isidro Santana, Francisco de Moya y Pablo Tactuk, *República Dominicana: Población y desarrollo 1950-1985*, Centro Latinoamericano de Demografía (Celade)/CEPAL, San José, 1988.

⁵³ Amanda Glassman, Michael R. Reich, Kayla Laserson y Fernando Rojas, "Political Analysis of Health Reform in the Dominican Republic", *Health Policy and Planning*, núm. 2, vol. 14, pp. 115-126, Oxford, 1999, p. 120.

⁵⁴ *Idem.*

⁵⁵ Carmelo Mesa-Lago, *op. cit.*

“ En 1982, el presidente, los principales sindicatos y la principal asociación de empleadores, con asistencia de la OIT, elaboraron una iniciativa para ampliar la cobertura del IDSS a todas las personas asalariadas, tanto del sector público como del privado, independientemente de su salario y con la posibilidad de elegir también instalaciones privadas. No obstante, quienes ganaban mejores salarios se opusieron a la enmienda, pues se les exigiría pagar contribuciones al IDSS sin usar sus servicios, al preferir la atención privada. De tal modo, primero la cobertura se limitó a la red del IDSS y se eliminó la opción de usar el sistema privado, y posteriormente la reforma se desechó por completo. Este intento fallido no hizo más que fortalecer al sector privado, al representarle una victoria y erosionar aún más la imagen pública del IDSS. ”



rante sus primeros cinco meses de gobierno en 1986.⁵⁶ Asimismo, subió el precio de la gasolina en 100 % por el déficit fiscal y se resistió a hacer acuerdos con el FMI. Sin embargo, al final cedió a las presiones nacionales e internacionales para reducir el gasto público, renegociar la deuda y liberalizar la economía. Así, la década de 1980 tuvo un mal desempeño económico: entre 1971-1980 y 1981-1989, la tasa de crecimiento del PIB cayó del 7 % al 2.6 %; la del PIB per cápita pasó del 4.4 % al 0.2 %, y el promedio del consumo total anual bajó del 7 % al 1.1 %.⁵⁷ En 1988, República Dominicana tenía el tercer PIB per cápita más bajo de las Américas, después de Haití y Bolivia.⁵⁸

Pese al gran descontento social causado por su administración, Balaguer consiguió reelegirse en unas reñidas y poco transparentes elecciones en 1990.⁵⁹ Su supervivencia política era un problema preocupante, por lo que se dedicó a la entrega de favores y beneficios a cambio de lealtad política; es decir, continuó con su política de redes clientelares, además de sus programas asistenciales de entrega de alimentos y subsidios. Al tiempo, el gasto social se redujo a menos del 2 % del PIB y la pobreza se elevó del 47 % en 1984 y al 56 % en 1996.⁶⁰

En 1992, bajo presiones (y financiamiento) de organismos internacionales, como el BID, se creó el Fondo de Emergencia Social (FES) para el desarrollo de proyectos sociales, y paralelamente, en 1993, con el apoyo del BID y el PNUD, se formó el Fondo de Promoción a las Iniciativas Comunitarias (Procomunidad), con el objetivo de elevar la calidad de vida de la población de menores ingre-

sos mediante la canalización de recursos para la ejecución de proyectos locales. En este programa las comunidades determinaban sus prioridades, que eran atendidas en los pequeños proyectos ejecutados por organizaciones sociales. Al poco tiempo, el FES desapareció y Procomunidad se volvió la primera manifestación de un proceso de implementación de acciones sociales focalizadas y participativas.⁶¹

En la década de 1990 surgieron intentos de reformar el sector salud. El sistema enfrentaba una serie de problemas sistemáticos desde décadas atrás. Los servicios médicos eran de baja calidad, concentrados en la capital del país, aglomerados en el tercer nivel de atención y altamente ineficientes. Además, tenía diversos programas fragmentados, con servicios redundantes y subutilizados, por una parte, e instalaciones cerradas debido a la falta de personal y de recursos, por otra; así como gran corrupción e inestabilidad política —durante la década de 1990, la permanencia promedio en el cargo de un secretario de Salud era de menos de 8 meses—.⁶² Al igual que en otros países de la región, el personal de salud trabajaba tanto en el sector privado como en el público —donde los salarios son bajos y escatiman sus servicios para poder atender en la práctica privada—. En ocasiones, el personal médico remitía a sus pacientes a sus clínicas privadas para realizar los procedimientos y cobrar por ellos.⁶³

Pese a que casi el 60 % estaba en condición de pobreza, la cobertura de la SESPAS era de alrededor del 35 % en la década de 1990.⁶⁴ A su vez, el IDSS únicamente protegía al 6 % de la po-

⁵⁶ Rosario Espinal, *op. cit.*, p. 67.

⁵⁷ *Ibid.*, p. 68.

⁵⁸ Amanda Glassman *et al.*, *op. cit.*

⁵⁹ Aunque la transición democrática del país tuvo lugar desde 1978, después de un autoritarismo relativamente manifiesto, las elecciones de 1990 y 1994, en las que Joaquín Balaguer asumió la presidencia, estuvieron empañadas por acusaciones de fraude.

⁶⁰ Rosa Cañete Alonso y Olaya O. Dotel, *op. cit.*

⁶¹ Milena Lavigne y Luis Hernán Vargas, *Sistemas de protección social en América Latina y el Caribe: República Dominicana*, CEPAL, Santiago de Chile, 2013.

⁶² La inestabilidad política en el sector salud viene desde década antes: entre 1930 y 1974, se registraron 37 personas secretarías de salud. Una situación similar ha afectado al IDSS: 21 viceministros de 1978 a 1999.

⁶³ Amanda Glassman *et al.*, *op. cit.*, p. 116.

⁶⁴ *Ibid.*, p. 117.



blación en sus instalaciones de salud.⁶⁵ Además, la falta de recursos y “las precariedades con que operaba ocasionaba notables costos para los pacientes, sobre todo en farmacología y servicios de diagnóstico”.⁶⁶

En consecuencia, la baja cobertura, las serias deficiencias y los problemas de calidad del sistema de salud provocaron un uso masivo de servicios privados,⁶⁷ que crecieron rápidamente con regulaciones mínimas; muchas empresas y sus trabajadores comenzaron a hacer doble cotización por la atención médica: el aporte obligatorio al IDSS —que no respondía a sus necesidades— y pagos a proveedores privados y aseguradoras. Así, el sector privado se convirtió en el principal prestador de servicios en República Dominicana. Por supuesto, esto ocasionó una alta inequidad en el acceso a la salud, pues dependía de la capacidad de pago del individuo.⁶⁸

Esta situación impulsó el crecimiento de las igualas médicas, que son entidades privadas, reguladas por contratos privados, mediante los cuales se ofrecen planes de salud, en ocasiones al personal completo de empresas e instituciones. Aproximadamente el 15 % de la población, principalmente del sector formal, pertenecía a planes de las igualas médicas en 1995. Los planes variaban de precio, calidad y nivel de protección. Sin embargo, debido a que no estaban reguladas, podían modificar los criterios de cobertura y limitar los niveles de atención y servicios según la edad y el estado de salud de la persona. De esta forma, restringían su atención a la población más saludable y de mayores ingresos.

En 1992, la SESPAS emprendió un proyecto de “modernización” del sistema de salud, con la asistencia técnica y financiación del PNUD. Entre sus objetivos se incluían el mejoramiento de la

⁶⁵ Amanda Glassman *et al.*, *op. cit.*, p. 117.

⁶⁶ Isidoro Santana, *Las igualas médicas frente al seguro social (Estudio de la organización industrial de los servicios de salud en la República Dominicana)*, BID, Santo Domingo, 1997, p. 3.

⁶⁷ Oscar Cañón, Magdalena Rathe y Úrsula Giedion, Estudio de caso del Plan de Servicios de Salud PDSS de la República Dominicana, Nota Técnica IDB-TN-683, BID, 2014.

⁶⁸ Según la *Encuesta de Demografía y Salud* de 1991, aproximadamente el 60 % de las personas que tenían una enfermedad grave en último mes no buscó atención médica por razones económicas.

“ En consecuencia, la baja cobertura, las serias deficiencias y los problemas de calidad del sistema de salud provocaron un uso masivo de servicios privados, que crecieron rápidamente con regulaciones mínimas; muchas empresas y sus trabajadores comenzaron a hacer doble cotización por la atención médica: el aporte obligatorio al IDSS —que no respondía a sus necesidades— y pagos a proveedores privados y aseguradoras. Así, el sector privado se convirtió en el principal prestador de servicios en República Dominicana. Por supuesto, esto ocasionó una alta inequidad en el acceso a la salud, pues dependía de la capacidad de pago del individuo. ”

gestión de los recursos humanos, la introducción de nuevas formas de pago al personal médico y el desarrollo de un nuevo modelo de atención. Sin embargo, no hubo un seguimiento para implementar dichas acciones, por lo que los esfuerzos de reforma no prosperaron.⁶⁹

Un segundo esfuerzo se dio en 1995, cuando el Partido de la Liberación Dominicana (PLD), con la asistencia técnica de SESPAS y la OPS, elaboró una “Ley Nacional de Salud”, pero en ésta no daban solución a los problemas de financiamiento de los servicios de salud ni se trataba la regulación del sector privado, por lo que pronto acabó la discusión de la reforma.

Más tarde, en ese mismo año, se creó la Comisión Nacional de Salud (CNS) con el mandato de realizar trabajos de investigación para el diseño de un sistema de salud más eficiente y comprehensivo, con acceso a servicios básicos de calidad para toda la población, y el objetivo de reducir la inequidad y el gasto de bolsillo de los hogares.⁷⁰ La CNS funcionó principalmente con fondos del BID, el BM, la OPS, el PNUD y el gobierno de Japón.⁷¹

Las propuestas derivadas de dicho trabajo fueron las siguientes: “1) la separación del financiamiento de la provisión de servicios de SESPAS e IDSS; 2) la expansión masiva de la cobertura del IDSS; 3) la definición de un paquete básico de servicios (PBS) rentable para ser financiado por el sector público; 4) autonomía hospitalaria; 5) vinculación de productividad e incentivos en la fuerza laboral de salud (por ejemplo, mediante contratos médicos)”.⁷²

Estas propuestas estaban alineadas con las ideas presentadas en dos documentos del BM: el informe de 1993 titulado “Invertir en salud”, y el estudio, de 1987, “Financiación de los servicios de salud en los países en vías de desarrollo”.⁷³ Entre los objetivos estaban: garantizar la prestación de servicios básicos y de asistencia clínica esencial, el respaldo oficial a los sistemas de información sobre salud e investigación de operaciones, un cambio de atención hacia la prevención, reglamentación estatal de los seguros privados y mayor financiamiento de la salud.

Ante esto, diversos actores sociales se opusieron a la iniciativa, entre ellos las igualas médicas y el sector privado, pues habían adquirido

⁶⁹ En 1994, una consultora de investigación junto con la asociación de empleadores publicaron un plan de reforma que proponía la eliminación del IDSS. El nuevo director del IDSS aceptó, pero fue despedido al poco tiempo.

⁷⁰ Oscar Cañón, Magdalena Rathe y Úrsula Giedion, *op. cit.*

⁷¹ Amanda Glassman *et al.*, *op. cit.*

⁷² *Ibid.*, p. 118.

⁷³ John S. Akin, Nancy Birdsall, y David M. de Ferranti, *Financing Health Services in Developing Countries*, The World Bank, Washington D. C., 1987.

un espacio importante en las áreas de provisión y aseguramiento, además de haber generado pingües copiosas ganancias, por lo que se convirtieron en poderosas fuerzas políticas y sociales defensoras del *statu quo*.

Del mismo modo, la Asociación Médica Dominicana (AMD), un sindicato sumamente poderoso, se oponía a la reforma. En efecto, cada negociación entre el gobierno y la AMD terminaba en concesiones gubernamentales. Esta organización frecuentemente entraba en huelga y por largos periodos —como lo hizo en 1996 durante ocho meses para exigir mejores salarios y condiciones de trabajo—. El gobierno terminó por doblarles el sueldo y proporcionarles vivienda pública. No obstante, el ausentismo de dichos trabajadores de la salud era alto: usualmente trabajaban dos horas al día —en lugar de ocho—, dedicaban en promedio dos minutos por paciente, violaban reglas y no hacían cumplir el presupuesto adecuadamente.⁷⁴ Los empleadores y empleados formales protegidos por las igualas médicas tampoco apoyaban los cambios, puesto que se les obligaría a contribuir al sector público y tendrían que realizar una doble cotización. La transición histórica a la democracia que atravesaba República Dominicana, y el ambiente preelectoral de finales de 1995 y principios de 1996, hizo que la reforma sanitaria pasara a segundo plano, pero con la posibilidad de que el nuevo gobierno adoptara las propuestas desarrolladas por la CNS.⁷⁵

Con todo, las administraciones del PRD acabaron por responder a las presiones internacionales y nacionales para la reestructuración económica orientada al mercado y a la reducción del gasto público, con un enfoque tecnocrático, sin la participación de la población. Así, no lograron realizar las reformas democráticas y sociales que prometían una redistribución del ingreso y una mejora de la calidad de vida de la población.

En 1996 ganó las elecciones Leonel Fernández, un joven abogado con estudios en Estados Unidos y candidato del Partido de Liberación Dominicana (PLD). Al asumir la presidencia, Fernández elaboró un detallado plan para gobernar, en el cual la reforma de salud no era una prioridad. Entre 1997 y 2001 se realizaron varios proyectos pilotos en los que se puso a prueba la provisión del Plan Básico de Salud (PBS). Para esto, se contrataron servicios públicos y privados, los cuales recibían un pago per cápita. Sin embargo, a los proyectos no se les dio continuidad y se abandonó la implementación del PBS, que era muy rudimentario y limitado, pues sólo incluía la atención a parte de los servicios de segundo nivel.⁷⁶

En cuanto al sistema de pensiones, para finales del siglo XX, la afiliación era de apenas un tercio de la fuerza laboral, y una proporción aún menor (el 18.1 %) de los adultos mayores recibían pensiones. Asimismo, el gasto total en prestaciones previsionales, incluida la discapacidad y las personas sobrevivientes, era del 0.8 % del PIB. Además, debido a los altos niveles de informalidad de la economía dominicana y a los bajos salarios, la cobertura del IDSS se veía cada vez más limitada y las recaudaciones más bajas. Esto incrementó el déficit actuarial del fondo y afectó el valor de las pensiones otorgadas, por lo que la mayoría de los trabajadores (más del 95 %) terminaban recibiendo una pensión mínima (1216.8 DOP mensuales) al margen de los años cotizados. Además, el carácter de la indexación pensional era discrecional y no automática; las tasas de acumulación no eran lineales —el 2.6 % los primeros 16 años y el 1 % para cada año posterior— y la pensión mínima era determinada, en última instancia, por un decreto gubernamental y no por la fórmula de beneficios. Es decir, esencialmente no había un vínculo entre lo que pagaban al sistema y la pensión que recibían.⁷⁷

⁷⁴ Amanda Glassman *et al.*, *op. cit.*

⁷⁵ *Idem.*

⁷⁶ Oscar Cañón, Magdalena Rathe y Úrsula Giedion, *op. cit.*

⁷⁷ Robert J. Palacios, *op. cit.*

Asimismo, había una discordancia entre los afiliados y las cotizaciones: la razón de pensionados a cotizantes era aproximadamente de 17:1 en el cambio de siglo.⁷⁸ Cabe mencionar que las cotizaciones hechas al IDSS no tenían una separación formal, de modo que todos los recursos iban a un fondo común con el que se financiaba el sistema previsional y de salud. Este último absorbió casi las tres cuartas partes de los recursos en 1994.⁷⁹

A finales de la década de 1990, las discusiones relacionadas con una reforma previsional comenzaron a tomar fuerza. En 1996, el presidente Fernández creó una comisión tripartita para el desarrollo de una iniciativa de seguridad social, en la cual se proponía un esquema de dos pilares, uno de reparto y otro de capitalización individual. A su vez, en las elecciones de diputados y senadores de 1998 —las primeras separadas de las presidenciales—, diversos candidatos prometieron impulsar reformas y proyectos de ley sobre seguridad social, y elaboraron iniciativas entre las cuales se encontraban propuestas constituidas por dos pilares: de capitalización individual y un fondo de solidaridad social, financiado por el Estado. Así, al poco tiempo de la toma de posesión, en el Senado ya había cuatro proyectos referentes a la seguridad social, los cuales servirían como punto de partida para redactar la ley que rige actualmente el sistema.

Como parte de la discusión de la reforma, se realizó una consulta a nivel nacional, para lo cual se creó la Comisión Permanente de Seguridad Social en 1998. Así, las propuestas se dieron a conocer a la ciudadanía mediante la distribución de ejemplares impresos y se organizaron “vistas públicas” a las distintas provincias del país para conocer las necesidades y las demandas de la población; estas medidas se extendieron incluso a ciudades de Estados Unidos en donde se encontraban residentes dominicanos. Como se expone

más adelante, fue en el cambio de siglo que se aprobó la Ley 87-01, que creó el Sistema Dominicano de Seguridad Social.⁸⁰

Al tiempo, a partir de 1996 surgió, por un lado, una fuerte tendencia a la focalización en las políticas sociales y, por otro, la dispersión del gasto público entre múltiples instituciones. Así, persistían las prácticas clientelares y asistenciales junto con los nuevos instrumentos de focalización. Los acuerdos de la Cumbre Mundial de Desarrollo, realizada en 1995 en Copenhague, influyeron de manera importante en las acciones que se tomaron en la política social dominicana. Dentro de los principales acuerdos de la Cumbre se encontraban la reducción de la pobreza, la creación de empleos y la promoción de la integración social. Para cumplir con ello, se creó la Comisión Nacional para la Promoción del Desarrollo Social y se elaboró el Plan Nacional de Desarrollo Social (PNDS) en 1998, que disponía directrices para la ejecución de acciones sociales. A partir de esto, se pusieron en marcha dos programas importantes para el combate a la pobreza: el Mapa de la Pobreza y el Plan para la Reducción de la Pobreza “Comunidad Digna”.

El Mapa de la Pobreza (MP), elaborado por la Oficina Nacional de Planificación (Onaplan), recolectó información sobre la calidad de vida en provincias, municipios, áreas urbanas y rurales. Con esto se obtuvieron por primera vez estimaciones de los niveles de pobreza de todo el país. Así, se focalizaron las acciones sociales en las áreas geográficas más necesitadas.

En el MP se elaboró el Plan para la Reducción de la Pobreza “Comunidad Digna”, conformado por un conjunto de programas estatales entre los que se encuentran la Comisión Presidencial para el Desarrollo Barrial, la Comisión Presidencial para el Desarrollo Provincial y los Consejos Provinciales de Desarrollo, todos ellos dedicados

⁷⁸ *Ibid.*, p. 9.

⁷⁹ Isidoro Santana, *op. cit.*, p. 5.

⁸⁰ Superintendencia de Pensiones, “Historia”, Gobierno de República Dominicana. Disponible en <http://www.sipen.gov.do/index.php/sobre-nosotros/historia>

a instrumentar proyectos locales y de pequeña escala, gestionar conflictos, canalizar demandas de sectores populares y fomentar el desarrollo de las comunidades. No obstante, muchas veces las funciones de los programas se duplicaban con las de las Secretarías de Estado y la falta de planificación y coordinación de las distintas acciones sociales, lo que provocó situaciones de conflicto e ineficacia para atender a las necesidades de la población.

Pese al incremento del presupuesto y a su institucionalización, los programas de asistencia social no fueron tan efectivos como se esperaría, pues presentaban importantes debilidades como la falta de monitoreo y evaluación, escasa coordinación e integración con políticas de cobertura universal, elevados costos administrativos, irregularidades, corrupción, falta de criterios técnicos y, por tanto, discrecionalidad clientelar en la selección de beneficiarios y poca participación de la ciudadanía.⁸¹

Así, la visión de la política social en la República Dominicana fue predominantemente asistencialista, lo que no generó procesos de superación de la pobreza, ni logró un cambio estructural en la desigualdad social y la vulnerabilidad de la población; tampoco se incluyeron a los sectores sociales típicamente excluidos y se deterioró la calidad de vida de la población dominicana.

Por su parte, la influencia externa ha sido un elemento importante para el desarrollo de la política social del país. Mediante apoyo monetario, asistencia técnica y ejecución de proyectos, los organismos internacionales han fungido como actores importantes para establecer directrices en el sistema de seguridad social. Esto contribuyó con el desarrollo de instrumentos de focalización, que sin duda ayudaron a atenuar las limitaciones del sistema dominicano, pero no comprendieron programas de desarrollo para el acceso universal y de calidad a las prestaciones sociales y, por

ende, no combatieron genuinamente la exclusión. Al respecto, el hecho de que desde su inicio el sistema de seguridad social dominicano estaba dirigido hacia la población de menores recursos, dejando fuera a las personas de medianos y mayores ingresos, dificultó la expansión de la cobertura a todos los segmentos de la población y la unificación del sistema, pues estos últimos contaban con un sistema de protección copagado sin necesidad de aportar al sistema público de protección. Como consecuencia, la protección social estaba dividida por clases sociales.

7.5.2. Hacia la expansión de derechos: de 2000 a 2020

En las últimas dos décadas, el crecimiento económico de República Dominicana fue de los más altos de América Latina y el Caribe, por ejemplo, en 2005 creció hasta 9.4 %, en 2010 al 8.3 %, y en 2019 creció al 5 %, esto es un crecimiento promedio anual del 0.5 %, entre 2000 y 2019. Esto permitió reducir la pobreza y la desigualdad. La tasa de pobreza disminuyó del 49.5 % al 28.9 % entre 2004 y 2016,⁸² mientras que el coeficiente de Gini pasó de 50 a 43.7 entre el 2000 y el 2018.

En lo que va del siglo XXI, se han registrado progresos importantes en el sistema de seguridad social de República Dominicana. Como se mencionó anteriormente, desde finales del siglo pasado, la necesidad de reformar el sistema era un tema de discusión en la agenda pública; sin embargo, su realización había sido postergada. Los cambios normativos al sistema se lograron hasta 2001, en un contexto de cambio de gobierno, descontento social por el aumento de los precios del combustible y la adhesión a los Objetivos del Milenio.

⁸¹ Rosa Cañete Alonso y Olaya O. Dotel, *op. cit.*, p. 8.

⁸² Las cifras corresponden a la medición de pobreza monetaria con la metodología nacional. Al utilizar como referencia la línea de pobreza internacional (1.9 USD), el porcentaje se redujo del 3.9 % al 0.4 %. Véase World Bank, *Data Bank-World Development Indicators*. Disponible en <https://databank.worldbank.org/source/world-development-indicators#>

“Por su parte, la influencia externa ha sido un elemento importante para el desarrollo de la política social del país. Mediante apoyo monetario, asistencia técnica y ejecución de proyectos, los organismos internacionales han fungido como actores importantes para establecer directrices en el sistema de seguridad social.”

En años anteriores se había intentado —pero sin resultados— modificar el sistema de seguridad social dominicano, debido a la falta de consenso entre quienes reclamaban un sistema de protección universal y eficiente, y los que se apegaban al esquema tradicional. Esto profundizó el desfase entre la demanda social de protección y la exigua oferta pública. El último esfuerzo de promover modificaciones en la ley fue en 1998-1999 —con el cambio de legislatura—, cuando en el Senado se presentaron cuatro propuestas distintas⁸³ y se realizó una consulta nacional para conocer las demandas de la población, las cuales coincidieron en la exigencia de un sistema que cubriera a todas las personas de manera efectiva e integral.

La materialización de estos reclamos en una reforma requirió conformar una Comisión Permanente de Seguridad Social en el Senado, así como negociar y concertar el contenido de la propuesta con el Consejo Nacional de la Empresa Privada

(CONEP), el Consejo Nacional de la Unidad Sindical (CNUS) y la Asociación Médica Dominicana (AMD), que son las “organizaciones más representativas de las fuerzas productivas del país”.⁸⁴ Además, fue necesaria la mediación de la Comisión Ejecutiva para la Reforma del Sector Salud (CERSS) —organismo responsable de desarrollar y llevar a cabo los ajustes para actualizar el sistema de salud— y la voluntad política del presidente Hipólito Mejía (2000-2004).⁸⁵

En estas negociaciones se precisaron los componentes del Seguro Familiar de Salud, se definieron las cotizaciones y la distribución del SDSS en tres regímenes; se acordó la creación de una tesorería para la administración de fondos, y de una AFP pública que se encarga de gestionar el Fondo de Solidaridad Social, así como la composición del Consejo Nacional de Seguridad Social (CNSS). Este proceso concluyó en 2001 cuando el presidente Hipólito Mejía “utilizó su influencia en el Congreso para acelerar su aprobación en ambas Cámaras”.⁸⁶

En ese año comenzaron las reformas que configuraron el actual sistema de seguridad social, en el cual ésta se reconoce como un derecho para toda la población, lo que cambia la visión gubernamental y promueve la consolidación de un sistema distante del clientelismo político que lo había caracterizado en etapas previas. La Ley General de Salud N° 42-01 y la N° 87-01 de Seguridad Social tienen un espíritu de participación social ligado al reconocimiento de los derechos y a la necesidad de una sociedad más justa y equitativa. En este sentido, el andamiaje normativo fue una conquista, aunque todavía se enfrentan retos importantes para consolidar el sistema de seguridad social como una herramienta de protección ante riesgos para toda la población.

⁸³ Proyecto tripartito impulsado por la Presidencia, Proyecto de los Senadores del Acuerdo de Santo Domingo, Proyecto de Estancias Infantiles y Proyecto de Bienestar Social para la protección de adultos indigentes y madres solteras.

⁸⁴ Arismendi Díaz, *Cómo se diseñó y concertó la ley de seguridad social*, Santo Domingo, 2004, p. 127.

⁸⁵ Hipólito Mejía fue el candidato del PRD. El lema de su campaña fue “la esperanza de la gente”, con el cual buscaba transmitir su compromiso de combate a la pobreza y a la corrupción. Véase Rosario Espinal, *República Dominicana. El retorno del PRD al poder. Nueva Sociedad*, núm. 178, p. 20.

⁸⁶ Arismendi Díaz, *op. cit.*



Estos avances legales no se han materializado completamente, debido a diversos factores. Para empezar, la implementación de las reformas lidió en 2003 con una crisis económica ocasionada por la falta de supervisión y regulación del sector bancario, que inició con el colapso del Banco Intercontinental y la quiebra del Banco de Crédito y del Banco Mercantil. El peso dominicano perdió el 67 % de su valor frente al dólar, el PIB cayó en un 1,9 %, la deuda pública aumentó en 57 % y el desempleo, en 2,3 puntos porcentuales. Ante la magnitud de la crisis, el FMI, el BM y el BID otorgaron préstamos por 600, 318 y 400 millones de USD, respectivamente.⁸⁷ En este sentido, la falta de recursos presupuestarios representó un reto inicial importante.

Sin embargo, también es necesario tomar en cuenta la contraposición entre los intereses colectivos y los de operadores privados, con poder consolidado desde el siglo anterior, que ha derivado en que las modificaciones sean lentas e incluso se hayan excedido los 10 años de transición previstos en la Ley N° 87-01. En este sentido, el poder de veto de los representantes del sector público, los empresarios y sindicatos dentro del CNSS⁸⁸ —entidad rectora del sistema de seguridad social— ha provocado que éste enfrente dificultades en los procesos de concertación.⁸⁹ Aunque su composición incentiva el diálogo y la negociación entre los sectores, ha generado que el avance de las reformas y la aprobación de reglamentos que rigen a los participantes del sis-

⁸⁷ Rosa Canete y Olaya Dotel, *Política social en República Dominicana 1930-2007. ¿Inclusión o asistencialismo?* Centro de Estudios Sociales Padre Juan Montalvo, S. J. 2007.

⁸⁸ El CNSS se integra por el ministro de Trabajo, el ministro de Salud Pública y Asistencia Social, el director general del Seguro Social (IDSS), el director del Instituto de Auxilios y Viviendas (Inavi), el gobernador del Banco Central, un representante de la Asociación Médica Dominicana (AMD), un representante de los demás profesionales y técnicos de la salud, tres representantes de los empleadores, tres de los trabajadores, uno de los gremios de enfermería y uno de los profesionales y técnicos.

⁸⁹ La seguridad social reta la concertación en *Hoy Digital*, 27 de julio de 2013. Disponible en <https://hoy.com.do/la-seguridad-social-reta-la-concertacion/>

tema se den de forma más lenta.⁹⁰ Esto es notorio en el sector salud, donde los intereses de los operadores han sido frenos al establecimiento de políticas que tengan efectos más profundos en el bienestar de las personas.

De igual forma, ha repercutido la larga tradición clientelar, en tanto que el sistema de partidos sigue caracterizándose por una competencia electoral particularista, en oposición a una guiada por proyectos programáticos, con claras diferencias ideológicas, por lo que es más importante el candidato que la marca partidista.⁹¹ Esto implica que una parte importante del trabajo de los legisladores se oriente a otorgar bienes particularistas a los integrantes de su distrito, así, en "el periodo 1998-2010, el 34 % de las proposiciones de ley de los diputados dominicanos tuvo como objetivo gestionar una pensión para un elector de su circunscripción".⁹² Para este fin utilizan por lo regular, el denominado Fondo de Gestión Social Legislativa, que les permite incluir a beneficiarios de pensiones y otro tipo de apoyos sociales sin necesitar de la intervención del Ejecutivo.⁹³ Así pues, su sobrevivencia electoral depende más de la asignación de bienes específicos que de la promoción de leyes o acciones orientadas a la atención de amplios grupos poblacionales, lo que incluye a las políticas de seguridad social.

Otro elemento importante es la influencia de organismos multilaterales en el diseño y promoción de los cambios instaurados en el periodo. Como se explicó en la sección previa, la OPS, el BM y el PNUD fueron fundamentales en el desarrollo de las propuestas que posteriormente influirían en la reforma al sistema de salud —que se analiza en el siguiente apartado—, en tanto que la

condicionalidad de los préstamos otorgados por organismos como el BID o el BM determinarían las características principales de los programas de atención a las personas en condición de pobreza. Tales organismos se centraron en promover la transparencia de las asignaciones presupuestarias y en fortalecer el marco institucional del sector salud y de la política social.

Entonces, aunque el sistema dominicano ha realizado avances en la extensión de la cobertura, en la institucionalización de mecanismos de operación y en la definición clara de actores, a casi 20 años de la instauración de un entramado normativo con vocación universalista y con base en un enfoque de derechos, el sistema de seguridad social sigue descansando, principalmente, en la protección sujeta a contribuciones laborales. Ante la falta de información detallada sobre los procesos políticos y sociales subyacentes a esta lenta implementación, en los siguientes apartados se presenta de manera descriptiva la evolución de los componentes del sistema de seguridad social.

7.5.2.1. La reforma del sistema de salud

Antes de la reforma, el sistema de salud estaba segmentado; las personas trabajadoras formales estaban afiliadas al IDSS, mientras que la población empleada en la informalidad o en situación de vulnerabilidad acudía a la red hospitalaria de la SESPAS, hoy Ministerio de Salud. Aunado a esto, la provisión de los servicios estaba marcada por deficiencias, lo cual se reflejó en la contratación masiva del sector privado, que carecía de supervisión y regulación del Estado.⁹⁴ De manera que, a

⁹⁰ Para que algo se apruebe, además de contar con el voto de la mayoría, se debe tener al menos un voto (un representante) de cada uno de los sectores.

⁹¹ Matthew Singer, "Dominican Republic", en Yi-ting Wang (coord.), *Research and Dialogue on Programmatic Parties and Party Systems: Case Study Reports*, IDEA Project –PO 134-01/2401, 8 de enero de 2020.

⁹² Ana Belén Benito Sánchez, "Pobres y electores. Universalidad y focalización de la política social en la República Dominicana 2006-2012", *Revista Internacional de Sociología*, núm. 3, vol. 77, 2019.

⁹³ *Idem*.

⁹⁴ PNUD, *Seguridad social y asistencia social en Política social, capacidades y derechos. Análisis y propuestas de políticas sociales en República Dominicana*, Santo Domingo, 2010.

principios del siglo, dos de cada tres personas estaban afiliadas a alguna iguala médica o servicio de salud privado.⁹⁵

El vacío jurídico en el que operaban estas empresas —por ejemplo, la inexistencia de controles de calidad— permitió prácticas perversas tales como negarse a asegurar a ciertas personas —como las adultas mayores— por el alto costo que significa su atención.⁹⁶ También fortaleció su posición como actores políticos que frenaron intentos de reforma en los que se pretendía la gestión total del Estado en el sector salud. A raíz de ello, estas empresas fueron incluidas en las leyes de 2001 en una nueva figura —Aseguradoras de Riesgos de Salud— bajo supervisión y control del Estado.

La Ley General de Salud (N° 42-01), que regula las acciones del sector, y la ley que crea el Sistema Dominicano de Seguridad Social (N° 87-01) aspiraban a un sistema equitativo y universal que ofreciera el mismo paquete de beneficios a toda la población, independientemente de su condición de ocupación. Para cumplir con este objetivo era necesario realizar transformaciones en la organización del sistema nacional de salud y en la distribución de funciones. De acuerdo con las leyes mencionadas, este proceso debía tomar alrededor de 10 años; sin embargo, su implementación ha demorado más de lo esperado.

La SESPAS empezó a fungir como entidad rectora y contaba con las Direcciones Regionales de Salud y las Direcciones Provinciales de Salud para ejercer acciones de fiscalización en sus ámbitos de actuación. En este marco, el IDSS dejó de ser un mero regulador y administrador de riesgos, y pasó a proveer directamente servicios de salud, hasta 2019, cuando se declaró su disolución mediante la Ley N° 397-19, y sus funciones vinculadas con la salud fueron transferidas al SeNaSa.

Además, como ya se estableció en la sección sobre la organización del sistema, surgieron otras instancias como la Sisalril y la Superintendencia de Pensiones, para supervisar las ramas respectivas; la TSS, responsable del recaudo, distribución y pago de los recursos financieros del seguro de salud y de la administración del sistema único de información; el CNSS, como órgano superior del sistema, y la DIDA, encargada de orientar y brindar información y defensa a los derechohabientes, y que también está facultada para realizar estudios y proponer mejoras al sistema. La persona afiliada contrata la ARS de su preferencia, la cual, a su vez, cuenta con una cartera de prestadores de servicios médicos para brindar atención.

En la Ley N° 87-01 se remarca el papel del Estado como garante del derecho a la salud y su carácter universalista, al cargarle las siguientes responsabilidades: "la protección integral, así como alcanzar una cobertura universal sin exclusiones por edad, sexo, condición social, laboral o territorial, garantizando el acceso regular de los grupos sociales más vulnerables y velando por el costo de las prestaciones y de la administración del sistema".

Para ello se establecieron tres regímenes de aseguramiento, diferenciados por su forma de financiamiento y población objetivo, bajo los cuales las personas accederían al SFS, cuyos beneficios se materializarían a través del PBS: subsidiado, contributivo y contributivo-subsidiado. Sin embargo, como ya se estableció, a la fecha solamente el régimen subsidiado y el contributivo se han puesto en marcha.

El régimen subsidiado, que comenzó operaciones en 2003, se financia con impuestos generales y es administrado por el SeNaSa, que funge como una Administradora de Riesgos de Salud (ARS) para la población en situación de vulnerabilidad.⁹⁷ A las personas que están en este régimen

⁹⁵ Arizmendi Díaz, *op. cit.*, p. 40.

⁹⁶ Isidoro Santana, *Las igualas médicas frente a seguro social (Estudio de la organización industrial de los servicios de salud en la República Dominicana)*, BID, Washington D. C., 1997.

⁹⁷ Para identificar a la población se utiliza el Sistema Único de Beneficiarios (Siuben), el cual se nutre de información socioeconómica recolectada en rondas de visitas domiciliarias. En el Siuben se identifica a los hogares con mayores carencias a través

se les otorga una tarjeta para identificarse con los proveedores públicos de servicios de atención médica y, en caso de que cierto servicio no esté disponible en el sector público, el SeNaSa los dirige con proveedores privados y con asociaciones sin fines de lucro con los que tiene contrato. La TSS transfiere un pago per cápita por el valor del PBS y otros servicios que exceden la cobertura de éste. Además, los proveedores públicos de servicios de salud reciben presupuesto dirigido a la adquisición de insumos y suministros, así como para el pago de recursos humanos.⁹⁸

En el régimen contributivo que inició en 2007, las personas afiliadas seleccionan una ARS —quien contrata prestadores de servicios de salud— que recibe un pago per cápita por la TSS,⁹⁹ por medio de la empresa Unipago.¹⁰⁰ Por su parte, el régimen contributivo-subsidiado fue pensado para proteger a los profesionales y técnicos independientes, y a los trabajadores por cuenta propia con ingresos promedio iguales o superiores a un salario mínimo nacional, financiado con aportes de los trabajadores y del Estado.

El paquete de beneficios de salud de los tres regímenes, el PBS, debía cubrir los servicios de promoción de la salud, atención primaria y especializada, tratamientos complejos, exámenes diagnósticos, atención odontológica y aparatos y prótesis. Sin embargo, su implementación no fue sencilla, pues los proveedores privados de servicios de salud habían conquistado un importante margen del mercado de seguros médicos y provisión. De hecho, su puesta en marcha tuvo lugar hasta 2007, seis años después de la reforma,

cuando por medio de la Ley N° 188-07 se facultó a la Sisalril para definir el PDSS.

En principio, el CNSS era el responsable de diseñar y someter a consenso la composición del PBS; no obstante, por sus mecanismos de votación y veto —que, además del voto de la mayoría, necesitaban el voto favorable de al menos un representante de cada sector— requería un enorme esfuerzo de conciliación —estéril durante los cinco años previos—, por la incidencia de las ARS en el sector empresarial.¹⁰¹

Asimismo, el poder de las ARS limitó al PDSS, pues para lograr su aceptación se fijaron copagos, equivalentes al diferencial de costos entre lo calculado por la Sisalril y lo estimado por ellas; asimismo, se establecieron cantidades monetarias máximas de cobertura (techos) y pagos adicionales para ciertos procedimientos.¹⁰² Además se acotó su capacidad de dar protección financiera ante enfermedades, con lo que se generó una brecha entre la ley y la práctica. Esto significó la pérdida de una valiosa oportunidad para institucionalizar un proceso de actualización basado en criterios técnicos, que respondiera a las necesidades de cobertura integral de patologías que aquejan a la población.

Esta situación es preocupante en tanto que el pago de cuotas extraordinarias puede ser una barrera al acceso a los servicios de atención médica. Incluso con el monto máximo establecido por la Sisalril (dos salarios mínimos por evento), la DIDA encontró que las ARS realizaban cobros por encima del límite y exigían pagos adicionales en servicios exentos de copagos —como los par-

del Índice de Calidad de Vida (ICV). El ICV es una medida multidimensional de pobreza en la que se consideran las características de la vivienda, los servicios básicos y equipamiento del hogar, el capital humano y la proporción de dependientes económicos en el hogar.

⁹⁸ OPS y CISSCAD, *Seguridad social en Centroamérica y República Dominicana: situación actual y desafíos*. Washington D. C., 2020.

⁹⁹ El pago a las ARS es equivalente al valor del PDSS multiplicado por el número de personas afiliadas.

¹⁰⁰ Unipago es la empresa responsable de implementar y gestionar las operaciones financieras del Sistema Dominicano de la Seguridad Social.

¹⁰¹ Oscar Cañón, Magdalena Rathe, Úrsula Giedion, *Estudio de caso del Plan de Servicios de Salud PDSS de la República Dominicana*, Nota técnica, BID, 2014.

¹⁰² *Idem*. El paquete de beneficios que ofrece el SENASA como ASR para la población del régimen subsidiado es más amplio, pues no considera pagos para medicamentos de alto costo ni para intervenciones de alta especialidad.



tos—. ¹⁰³ En este aspecto, las personas afiliadas al régimen subsidiado cuentan con la ventaja de que el pago de procedimientos que rebasan la cobertura monetaria del PDSS no recae en sus bolsillos, sino en la TSS, que transfiere el monto correspondiente a la Senasa.

En 2015, con el objeto de profundizar la reforma de salud, el presidente Danilo Medina (2012-2020) promovió la Ley 123-15, que creó el Servicio Nacional de Salud (SNS) como ente coordinador del sector. Así, el SNS sería el responsable de iniciar un proceso de unificación de la red de servicios, que entonces incluía al Ministerio de Salud (antes SESPAS) y al IDSS. Como parte de esta integración, en 2017, se traspasaron los hospitales y centros de atención primaria del IDSS al SNS, ¹⁰⁴ lo cual significó que la prestación de servicios quedó a cargo de los otros dos participantes (SNS y Ministerio de Salud). Así, el IDSS dejó de proveer servicios de salud y se avanzó

en la separación de funciones en el sistema de salud —provisión, por un lado, y financiamiento, por el otro—.

Desde entonces, la política de salud se orientó a incrementar el acceso a los servicios, lo cual dio como resultado que en 2019 se cubriera al 78 % de la población. De manera paradójica, el aumento de la cobertura de los servicios de salud no se ha reflejado en la misma medida en indicadores clave como el embarazo adolescente, la mortalidad neonatal e infantil y la mortalidad materna (ver Tabla 42). ¹⁰⁵ Estos resultados sugieren deficiencias en la calidad de los servicios y desigualdades en la distribución regional de los recursos monetarios, materiales y humanos. Por ejemplo, la razón de médicos por cada 1000 habitantes es de 2.1 en el país, pero en Santo Domingo, la capital, asciende a 5.1. ¹⁰⁶ Por ello, a pesar de los avances en la afiliación, parece que la protección que se brinda de forma efectiva a la población es insuficiente.

¹⁰³ Oscar Cañón, Magdalena Rathe, Úrsula Giedion, 2014, *op. cit.*

¹⁰⁴ Presidencia de la República, Decreto 200-16.

¹⁰⁵ Magdalena Rathe, *Dominican Republic: Implementing a Health Protection System that Leaves no one Behind*, Universal Health Coverage Study Series, núm. 30. World Bank, Washington D. C., 2018.

¹⁰⁶ *Idem.*

Tabla 42. Indicadores de salud seleccionados, 2019

Indicador	República Dominicana	Promedio de América Latina y El Caribe	Brecha (puntos porcentuales)
Tasa de fecundidad en adolescentes	93	61.9	31.1
Razón de mortalidad materna	107.1	69.5	37.6
Tasa de mortalidad en menores de cinco años	24.5	17.7	6.8
Tasa de mortalidad neonatal	18	9.3	8.7

Fuente: Elaboración propia con base en OPS, *Indicadores Básicos 2019: Tendencias de la salud en las Américas*. Washington D. C., 2019.

7.5.2.2. La reforma del sistema de pensiones

Como se explicó antes, el sistema de reparto vigente hasta 2001 estaba segmentado en cuatro tipos y era de baja cobertura. El primer tipo atendía a trabajadores del sector privado con salarios por debajo de un nivel de referencia —por lo que podían quedar excluidos del sistema al mejorar su remuneración—, el cual perdía valor real cada año al no estar indexado a la evolución de precios de la economía; el segundo era un fondo de jubilaciones y pensiones para las personas empleadas por el Estado; el tercero, un esquema para las Fuerzas Armadas y la Policía Nacional, y el cuarto, cajas y fondos de pensiones sectoriales creados por leyes especiales. Esta segmentación del sistema pensionario se desarrolló en ausencia de un marco regulatorio, lo que derivó en el diseño de planes excluyentes bajo los cuales se protegía a la persona trabajadora dentro de una empresa pero, si cambiaba de patrón, perdía los derechos adquiridos.

Al igual que otros países de América Latina y el Caribe, la reforma de pensiones de República Dominicana privilegió la sostenibilidad presente del sistema, mediante la adopción de un régimen

de capitalización individual donde agentes privados (las AFP) gestionan las cuentas de las personas aseguradas y administran los recursos.

La principal diferencia entre el sistema de reparto y el de capitalización individual es la forma de financiamiento. En el sistema de reparto, las personas trabajadoras realizan aportaciones a una bolsa común que se utiliza para pagar las pensiones en curso. Uno de los problemas de este sistema fue que las aportaciones no estaban definidas, pero sí el beneficio —monto de la pensión—, pues se determinaba mediante decretos presidenciales carentes de estudios actuariales que los respaldaran. Además, se carecía de reservas técnicas —capitalización colectiva—.¹⁰⁷ En cuanto al sistema de capitalización individual, la pensión depende de las aportaciones de cada persona y de los rendimientos que genere el manejo financiero de los fondos por parte de la AFP.

El sistema de capitalización individual se rige por la Ley N° 87-01, que estableció la configuración de los tres regímenes ya mencionados —contributivo, subsidiado y contributivo-subsidiado—; sin embargo, al igual que en la salud, sólo el contributivo y el subsidiado se han puesto marcha. En el régimen contributivo, tanto las personas trabajadoras como

¹⁰⁷ ODH y PNUD, 2010, *op. cit.*

las empleadoras realizan aportaciones obligatorias del 2.88 % y el 7.12 % del salario, respectivamente. De las aportaciones patronales, el 0.4 % es destinado al Fondo de Solidaridad Social, que es un mecanismo para garantizar el pago de una pensión mínima —equivalente a un salario mínimo legal vigente— a las personas afiliadas con ingresos bajos que, a pesar de haber cotizado al menos 300 meses, no acumulen lo suficiente en su cuenta para adquirir una pensión al final de su vida laboral.

Para acceder al beneficio, las personas deben haber cumplido 60 años o más y contar con contribuciones de 30 años —por lo menos— o tener 55 años o más y que sus fondos sean suficientes para gozar de una pensión de al menos el 50 % del valor de la pensión mínima. Las personas afiliadas bajo el régimen de reparto pueden elegir entre permanecer en éste o transitar al sistema de capitalización individual.

Si bien la transición del sistema fue motivada, en parte, por la necesidad de incrementar el número de personas cotizantes y el de personas adultas mayores con derecho a una pensión, esto no se ha cumplido por completo. Entre 2002 y 2017, la proporción de la PEA que cotizaba en el sistema aumentó de forma significativa, del 17.6 % al 41.3 %;¹⁰⁸ sin embargo, para el último año del periodo señalado, sólo el 15.2 % de las personas adultas mayores tenía una pensión, y la tasa de reemplazo ascendía a un tercio del salario.¹⁰⁹ En otras palabras, menos de la mitad de las personas ocupadas actualmente podrán acceder a una pensión y quienes obtengan este beneficio percibirán un monto muy bajo, inferior al mínimo del 40 % del salario que estipula el Convenio 102 de la OIT.

Por otro lado, las pensiones del régimen subsidiado empezaron a entregarse hasta diciembre de 2019, con un monto equivalente al 60 % del sa-

lario mínimo. La implementación de este régimen es tan incipiente que, al primer trimestre de 2020, cubría a poco más de 6000 personas¹¹⁰ seleccionadas. Esto bajo los criterios del reglamento del CNSS, aprobado para dicho propósito en 2013, en el cual se estipuló que podrían ser beneficiarias las personas mayores de 60 años con ingresos inferiores al 50 % del salario mínimo nacional.

En este sentido, el retraso en la implementación de los regímenes subsidiado y contributivo-subsidiado es una fuente de exclusión de gran parte de la población ocupada. No sólo deja fuera a quienes laboran permanentemente en la informalidad, sino también a quienes transitan con frecuencia entre el sector formal y el informal, lo que reduce sus semanas de cotización y el monto de las aportaciones; además excluye a las personas empleadas formales con salarios bajos que no alcanzan el tiempo mínimo de cotización. El requisito de contar con un mínimo de 300 meses de aportaciones para beneficiarse del FSS impone una barrera, dada la elevada inestabilidad laboral que caracteriza al país incluso en el sector formal. Por ello, en 2010, el PNUD recomendó reducir a 180 meses (15 años) el tiempo de cotización.¹¹¹

La última reforma al sistema de pensiones fue aprobada en febrero del 2020. En ésta se estableció un nuevo esquema de comisiones para las AFP, en el que pasa de ser doble a basarse únicamente en el saldo administrado; anteriormente, las AFP recibían una comisión administrativa del 0.5 % del salario de cada persona cotizante y una complementaria de hasta el 30 % por el rendimiento de los fondos, mientras que ahora sólo podrán recibir la última. Ese 0.5 % se redirigirá a la TSS (0.1 %) y a las cuentas de las personas trabajadoras (0.4 %). Asimismo, se otorgaron facultades a la TSS para sancionar la evasión del pago de cotizaciones patronales.¹¹²

¹⁰⁸ Alberto Arenas de Mesa, *Los sistemas de pensiones en la encrucijada: desafíos para la sostenibilidad en América Latina*, CEPAL, Santiago de Chile, 2019.

¹⁰⁹ Observatorio de Políticas Sociales y Desarrollo, *El sistema de pensiones de la República Dominicana desde la perspectiva de las políticas sociales*, Boletín del Observatorio de Políticas Sociales y Desarrollo, núm. 9, vol. 2, Santo Domingo, 2018.

¹¹⁰ SIPEN, *Boletín trimestral*, núm. 67, Santo Domingo, 2020.

¹¹¹ ODH y PNUD, 2010, *op. cit.*

¹¹² SIPEN, 2020, *op. cit.*



7.5.2.3. La reforma de las prestaciones familiares

7.5.2.3.1. Asistencia social

Desde 2004, a raíz de las condiciones de los préstamos otorgados por el BID y el BM, se realizaron varios estudios para mapear los distintos programas sociales vigentes, así como los actores involucrados en su operación. Con esto se buscaba rediseñar el entramado institucional que sustentaba las políticas sociales y que por tantas décadas tuvo el objetivo único de servir como plataforma política, con el uso discrecional de recursos públicos. Por ello, las acciones apuntadas por estos organismos internacionales instaban a fortalecer el marco normativo y el proceso de programación financiera y gestión presupuestal, así como al reordenamiento institucional dirigido al combate a la pobreza, con base en diagnósticos del sector.

Así, se inició una reestructuración del aparato encargado de la operación de la política social y el achicamiento de la gama de programas.¹¹³ Este proceso estuvo encabezado por el Gabinete de Coordinación de Políticas Sociales (GCPS), creado en 2004 para “articular la formulación, ejecución, seguimiento y evaluación”¹¹⁴ de la política social; para ello, se le dotó del Sistema Único de Beneficiarios (Siuben) y de la Administradora de Subsidios Sociales (ADESS).

El Siuben es un sistema de información que facilita la identificación y la caracterización de personas en situación de pobreza, con el cual se buscaba optimizar la distribución de recursos, unificar los programas de subsidios, transparentar los criterios de asignación —anteriormente caracterizados por la discrecionalidad— y conformar una base de datos que brindara información oportuna para el diseño e implementación de instrumentos de política social.¹¹⁵

¹¹³ Véase Unidad de Información Social, *Sistematizando la asistencia social: hacia una red de protección social en la República Dominicana*, 2005.

¹¹⁴ Presidencia de la República, Decreto 1082-04, 2004. Disponible en <http://mepyd.gob.do/mepyd/wp-content/uploads/archivos/transparencia/base-legal/decreto-1082-04.pdf>

¹¹⁵ Presidencia de la República, Decreto 1073-04. Disponible en <https://siuben.gob.do/wp-content/uploads/2019/01/2siu->



El primer registro de información socioeconómica se realizó entre 2004 y 2005, con base en el mapa de pobreza del 2002, elaborado por la Onaplan.¹¹⁶ Hasta 2007 se estableció que la información debía actualizarse cada cuatro años con levantamientos en las zonas prioritarias según el mapa de pobreza. Con la información recopilada se identificaba a los hogares con mayores carencias a través del Índice de Calidad de Vida (ICV). El ICV, utilizado desde el primer ejercicio, es una medida multidimensional de pobreza en la que se consideran las características de la vivienda, los servicios básicos y el equipamiento del hogar, el capital humano y la proporción de dependientes económicos.

Por su parte la ADESS —una entidad con autonomía técnica y administrativa— fue creada con el objeto de administrar y ejecutar financieramente los subsidios, para garantizar su uso eficiente y transparente. La centralización de las transferen-

cias en la ADESS contribuyó “a proteger la gestión de éstos [los recursos] del uso clientelar”.¹¹⁷

En el mismo año (2004) se creó el Programa de Protección Social (PPS)¹¹⁸ en un esfuerzo por reducir las duplicidades de programas de asistencia social, mejorar la eficiencia de los recursos asignados y reducir los espacios para obtener beneficios políticos. Así, el PPS se conformó por cinco subprogramas:

- i) Desarrollo Local y Territorial.
- ii) Asistencia Social.
- iii) Inclusión de los Grupos Vulnerables o Específicos.
- iv) Apoyo al Empleo.
- v) Subsidios Sociales.

En torno a estos cinco subprogramas se organizaron una serie de intervenciones, en función de las entidades de las que dependían (ver Tabla 43).

bendecreto107304-1.pdf

¹¹⁶ Siuben, *Calidad de vida. Tercer estudio socioeconómico de hogares 2018*, 2018.

¹¹⁷ ODH y PNUD, 2010, *op. cit.*, p. 249.

¹¹⁸ Presidencia de la República, Decreto 1554-04. Disponible en <https://gabinetesocial.gob.do/wp-content/uploads/2017/05/Decreto-no.1554-04.pdf>

Tabla 43. Estructura del Programa de Protección Social, 2004

Subprograma	Entidad
Subprograma de Desarrollo Local y territorial	Fondo de Promoción a las Iniciativas Comunitarias
	Comisión Presidencial de Apoyo al Desarrollo Barrial
	Dirección General de Desarrollo de la Comunidad
	Dirección General de Desarrollo Fronterizo
	Consejo Nacional de Fronteras
Subprograma de Asistencia Social	Plan Presidencial de Lucha contra la Pobreza
	Dirección General de la Comunidad Digna
	Comedores Económicos
	Tarjeta de Asistencia Escolar
Subprograma de Inclusión de los Grupos Vulnerables o Específicos	Consejo de la Presidencia del SIDA
	Consejo Nacional de Discapacitados
	Consejo Nacional para la Niñez y la Adolescencia
	Consejo Nacional de Drogas
	Programa de Operativos Sociales del Consejo Estatal del Azúcar
Subprograma de Apoyo al Empleo	Consejo de Coordinación de la Zona Especial de Desarrollo Fronterizo
	Programa para la Promoción de la Pequeña y Mediana Empresa
	Instituto de Desarrollo Cooperativo
	Instituto de Formación Técnico Profesional
Subprograma de Subsidios Sociales	Programa de Medicamentos Esenciales
	Programa de Mercados Populares
	Programa de Subsidios Focalizados

Fuente: Elaboración propia con base en Presidencia de la República, Decreto 1554-04.

En 2005 se integró al PPS el programa de transferencias monetarias condicionadas de reciente creación: Solidaridad,¹¹⁹ en él se definió con claridad la población a atender, los instrumentos para su identificación, los objetivos y los mecanismos mediante los cuales se contribuiría a superar el problema que le dio origen. Estas características lo hicieron novedoso y mostraron la influencia del BID y del BM en la configuración de la política social del país.

Solidaridad integró como componentes a tres programas: Comer es primero, Incentivo a la Asistencia Escolar (ILAE) y Dominicanos y Dominicanas con Nombre y Apellido. El primero surgió en 2004 como una transferencia monetaria destinada a la adquisición de alimentos para familias con menores de cinco años y mujeres embarazadas. El ILAE es una transferencia monetaria para familias con hijas e hijos en edad escolar (6 a 16 años), con el fin de disminuir la deserción escolar, y el último es-

¹¹⁹ Presidencia de la República, Decreto 536-05. Disponible en <https://progresandoconsolidaridad.gob.do/wp-content/uploads/Creacion-prosoli.pdf>

taba destinado a facilitar el registro y obtención de documentos para las personas recién nacidas.¹²⁰

La principal corresponsabilidad de los hogares es que sus miembros de entre 6 y 16 años estén inscritos en la escuela y cumplan con al menos el 85 % de las asistencias. También la familia debe acudir a chequeos médicos regulares para tomar el peso y la talla a las niñas y niños, recibir vacunas, atención preventiva y detección temprana de problemas de salud. Gracias al esquema de corresponsabilidad se han comprobado efectos positivos en el peso y talla de infantes menores de cinco años, la asistencia escolar aumentó y la tasa de embarazo adolescente entre las personas beneficiarias se ha reducido.

La creación del GCPS, el Siuben, la ADESS, el PPS y el Programa Solidaridad fueron avances importantes en la reconfiguración de la asistencia social; sin embargo, fue hasta 2009, con la publicación del Decreto N° 118-09, que se establecieron las reglas para su funcionamiento conjunto. Para identificar y registrar a las familias elegibles para los programas sociales se utilizaría el Siuben, la ADESS fungiría como tesorería y el Programa Solidaridad sería el brazo ejecutor de la política social. Asimismo, se dispusieron tres pilares del Sistema de Protección Social:

- i) Programas focalizados de transferencias condicionadas.
- ii) Programas focalizados de transferencias no condicionadas.
- iii) Subsidios sociales .

En 2012, el gobierno con asesoría del BID decidió fusionar Solidaridad y Progresando,¹²¹ para con-

formar Progresando con Solidaridad (Prosoli).¹²² La intención era integrar los apoyos de salud, educación, alimentación, generación de ingresos, protección del medio ambiente y acceso a tecnologías de la información y comunicación. Esto para generar una intervención con enfoque sistémico que ayudara a romper con la transmisión intergeneracional de la pobreza. Adicionalmente, las familias inscritas en el programa son elegibles para recibir subsidios no condicionados para el pago de gas (Bono Gas Hogar) y de luz (Bono Luz).¹²³

7.5.2.4. Estancias Infantiles del Sistema Familiar de Salud

El cuidado de los infantes desde los 45 días y hasta los 5 años es una prestación contemplada en la legislación de República Dominicana para los tres regímenes del Sistema Familiar de Salud, pero sólo se ha implementado en el régimen contributivo. De acuerdo con la Ley N° 87-01, la prestación de los servicios correspondía al IDSS, mientras que la formulación y supervisión de normas y procedimientos para su diseño e instrumentación era atribución del Consejo Nacional de Estancias Infantiles (Condei).

En 2009 se aprobó el inicio gradual de las estancias infantiles en el régimen contributivo, con el IDSS —por medio de la Administradora de Estancias Infantiles Salud Segura (AEISS)— como prestador de servicios con instalaciones propias o a través de acuerdos de forma subrogada. Al ser una prestación del Sistema Familiar de Salud, su financiamiento es similar; pagos per cápita que reciben las estancias infantiles (prestadoras de servicio) por medio de transferencias que realiza

¹²⁰ En la *Encuesta Nacional de Hogares de Propósitos Múltiples* de 2006 se identificó que el 22 % de los infantes menores de cinco años carecía de acta de nacimiento.

¹²¹ Progresando fue definido como un programa socioeducativo para promover la formación de capital humano entre infantes y adolescentes pero que, a diferencia de Solidaridad, no utiliza el Siuben para identificar a sus beneficiarios. Es decir, Solidaridad y Progresando compartían objetivos y, en cierta medida, la población objetivo.

¹²² Presidencia de la República, Decreto 488-12. Disponible en <https://progresandoconsolidaridad.gob.do/wp-content/uploads/7decreto48812.pdf>

¹²³ El Bono Gas Hogar y el Bono Luz también se entregan a población que no está en el Siuben, es decir, con ingreso superior a la línea de pobreza.

la TSS a la AEISS. A 2019, el pago per cápita era de 4891 DOP y se atendían 7910 niñas y niños.¹²⁴

La distribución de atribuciones fue modificada en 2019 con la Ley N° 397-19, que concedió la prestación de servicios al INAIPI y la supervisión al Consejo Nacional para la Niñez y la Adolescencia (Conani). El INAIPI era responsable de llevar a cabo algunos programas de primera infancia, y el Conani, de formular, aprobar y evaluar las políticas públicas para la niñez y la adolescencia. Las operaciones de ambos preceden a la disolución del IDSS.

Aunque las estancias infantiles del régimen subsidiado y contributivo-subsidiado no han comenzado a operar, en 2009 se creó el programa gratuito Espacios de Esperanza, que atiende a niñas y niños de 3 a 5 años cuyas familias se encuentran en situación de pobreza o vulnerabilidad. Un consejo en cada centro de cuidado infantil identifica y selecciona a las personas beneficiarias.

Asimismo, en 2013 comenzó el Plan Quisqueya Empieza Contigo (QEC), con el objetivo de generar un sistema de atención a la primera infancia para familias en condición de vulnerabilidad económica. Para ello, cuenta con dos modalidades: Centros de Atención Integral a la Primera Infancia (CAIPI) y Centros de Atención Integral de la Infancia y la Familia (CAFI). Ambos programas dependen del INAIPI —creado en 2015 como ente descentralizado del Ministerio de Educación—, responsable de gestionar e implementar los servicios de atención a la infancia.¹²⁵

En los CAIPI se atienden a niñas y niños desde los 45 días y hasta los 5 años, y se promueve la mejora de capacidades de cuidado de las fami-

lias. Para acceder a este servicio, el familiar responde una ficha de diagnóstico sociofamiliar para evaluar si cumple con los criterios de vulnerabilidad.¹²⁶ En los CAFI se brindan servicios educativos y de cuidado para niñas y niños de 0 a 4 años, mediante Centros de Gestión Directa, administrados por el INAIPI; Centros de Cogestión, operados por organizaciones sociales en acompañamiento con el INAIPI, y los Centros de Experiencias Existentes, que son instituciones que han brindado servicios de primera infancia y buscan expandirse con apoyo del INAIPI.¹²⁷

Aunque los Espacios de Esperanza y las modalidades del QEC atienden de forma parcial a la población objetivo del sistema subsidiado, la cobertura de los servicios de primera infancia sigue siendo limitada. En 2019, los CAFI y los CAIPI en conjunto cubrían al 18 % de la población de 0 a 2 años y al 23 % de la población de 3 a 4 años y 11 meses.¹²⁸ Aunado a que, con la oferta actual de servicios, hay un vacío de atención gubernamental para las familias que no están en pobreza ni en situación de vulnerabilidad, pero cuyos ingresos no son suficientes para contratar servicios privados de guardería.

7.5.2.5. La reforma del seguro de desempleo

En la Ley N° 87-01 se dispuso que “el Consejo Nacional de Seguridad Social (CNSS), en coordinación con el gobierno, empleadores y trabajadores, promoverán, en un plazo no mayor de 18 meses, la creación del Seguro de Desempleo y

¹²⁴ CNSS, *op. cit.*

¹²⁵ INAPI, “Historia”. Disponible en <https://www.inapi.gob.do/index.php/sobre-nosotros-2>

¹²⁶ Los criterios son i) negligencia de cuidado; ii) el cuidador o cuidadora principal labora de tiempo completo en un trabajo informal; iii) el cuidador o cuidadora principal labora en la formalidad y su salario es inferior al salario mínimo; iv) familias numerosas con cuatro o más infantes; v) cuidador o cuidadora principal viuda, soltera o divorciada; vi) infantes que reciben otros servicios subsidiados. Véase INAPI, *¿Cómo ingresan los niños y las niñas a los diferentes programas del INAPI?* Disponible en <https://www.inapi.gob.do/index.php/documentos/publicaciones/291-como-ingresan-los-ninos-y-las-ninas-a-los-diferentes-programas-del-inapi>

¹²⁷ Los CAFI siguen los estándares del INAPI. Véase UNICEF, *Programa de Atención Integral a la Primera Infancia de Base Familiar y Comunitaria*. Disponible en <https://www.unicef.org/dominicanrepublic/programa-de-atenci%C3%B3n-integral-la-primera-infancia-de-base-familiar-y-comunitaria#:~:text=El%20Programa%20de%20Atenci%C3%B3n%20Integral,de%20sus%20hijos%20e%20hijas>

¹²⁸ INAPI, *Memoria Institucional INAPI 2019. Rindiendo cuentas con transparencia, 2020.*

todo lo relativo a la cesantía laboral, sin que los trabajadores pierdan sus derechos adquiridos". Sin embargo, a la fecha, en República Dominicana el instrumento de protección ante el desempleo es el Auxilio por Cesantía, que consiste en una indemnización por despido injustificado. En consecuencia, solamente las personas trabajadoras formales con contratos por tiempo indefinido pueden acceder a él; esto significa que la mayoría de las personas empleadas está excluida del beneficio, ya que el 55 % de la población ocupada labora en la informalidad¹²⁹ y, según el último dato disponible, el 51 % no tenía un contrato escrito.¹³⁰

El monto se determina en función del tiempo de trabajo prestado: 6 días de salario para quienes laboraron entre 3 y 6 meses; 13 días para quienes laboraron entre 6 y 12; 21 días para quienes prestaron servicios de 1 a 5 años y 23 días para quienes lo hicieron por más de 5 años, de manera que la cantidad es insuficiente para solventar las necesidades de una persona durante el periodo de búsqueda de trabajo, que en promedio es de 4,3 meses.¹³¹

7.5.2.6. La reforma de las prestaciones por maternidad

Las prestaciones por maternidad que operan en la actualidad —subsidio por maternidad y subsidio de lactancia— están reguladas por la Ley N° 87-01, en la que se les concibe como un beneficio para

las trabajadoras afiliadas al régimen contributivo. El subsidio por maternidad es un pago equivalente a tres meses de salario que se le entregan al empleador para eximirlo del pago salarial durante el periodo de reposo de la madre. Para tener derecho a éste, la trabajadora debe haber cotizado al menos durante ocho meses.

Además, a las hijas y a los hijos menores de un año de madres trabajadoras que perciben hasta tres salarios mínimos se les otorga un subsidio de lactancia, cuyo monto se determina por rango de remuneración. Las trabajadoras que perciben hasta un salario mínimo reciben un subsidio correspondiente al 33 % de su salario mensual; quienes ganan entre uno y dos salarios mínimos, al 12 %, y quienes son remuneradas con más de dos y hasta tres salarios mínimos, al 6 %.

En resumen, el sistema dominicano de seguridad social ha realizado avances en aspectos diversos como la cobertura de salud, la definición clara de atribuciones y actores, y la expansión de servicios de primera infancia dirigidos a familias en situación de vulnerabilidad. Sin embargo, el desarrollo no ha seguido el ritmo y el alcance esperados en su formulación, ya que —por motivos presupuestales y la dificultad de conciliar una serie de reglamentos complementarios que se necesitan para su implementación— a casi 20 años de la adopción de un enfoque de derechos y universalista, el sistema de seguridad social sigue descansando, principalmente, en la protección sujeta a contribuciones laborales.

¹²⁹ Banco Central de República Dominicana, *Boletín Trimestral de la Encuesta Continua de Empleo 2020-I*, Santo Domingo, 2020.

¹³⁰ Banco Central de República Dominicana, *Encuesta Nacional de Fuerza de Trabajo*, 2014. Santo Domingo, 2020.

¹³¹ BID, *Sistema de Información de Mercados Laborales y Seguridad Social*. Disponible en <https://www.iadb.org/es/sectores/inversion-social/sims/inicio>



La creación del SDSS y de políticas de combate a la pobreza mediante instrumentos codificados en la legislación, con procedimientos claros y transparentes, contrasta notablemente con las características de la política social del siglo XX, que era altamente excluyente, fragmentada y clientelar. La cobertura de salud y las prestaciones para personas asalariadas han registrado avances importantes (78 % de la población), sin embargo, falta mucho por hacer.

La exclusión de grandes porciones de la población del sistema de seguridad social, desde sus orígenes, representó serios obstáculos a la expansión y la solidaridad del sistema. La cobertura estaba dirigida únicamente a las personas de bajos ingresos, por lo que el resto de la población acudía al sistema privado de protección copagada. Esto provocó una alta inequidad en el acceso a prestaciones sociales, pues el tipo de beneficios y su suficiencia dependía de la capacidad de pago. Así, las personas de mayores ingresos obtenían mayor calidad y nivel de protección. En cambio, una pequeña parte de la población, aproximadamente un tercio, tenía cobertura contributiva, pero los servicios a los que podían acceder era muy limitados y no cubrían sus necesidades. En tanto, un segmento importante, de bajos ingresos y sin afiliación, quedaban excluidos de los servicios públicos y privados de aseguramiento. Esta situación no hizo más que fortalecer al sector privado, que se volvió un actor importante con poder de

veto ante intentos de expandir la cobertura y reformar el sistema.

Aunque a partir del siglo XXI surgieron esfuerzos y reformas importantes para ampliar la protección del sistema de seguridad social, la cobertura sigue siendo limitada. Existe un vacío de atención para la población que no está en pobreza ni tiene un trabajo formal, lo que es especialmente preocupante en el caso de las personas que no tienen ingresos suficientes para obtener un seguro privado.

De igual manera se ha retrasado bastante la instrumentación del esquema de pensiones subsidiadas. Entonces, es urgente que se amplíe de manera sustancial la cobertura de las pensiones por vejez instrumentadas a finales de 2019, sobre todo si se toma en cuenta la baja cobertura de las pensiones contributivas entre las personas mayores. Además, a casi 20 años de la creación del SDSS, no se ha instrumentado el régimen contributivo subsidiado, lo que ha impedido la incorporación de las personas que trabajan de manera independiente, pero tienen ingresos medios y altos.

Como se puede ver, un elemento fundamental que ha determinado el alcance y rumbo de la reforma de la seguridad social en las últimas dos décadas es la importancia y la influencia de los intereses económicos. La instrumentación de un sistema que garantice de manera efectiva y universal el derecho humano a la seguridad social supone la presencia de un Estado fuerte que pue-

da superar los obstáculos que pretenden imponer los intereses particulares, como los de las empresas privadas o los surgidos del clientelismo político, para la consecución de un sistema universal, solidario e integral, que garantice el bienestar de la población.

La Ley 87-01 se orienta en el sentido correcto, pues establece mecanismos diferenciados para adaptarse a las condiciones de distin-

tos grupos sociales y conseguir la incorporación de grupos excluidos a lo largo de la historia. Sin embargo, es fundamental garantizar su cumplimiento efectivo, por lo que se necesita un impulso decidido para su instrumentación. Es impostergable la aplicación efectiva de esta ley para saldar la deuda histórica que tiene el Estado en la garantía del bienestar y la seguridad social de la población dominicana.

Capítulo 8

El sistema de seguridad social
en Nicaragua





En Nicaragua, las posibilidades de desarrollo económico, consolidación de un mercado de trabajo y de un sistema de seguridad social han sido condicionadas por las consecuencias de una guerra prolongada, producto de las confrontaciones políticas y militares relacionadas con las intenciones neocoloniales de Estados Unidos que, en alianza con fuerzas conservadoras locales, llevaron al país a enfrentar conflictos armados durante todo el siglo XX (ocupación militar, guerrilla, dictadura, revolución, contrarrevolución, rearme de *Recompas* sandinistas y *Recontras* antisandinistas, y el surgimiento de *Revueltos*).

La guerrilla de Augusto César Sandino, sostenida entre 1929 y 1933, surgió como respuesta a la ocupación estadounidense; la revolución del Frente Sandinista de Liberación Nacional de 1979 (FSLN, también llamados “los compas”), en respuesta a la dictadura somocista, apoyada por Estados Unidos. Después vino la guerra civil de *los Contras* (somocistas y antisandinistas financiados por Estados Unidos que, adicionalmente, impuso un bloqueo económico al país hasta conseguir la derrota del gobierno sandinista). Inclusive después de 1990 se siguieron armando y rearmando grupos

revolucionarios y contrarrevolucionarios (llamados *recompas*, *recontras* y *revueltos*). Los grupos armados de la historia de Nicaragua fueron principalmente campesinos que querían seguir dedicándose a esa actividad. Los sectores obreros eran débiles y minoritarios, pero se beneficiaron de las necesidades de legitimación de gobiernos corporativistas, lo que tuvo consecuencias en la peculiar configuración del Estado social nicaragüense, y en su sistema de seguridad social.

En 1955, a mediados de la época de *auge* del desarrollo de los sistemas latinoamericanos de seguridad social, el general Anastasio Somoza García creó en el país la primera Ley de Seguridad Social (que entró en vigor en 1956) con base en la cual se formó, en 1957, el Instituto Nicaragüense de Seguridad Social (INSS).¹ La Ley de Seguridad Social configuró un sistema bien organizado y *relativamente unificado*, sobre todo si se le compara con la mayoría de los países de la región. De esta manera, en el mismo instituto se dio cobertura tanto a los trabajadores del sector privado como a los del sector público (sólo quedaron fuera de éste el Ejército, la Policía y los empleados del Ministerio de Gobernación, quienes tenían regímenes especiales), mediante dos “ramas”: por un lado, las

¹ Existen antecedentes de creación de esquemas de seguridad social antes de esta fecha, pero salvo la Constitución de 1950 (que es el primer instrumento que establece normativamente la necesidad de crear un Instituto de Seguridad Social), se trata de esquemas limitados en su cobertura real que, sin embargo, sí significaron la obtención de un poder simbólico patrimonialista para el régimen somocista, como se analiza en el apartado 8.4 de este capítulo, acerca de la evolución histórica del Estado social corporativo nicaragüense, y su peculiar sistema de seguridad social.



prestaciones por Invalidez, Vejez y Muerte (IVM) y, por el otro, el llamado Régimen Integral, que incluía las prestaciones por Salud y Maternidad. Sin embargo, la cobertura siempre se limitó a una parte muy reducida de la población, sin transformaciones ni ampliaciones importantes hasta 1979, con el triunfo de la revolución sandinista y la posterior creación del Instituto Nicaragüense de Seguridad Social y Bienestar (INSSBI) en 1982, aunque éste se vio limitado por el contexto económico-político y, posteriormente, desarticulado en la época de las transformaciones neoliberalizadoras que, en su lugar, impusieron un sistema dual.²

Tras la revolución de 1979, se inició un proceso de reconstrucción nacional que, entre otras cosas, impulsó el desarrollo de los sistemas de

salud y seguridad social; sin embargo, los alcances reales de éste fueron muy limitados, dado que Estados Unidos impuso un bloqueo económico y siguió promoviendo acciones militares que mantuvieron a Nicaragua en situación de guerra hasta que, al inicio de los noventa, la oposición antisandinista, afín a los Estados Unidos, logró reconquistar el poder. En ese contexto, el FSLN se vio obligado a convertirse, de la organización político-guerrillera que fue en su origen, en un partido político, dirigido por Daniel Ortega. Esto implicó una transformación profunda con respecto al sandinismo revolucionario original.

Durante los siguientes años, empezó una época de *decadencia* de los sistemas de seguridad social latinoamericanos. Con la neoliberalización de la

² Como ya se ha visto, los sistemas duales establecen dos esquemas diferenciados: uno contributivo y de buena calidad, para quienes cuentan con un trabajo formal, y otro no contributivo, o de contribución indirecta, de menor calidad, para personas de bajos recursos. Es una manera de ampliar la cobertura cuando no se tienen los recursos suficientes o cuando se tienen grandes porcentajes de la población en la informalidad.

política del continente, se impulsaron reformas al sistema de seguridad social. En específico, en 1995 se desarticuló el INSSBI —creado por el sandinismo para ofrecer prestaciones contributivas y no contributivas— con la creación del Fondo Nicaragüense de la Niñez y la Familia (FONIF), que absorbería las prestaciones no contributivas del instituto, el cual, por tanto, volvió a llamarse INSS. Además, se dio pie a la participación más activa de entidades privadas y, en el caso de las pensiones, en el año 2000 se impulsó una transformación de los fondos de reparto en fondos de capitalización individual que, sin embargo, no logró concretarse por recomendaciones de los organismos internacionales que habían recomendado inicialmente la reforma, por lo que las disposiciones de ese año se revirtieron en 2005.

En 2006, Daniel Ortega y el FSLN lograron “reconquistar” el poder, pero ahora por la vía electoral, e impulsaron desde el inicio una política social que promoviera la reconciliación social, dentro de la cual se enmarcan los esfuerzos realizados para el restablecimiento de la gratuidad de los servicios de salud (entre otras cosas, se eliminaron las consultas privadas en los centros públicos y se restableció la provisión gratuita de medicamentos, las operaciones quirúrgicas y las pruebas clínicas que se realizaban en los centros sanitarios dependientes del Estado), junto con otras medidas que tenían como propósito la reducción de niveles de pobreza. Adicionalmente, en 2013 se aprobó una reforma paramétrica del sistema de pensiones que permitió la posterior ampliación de su cobertura (que creció de manera sostenida hasta 2017)

hacia los grupos más vulnerables. Sin embargo, el contexto económico heredado por décadas de confrontación política impuso límites reales a las posibilidades del sistema de seguridad social, puesto que no se logró acompañar estas medidas con suficiente crecimiento económico ni empleo.

Así, en 2018 el gobierno de Ortega impulsó reformas al sistema de seguridad social que ampliaban algunos derechos, limitaban otros y que trataban de solventar el déficit financiero del INSS. Los sectores empresariales, junto con importantes grupos estudiantiles y otros sectores sociales, se opusieron enérgicamente a estas reformas y lograron su cancelación.³ Sin embargo, para 2019 se logró imponer un paquete de cambios similar. El problema es que ni las reformas ni el funcionamiento actual del sistema de seguridad social nicaragüense ofrecen certidumbre sobre su futuro.

Es necesario advertir que existe poca información disponible para el análisis del desarrollo histórico y la situación actual del sistema nicaragüense de seguridad social, así como de datos generales para el estudio de sus características clave e, incluso, del contexto sociodemográfico del país.⁴ Al respecto, otros estudios también han señalado ésas y otras carencias de información.⁵ No obstante, en el presente capítulo se ha realizado un esfuerzo para lograr mostrar un panorama general del desarrollo, situación actual y peculiaridades del sistema nicaragüense; sin embargo, el lector debe tener cautela con los datos expuestos y sus límites de comparación con otros casos.

³ En este contexto, se sucedieron hechos violentos que terminaron en un número de muertos aún indeterminado (la Comisión Interamericana de Derechos Humanos calculó 328 muertos, 3 desaparecidos y 130 encarcelados, mientras el gobierno reconoce sólo 200 fallecimientos). Estos hechos dieron lugar, por un lado, a denuncias nacionales e internacionales contra las medidas de represión utilizadas por el gobierno y, por el otro lado, a la acusación de intentos de provocar un golpe de Estado. ⁴ Por ejemplo, la CEPAL y otras fuentes de datos carecen de información posterior al 2014.

⁵ Véase, por ejemplo, Carmelo Mesa-Lago *et al.*, *La seguridad social en Nicaragua: Diagnóstico y propuesta de reforma*, Fundación Friedrich Ebert, Representación en Nicaragua, 1997. Disponible en https://www.paho.org/nic/index.php?option=com_docman&view=download&alias=192-la-seguridad-social-en-nicaragua&category_slug=publicaciones-anteriores&Itemid=235 Consultado el 13 abril de 2020; Alberto Arenas de Mesa, *Los sistemas de pensiones en la encrucijada: desafíos para la sostenibilidad en América Latina*, CEPAL, Santiago de Chile, 2019. Disponible en http://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/44851/S1900521_es.epub; Carmelo Mesa-Lago, *La Seguridad Social en Nicaragua. Diagnóstico y recomendaciones para su reforma*, Instituto Nicaragüense de Investigaciones y Estudios Tributarios, Managua, 2020. Disponible en <https://www.iniet.org/wp-content/uploads/2020/03/Seguridad-Social-Diagn%C3%B3stico-Carmelo-Mesa-Lago-INIET-2020.pdf>

8.1. Contexto sociodemográfico general del país

Nicaragua tiene unas dimensiones territoriales de 120 340 km², y es el 16º país más grande del continente americano.⁶ Hasta 2018 tenía una población aproximada de 6 300 000 personas,⁷ de las cuales un 64,6 % se encuentran en condición de pobreza. Esta situación es aún más grave dado que la pobreza rural es significativamente mayor (92,1 %) que la urbana (44,8 %), y que esta población rural empobrecida va en aumento, a pesar de que, como porcentaje de la población total, va a la baja de forma lenta y paulatina (Gráfica 103). Actualmente, 4 de cada 10 personas viven en el campo (41,5 %) (Gráfica 104), lo que no sólo es un problema desde el punto de vista de la pobreza, pues *la cuestión social campesina*⁸ fue, y probablemente siga siendo, el problema social fundamental en Nicaragua.

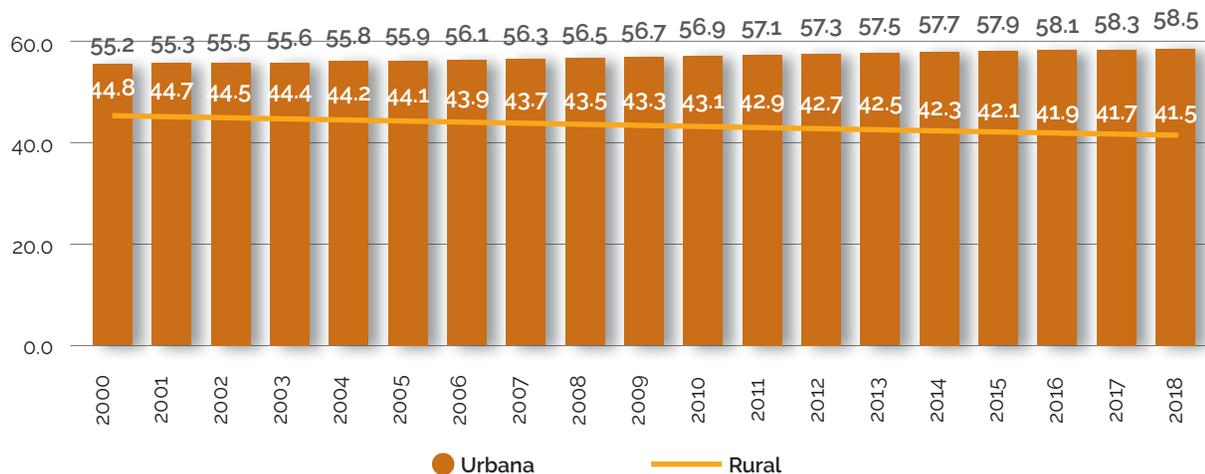
⁶ Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura (FAO), *Perfil general de Nicaragua*, 15 junio 2020. Disponible en <http://www.fao.org/3/ad666s/ad666s03.htm>

⁷ Según proyecciones de la CEPAL, para 2020 serían 6 625 000 personas.

⁸ Desde que E. P. Thompson propusiera el concepto, hablar de *la cuestión social* implica poner el énfasis en los grupos sociales como sujetos activos que toman parte de los problemas sociales que les afectan. Nuestro punto de vista sobre *la cuestión social campesina* en Nicaragua se desarrolla a partir del Apartado 8.4 (Evolución del sistema de seguridad social) de este capítulo. Véase Edward Palmer Thompson, "Niveles de vida y experiencias", en *La formación de la clase obrera en Inglaterra*, Crítica, Barcelona, 1989.

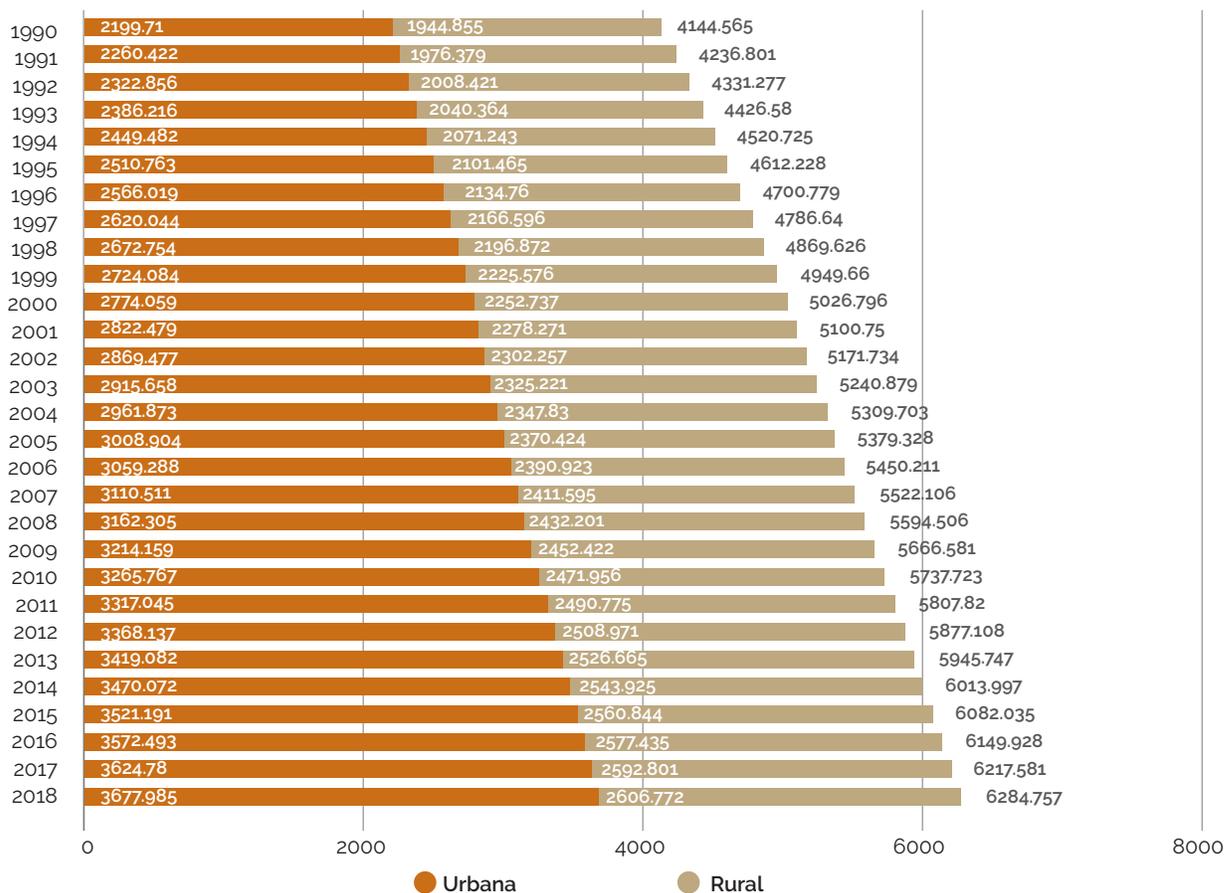


Gráfica 103. Proporción de población urbana y rural, 2000-2018



Fuente: Elaboración propia con información del Banco Mundial, "Población urbana (% de la población total)", Banco de Datos, 2020. Disponible en <https://datos.bancomundial.org/indicador/SP.URB.TOTL.IN.ZS>

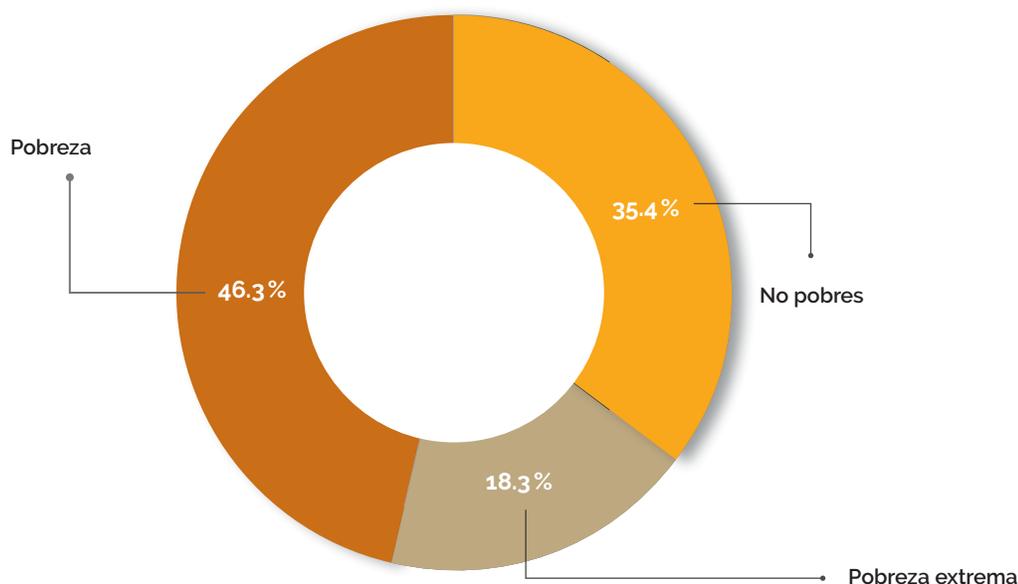
Gráfica 104. Población urbana y rural, 1990 a 2018 (miles de personas)



Fuente: Elaboración propia a partir de datos de FAO, FAOSTAT. Disponible en <http://www.fao.org/faostat/en/#country/157>

Según el Banco Mundial (BM), en Nicaragua habría 1.7 millones de personas en condición de pobreza, de los cuales 1.2 millones viven en zonas rurales (70 %). Sin embargo, al considerar que es un fenómeno multidimensional que va más allá de la mera dimensión monetaria, observamos que más del 60 % de la población se encuentra en esa situación y padece cuatro o más privaciones (medición multidimensional de pobreza por MPI de Alkire y Foster).⁹ Adicionalmente, el grupo poblacional en condición vulnerable (en peligro de caer en la pobreza si los golpea una crisis como la provocada por la enfermedad de COVID-19) creció del 34 % en 2005, al 45 % en 2014.¹⁰

Gráfica 105. Porcentaje de la población en situación de pobreza extrema y pobreza, 2014*



Nota: *El porcentaje de personas pobres incluye a las personas bajo la línea de pobreza extrema. ODS. Indicador adicional propuesto por CEPAL. Objetivo 1 / Meta 1.2 / Indicador 1.2.1

Fuente: Elaboración propia a partir de Comisión Económica para América Latina y el Caribe-Sobre la base de encuestas de hogares de los países. *Banco de Datos de Encuestas de Hogares (BADEHOG)*, CEPALSTAT. Disponible en <https://cepalstat-prod.cepal.org/cepalstat/tabulador/ConsultaIntegrada.asp?idIndicador=3328&idioma=e>

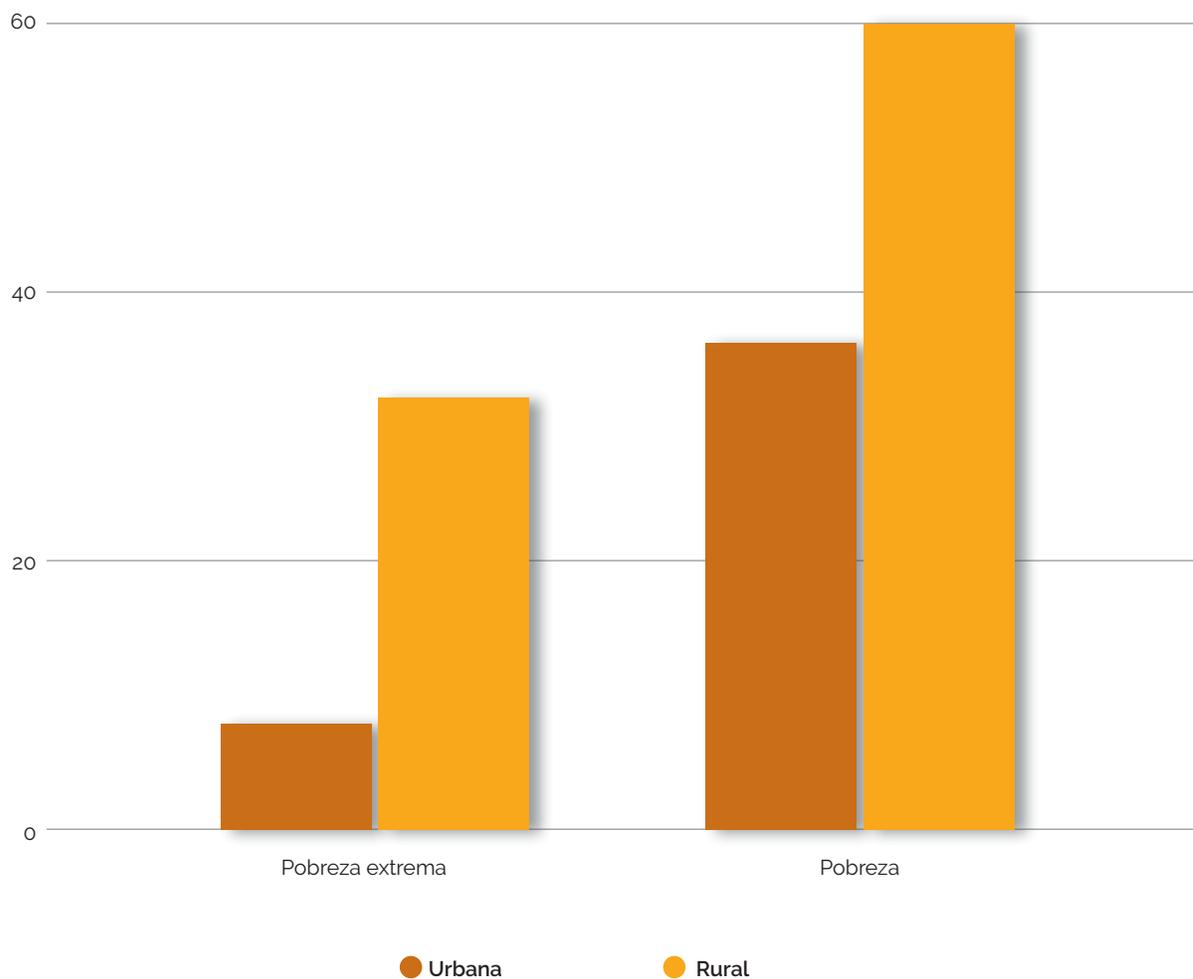
Como se mencionó en la introducción de este capítulo, existe una importante carencia de información en varios rubros relevantes para el análisis del comportamiento sociodemográfico de Nicaragua, lo que posiblemente se relacione con la inaplicación de la última encuesta de hogares. En este sentido, debe tenerse en cuenta que, con

estas limitaciones, la información no es completamente comparable con la de otros países analizados en este informe, cuyos datos pueden abarcar hasta 2018. Así, en 2014, la población que habita en zonas rurales registra mayores niveles de pobreza y pobreza extrema (Gráfica 106).

⁹ Global Multidimensional Poverty Index (MPI) 2011-2012, Oxford Poverty & Human Development Initiative. Disponible en <https://ophi.org.uk/multidimensional-poverty-index/>

¹⁰ Último dato disponible para pobreza multidimensional en Nicaragua a partir de datos de la CEPAL. CEPALSTAT Sobre la base de encuestas de hogares de los países. Banco de Datos de Encuestas de Hogares (BADEHOG). Disponible en <https://cepalstat-prod.cepal.org/cepalstat/tabulador/ConsultaIntegrada.asp?idIndicador=3328&idioma=e>

Gráfica 106. Porcentaje de la población en situación de pobreza extrema y pobreza según área geográfica, 2014*



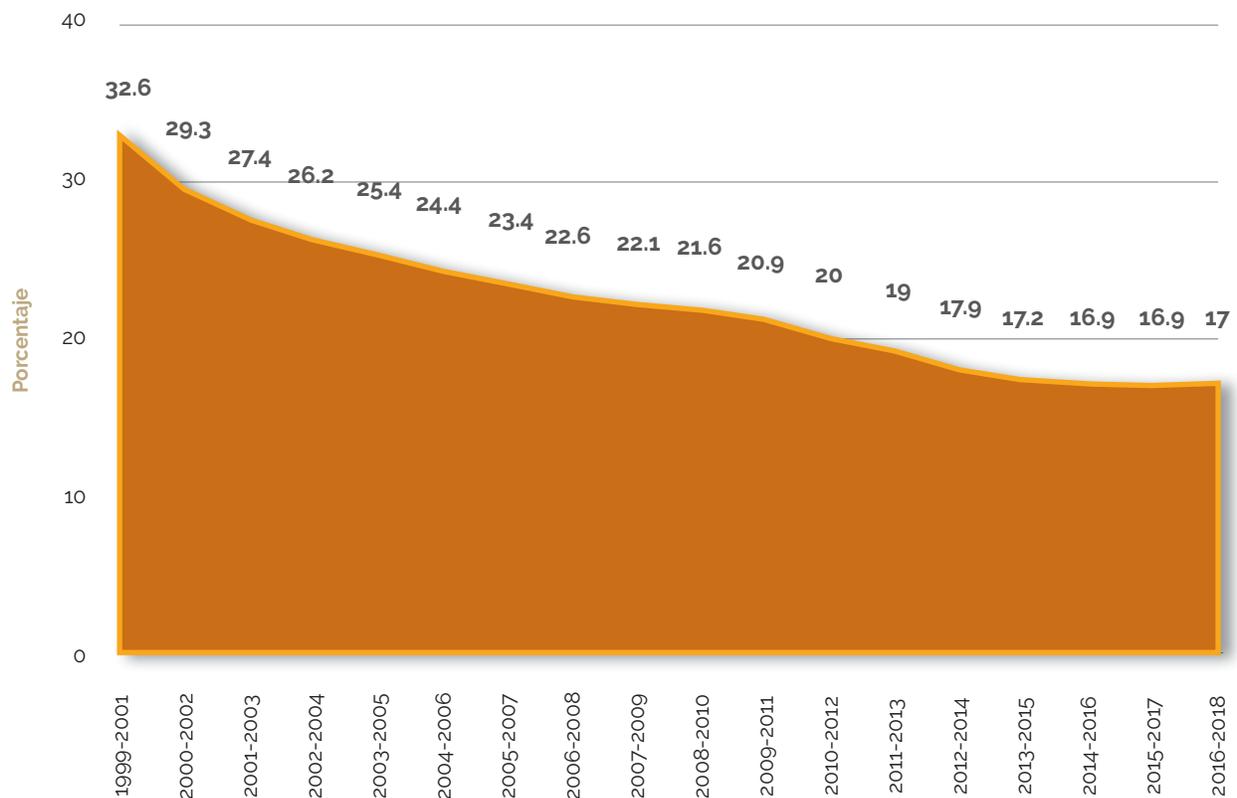
Nota: *El porcentaje de personas pobres incluye a las personas bajo la línea de pobreza extrema. ODS. Indicador adicional propuesto por CEPAL. Objetivo 1 / Meta 1.2 / Indicador 1.2.1

Fuente: Elaboración propia a partir de CEPALSTAT Comisión Económica para América Latina y el Caribe-Sobre la base de encuestas de hogares de los países. Banco de Datos de Encuestas de Hogares (BADEHOG). Disponible en <https://cepalstat-prod.cepal.org/cepalstat/tabulador/ConsultaIntegrada.asp?idIndicador=3328&idioma=e>

En estas condiciones, se han conseguido avances limitados en seguridad alimentaria. Por ejemplo, la prevalencia de desnutrición ha descendido constantemente, pero del 2010 al 2018 descendió apenas del 20 % al 17 % de la pobla-

ción (Gráfica 107), lo que significa que, en términos absolutos, la cantidad de población en desnutrición disminuyó entre 2010 y 2016 de 1.2 a 1 millón de personas, aunque repuntó en 2018 hasta 1.1 millones.

Gráfica 107. Prevalencia de desnutrición (promedio de 3 años), 1999-2018

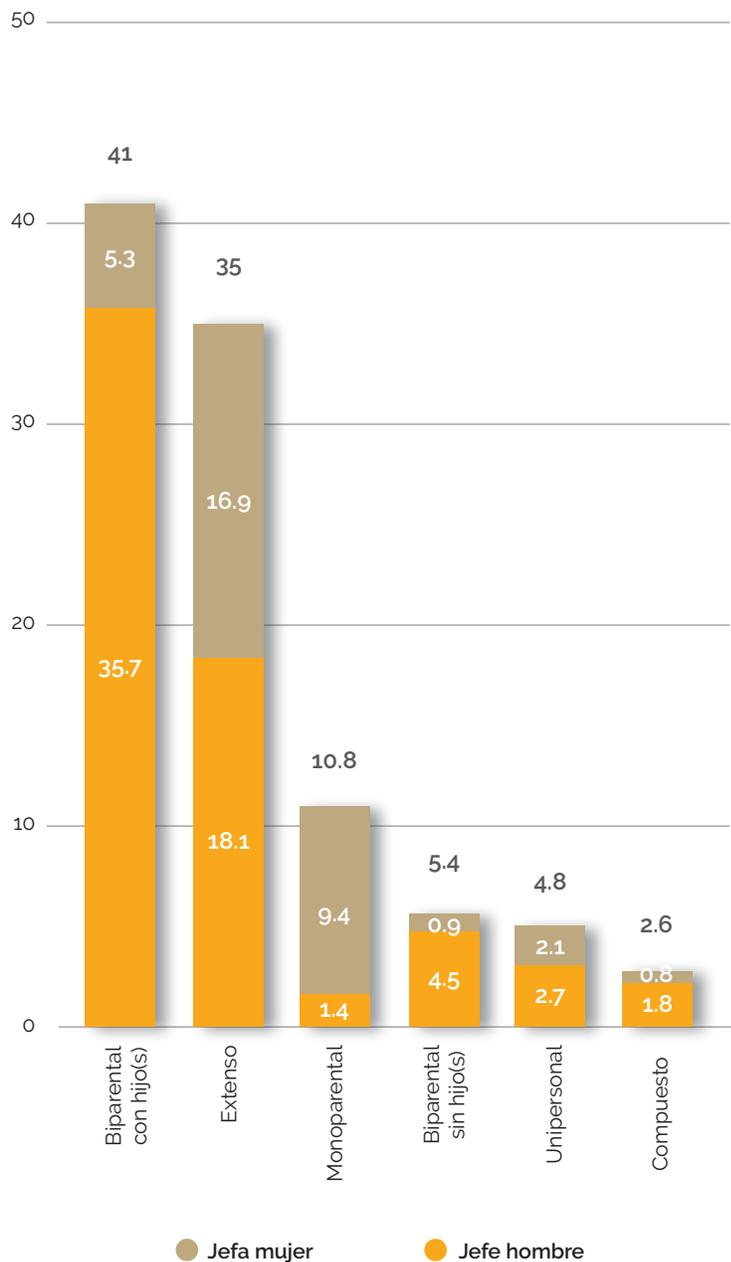


Fuente: Elaboración propia a partir de datos de FAO, FAOSTAT. Disponible en <http://www.fao.org/faostat/en/#country/157>

En cuanto a la composición de los hogares, en 2014, 6 de cada 10 hogares tenían jefatura masculina (64.4%). Por otro lado, 4 de cada 10 eran hogares biparentales (un 41 %, de los cuales el 35.7 % tenía a un hombre como jefe de hogar, y sólo el 5.3 % a mujeres), 3 de cada 10 eran hogares extensos (un 35 %, de los cuales el 18 % tenían jefatura masculina

y el 17 % femenina), y apenas 1 de cada 10 eran monoparentales (el 10.8 %, de los cuales la gran mayoría, el 9.4 %, tenían a una mujer como jefa de hogar). La alta presencia de hogares extensos sugiere que, ante las limitaciones de las debilidades del Estado y del mercado, las familias son un agente primordial en la provisión de bienestar.

Gráfica 108. Jefatura y tipo de hogar, 2014



Nota: El PIB per cápita del país es uno de los más bajos de la región, pues en 2019 se situó en 1912.9 USD (una pérdida de 107.64 USD respecto a 2018, cuando el país registró un PIB per cápita de 2 020.54 USD. Además, en 2017 había sido de 2159.16 USD).

Fuente: Elaboración propia a partir de datos de CEPAL, "Tipos de hogares por sexo del jefe de hogar según área geográfica", CEPALSTAT, 2020. Disponible en <https://cepalstat-prod.cepal.org/cepalstat/tabulador/ConsultaIntegrada.asp?idIndicador=2465&idioma=e>

Tabla 44. PIB per cápita (en dólares estadounidenses) de Nicaragua y las Américas, 2018

Países y regiones	USD
Estados Unidos	62 996.66
América del Norte	61 304.54
Canadá	46 313.17
Puerto Rico	31 621.89
Uruguay	17 277.97
Chile	15 924.79
Panamá	15 592.57
Costa Rica	12 112.13
Argentina	11 683.95
México	9 673.44
América Latina y el Caribe	9 081.19
Brasil	9 001.23
Cuba	8 821.82
República Dominicana	8 050.63
Perú	6 941.24
Colombia	6 718.59
Ecuador	6 295.94
Surinam	6 003.72
Paraguay	5 805.68
Jamaica	5 354.24
Guyana	4 979.00
Belice	4 884.73
Guatemala	4 472.89
El Salvador	4 067.66
Bolivia	3 548.59
Honduras	2 505.78
Nicaragua	2 020.55
Haití	868.34

ISSBA

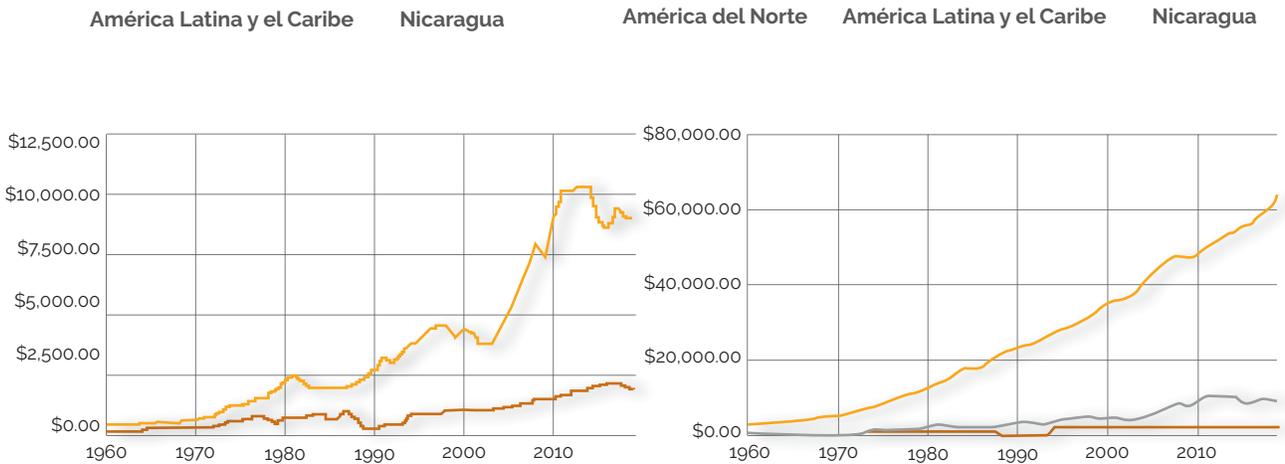
459

Fuente: Elaboración propia a partir de datos del Banco Mundial, Indicador de PIB per cápita (US\$ a precios actuales). Disponible en <https://datos.bancomundial.org/indicador/NY.GDP.PCAP.CD?end=2019&locations=NI-ZJ&start=1960&view=chart>

La economía creció por encima de los 4 puntos porcentuales de 2010 a 2017; sin embargo, tanto en 2018 como en 2019 sufrió caídas de 3,9 puntos.¹¹ De hecho, en 2018, Nicaragua tuvo el se-

gundo PIB per cápita más bajo de toda la región (sólo por encima de Haití) (Tabla 44). Esto lo sitúa muy por debajo del promedio de América Latina y del conjunto de la región.

Recuadro 8. PIB per cápita (en USD) de Nicaragua y las Américas, 1960-2019



Pais / Región	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
América del Norte	48 374.09	50 111.98	51 723.23	53 077.24	54 637.83	55 502.69	56 364.86	58 467.97	61 304.54	63 327.46
América Latina y el Caribe	9 065.81	10 193.86	10 186.96	10 326.13	10 417.35	8 870.63	8 577.36	9 432.97	9 081.19	8 847.43
Nicaragua	1 503.87	1 655.80	1 760.45	1 811.64	1 934.07	2 049.85	2 107.57	2 159.16	2 020.55	1 912.90

Fuente: Elaboración propia a partir de datos del Banco Mundial, Indicador de PIB per cápita (US\$ a precios actuales). Disponible en <https://datos.bancomundial.org/indicador/NY.GDP.PCAP.CD?end=2019&locations=NI-ZJ&start=1960&view=chart>

¹¹ Banco Mundial, "Indicador de Crecimiento del PIB (% anual)". Disponible en <https://datos.bancomundial.org/indicador/NY.GDP.MKTP.KD.ZG?locations=NI>



Finalmente, en 2016, último año para el que tiene datos disponibles la OPS, había una tasa de mortalidad por enfermedades no transmisibles de 483 muertes por cada 100 000 habitantes, mientras que la tasa de mortalidad por enfer-

medades transmisibles era de alrededor de 58 muertes por cada 100 000 habitantes. Además, la población mayor de edad con sobrepeso y obesidad fue del 54.7 % en hombres y del 61.4 % en mujeres.¹²

¹² OPS. Disponible en <https://www.paho.org/data/index.php/es/visualizacion-de-indicadores.html>

8.2. Resultados de Nicaragua en los índices de presión, cobertura, eficacia y desempeño

Los resultados de presión y cobertura del sistema de seguridad social de Nicaragua contrastan con otros países de la región, como Chile, donde a pesar de que el proceso de envejecimiento ha sido el tercero más acelerado de todo el continente,¹³ las adecuaciones para la cobertura de pensiones han sido muy limitadas.¹⁴ En el caso de Nicaragua, pese a tener una baja presión¹⁵ relacionada con su alto porcentaje de población rural y su relativamente lento proceso de envejecimiento, se han hecho esfuerzos importantes por incrementar la cobertura¹⁶ y el gasto en salud,¹⁷ especialmente después de 2013.¹⁸

¹³ Ver la Gráfica 111. "Incremento porcentual de la población de 65 años y más en cada país, 2000-2018", un poco más adelante, en esta misma sección.

¹⁴ Ver el Capítulo 6.

¹⁵ Se encuentra en la posición 17 de 19 del Índice de Presión (IP) en 2009, y 18 de 19 en 2016. En ambos casos, en el estrato de presión "muy baja".

¹⁶ Ver en este apartado la Gráfica 123. Porcentaje de personas con 65 años o más que reciben una pensión en Nicaragua, 2000-2017.

¹⁷ Ver en este apartado la Gráfica 119. "Gasto general en salud como porcentaje del gasto general del gobierno".

¹⁸ El contexto histórico en el que se desarrollaron estos cambios se aborda con más detalle a partir de la sección 8.4 (sobre la evolución histórica del sistema de seguridad social) de este capítulo. Baste por ahora mencionar que dichos cambios se realizaron como





El objetivo de este apartado es, precisamente, conocer en qué medida el sistema de seguridad social nicaragüense es más o menos capaz de satisfacer los requerimientos de bienestar de su población, en relación con los otros 19 países del continente.¹⁹ En este sentido, en el Capítulo 3 se construyeron índices para el análisis sintético de las dimensiones de cobertura, eficacia y presión a la que se encuentran sometidos esos 19 países en dos momentos: los años 2009 y 2016. Adicionalmente, se expusieron los resultados generales respecto a los indicadores seleccionados que pueden dar cuenta de las tendencias y diferencias de los procesos y contextos relacionados con la seguridad social en el periodo 2000 a 2018.

En este apartado se describen y contextualizan las tendencias *particulares* de los indicado-

res estudiados en el periodo 2000 a 2018, y de los componentes que integran los índices desarrollados del Capítulo 3 para los años 2009 y 2016: Índice de Presión (IP), Índice de Cobertura (IC) y el Índice de Eficacia (IE), y del Índice de Desempeño de los Sistemas de Seguridad Social (IDSS), así como una breve mención del Índice de Presión Específica (IPE) y del Índice de Desempeño Específico de los Sistemas de Seguridad Social (IDESS), donde Nicaragua ya aparecía de manera constante como uno de los países peor calificados. En los apartados que siguen, se avanza en una propuesta de explicación que permita comprender qué significa este nivel de presión, cobertura y eficacia en el caso específico del desarrollo histórico político de Nicaragua y su sistema de seguridad social.

consecuencia de decisiones políticas tomadas en el marco del regreso de la izquierda exrevolucionaria al gobierno, así como decisiones contrarias a las recomendaciones de diferentes organismos internacionales y especialistas a favor de la implementación de mecanismos de neoliberalización de los sistemas de seguridad social. Sin embargo, estos esfuerzos se vieron limitados por el contexto de bajo desarrollo económico, industrialización y urbanización, producto de los conflictos armados y políticos que Nicaragua enfrentó durante todo el siglo XX.

¹⁹ Los países seleccionados, además de Nicaragua, fueron Estados Unidos, Canadá, México, Chile, Uruguay, República Dominicana, Costa Rica, Argentina, Brasil, Colombia, El Salvador, Panamá, Perú, Bolivia, Ecuador, Paraguay, Guatemala y Honduras. Sobre la metodología para la selección de casos, ver el anexo del Capítulo 3.

Tabla 45. Indicadores de presión, cobertura y eficacia de la seguridad social para Nicaragua

Índices	Indicadores	2000	2010	2018
Presión	Población de 65 años o más como porcentaje de la población total	3.79	4.53	5.25
	Población urbana como porcentaje de la población total	55.19	56.92	58.52
	Empleo en servicios como porcentaje del empleo total	50.49	52.23	52.93
	Tasa de desempleo	No disponible	5.19 (2009)	3.92 (2016)
Presión Específica	Población rural como porcentaje de la población total	44.82	43.08	41.48
	Tasa de crecimiento poblacional	1.56	1.36	1.26
	Razón de dependencia demográfica	76.83	60.89	54.92
	Trabajadores familiares que contribuyen	12.33	9.77	9.38
	Tasa de informalidad	No disponible	65.7 (2009)	77.4 (2016)
Cobertura	Partos atendidos por personal capacitado	73.70 (2002)	74.00	96.00 (2017)
	Porcentaje de personas de 65 años o más que reciben una pensión	18.00	17.20	34.00 (2017)
	Gasto del gobierno en salud como porcentaje del PIB	2.58	2.95	5.02 (2017)
	Gasto público en protección social como porcentaje del PIB	0.51	0.53	0.36
Eficacia	Tasa de participación laboral de las personas de 65 años o más	No disponible	39.70 (2009)	32.70 (2016)
	Tasa de mortalidad infantil	29.9	17.5	15.7
	Gasto de bolsillo como porcentaje del gasto total en salud	43.88	41.00	32.60 (2017)
	Población de 65 años o más en situación de pobreza	51.30 (2001)	41.26	28.45 (2016)

Fuente: Elaboración propia con información de la base de datos construida para el análisis del ISSBA.

8.2.1. Índice de Presión (IP) e Índice de Presión Específica (IPE)

Puesto que Nicaragua es uno de los países con poblaciones menos envejecidas y urbanas de la región, se encuentra en el estrato de presión muy baja, junto con Bolivia, Honduras, Guatemala y Paraguay; en cuanto al IP, en 2009 tuvo la posición 17 de 19, y en 2016, la 18.

Se puede afirmar que la presión siguió siendo muy baja en los dos años de observación, pero no se puede afirmar que bajó, a pesar de su descenso en la posición que ocupó en el IP, dada la construcción metodológica del índice (que no se calcula en términos absolutos, sino en relación con el resto de los países estudiados).

En el IPE,²⁰ Nicaragua se posicionó en el lugar 4 en 2016 (único año para ese índice) y en el estrato de Presión Específica Alta, lo que indica una presencia importante de factores vinculados con una alta exclusión de la seguridad social, probablemente por los altos niveles de informalidad laboral (creció once puntos de 2009 a 2014) y de población rural. A continuación, se describen las tendencias de los indicadores que integraron el IP y el IPE.

Como punto de partida, debe considerarse que una de las dificultades para financiar los sistemas de seguridad social está fuertemente relacionada con la transición demográfica.²¹ La CEPAL ha advertido que el envejecimiento poblacional será el rasgo demográfico más sobresaliente de las próximas décadas, y que sus consecuencias serán más graves en América Latina que en Europa, pues en esta última se dio de manera paulatina. El tiempo para doblar la proporción de personas de 65 años y más del 7 % al 14 % tomó varias décadas en los países europeos, incluso 115 años en el caso de Francia. En cambio, en América Latina este proceso es mucho más rápido,²² lo que repercute en un incremento a la presión para que los sistemas de seguridad social protejan a una cantidad creciente de personas mayores, al tiempo que se va reduciendo la población en edad de trabajar, que contribuyen al sostenimiento del sistema.

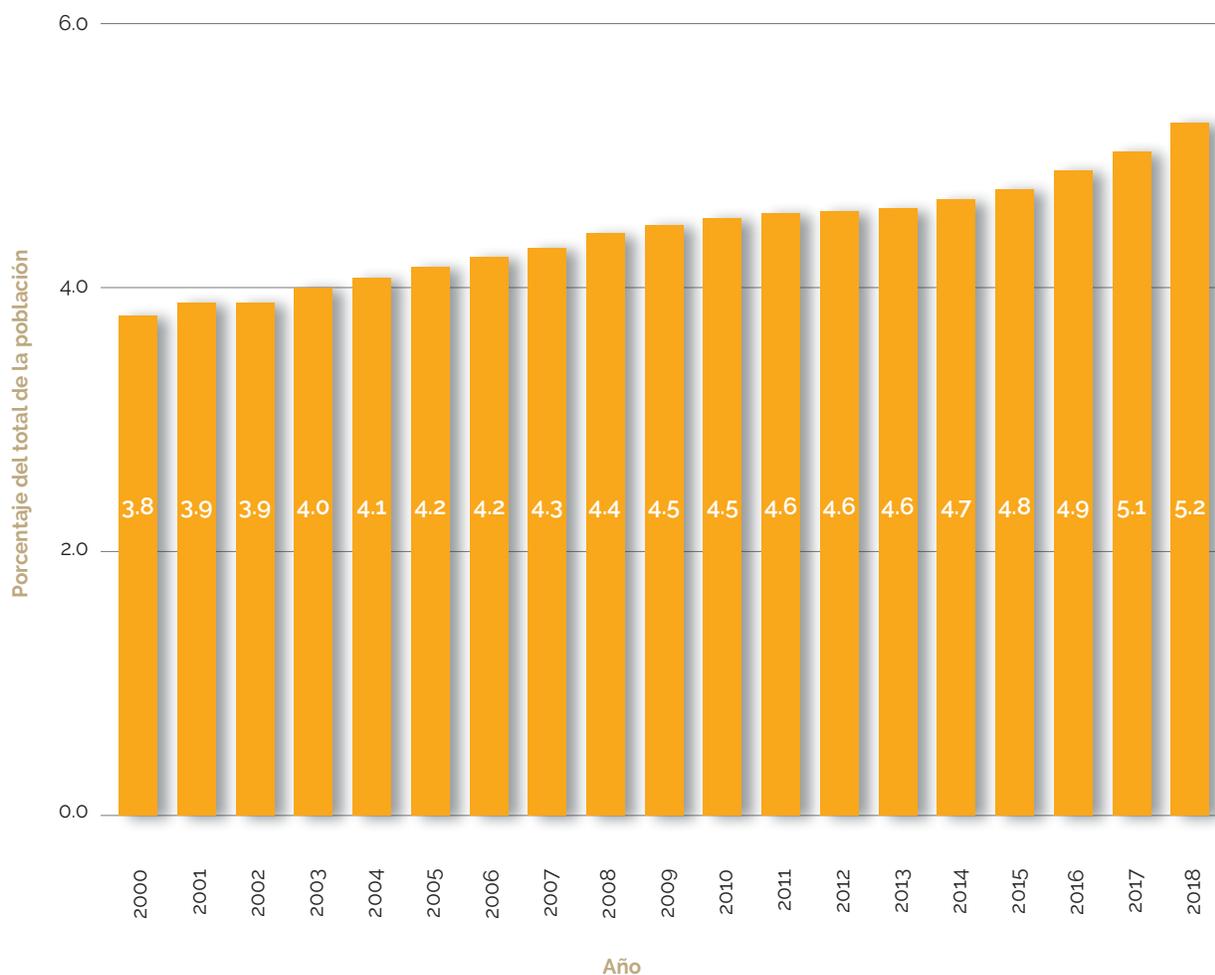
En Nicaragua, el porcentaje de población con 65 años y más creció significativamente entre 2000 y 2018, del 3,8 % al 5,2 % de la población (un crecimiento del 1,5 %). Sin embargo, para el periodo específico de 2009 a 2016, este crecimiento fue de 0,4 puntos porcentuales, al pasar del 4,5 % al 4,9 % de la población (Gráfica 109).

²⁰ El Índice de Presión Específica (IPE) da cuenta de factores vinculados con un menor acceso a la seguridad social, por lo que tiene una relación inversa con el IP. Es decir, el IPE y el IP reflejan dinámicas complementarias. Para mayores detalles, ver el Capítulo 3 de este informe.

²¹ La transición demográfica es un proceso de envejecimiento poblacional sin precedentes en la historia de la humanidad. Es resultado de la disminución de las tasas de fertilidad que provocan un aumento del porcentaje de los adultos mayores, con respecto a niños, niñas y jóvenes. La CEPAL preve que, en América Latina, el número de adultos mayores supere por primera vez al de niños cerca del año 2036, para luego seguir creciendo hasta 2080. La región pasó de una estructura de población joven en 1950 a una población en proceso de envejecimiento en los últimos años, y éste continuará con fuerza en las próximas décadas. Véase Sandra Huenchuan, *Envejecimiento, solidaridad y protección social en América Latina y el Caribe. La hora de avanzar hacia la igualdad*, CEPAL, Santiago de Chile, 2015.

²² "En los países europeos el proceso de transición demográfica se produjo entre los siglos XVIII y XIX y el tránsito de altos a bajos niveles de mortalidad y fecundidad fue mucho más lento que en los países latinoamericanos y caribeños, es decir, el envejecimiento de la población se fue dando de manera más paulatina. En ese contexto, a mediados del siglo XX alrededor del 12 % de la población europea era mayor de 60 años, más del doble que en América Latina y el Caribe, donde la población adulta mayor representaba el 5,6 %. En la región, el descenso de la fecundidad se hacía evidente a partir de 1950 y traía consigo el gradual angostamiento de la base de la pirámide de edades. En 2010, las personas mayores en Europa bordeaban el 22 % de la población total, porcentaje 2,2 veces mayor que el de América Latina y el Caribe. En el año 2040, esta razón disminuiría a 1,5 (31,6 % frente a 21,4 %). En 2050, las personas de edad de América Latina y el Caribe representarán el 26 % del total de la población. Esto significa que a mediados de este siglo la región podría llegar al mismo estadio del proceso de envejecimiento en que están los países desarrollados en la actualidad, en el que 1 de cada 5 personas tiene 60 o más años de edad", Huenchuan, *op. cit.*, p. 31.

Gráfica 109. Personas con 65 y más años como porcentaje de la población total en Nicaragua, 2000-2018

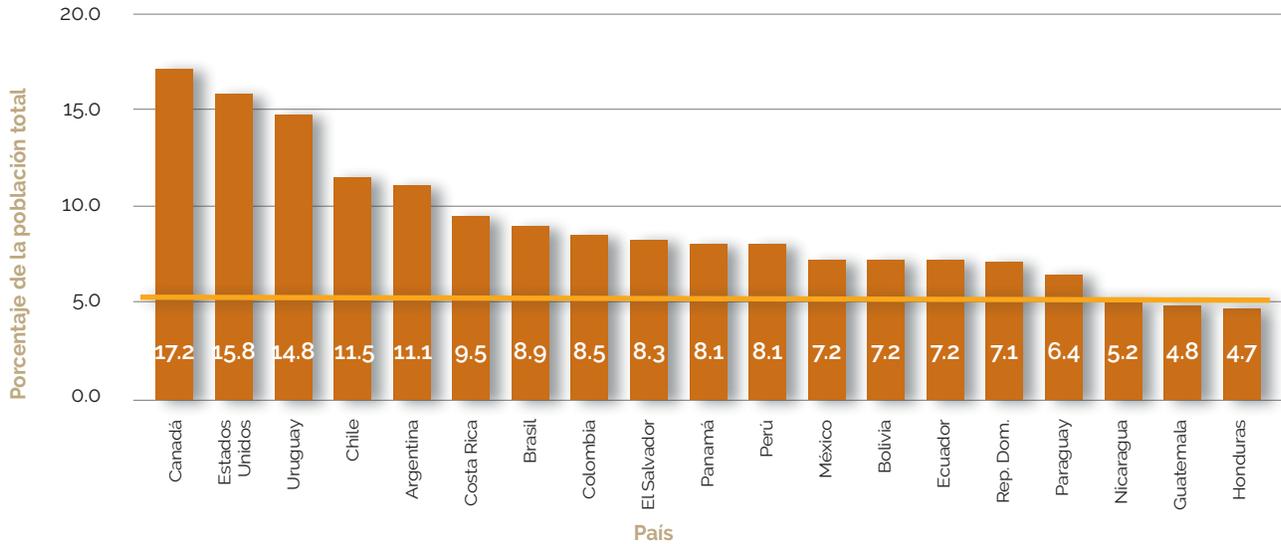


Fuente: Elaboración propia con información del Banco Mundial, "Población de 65 años y más (% del total)", *Banco de Datos*, 2020. Disponible en <https://datos.bancomundial.org/indicador/SP.POP.65UP.TO.ZS>

Sin embargo, a nivel comparativo, en 2018 Nicaragua reportó una de las poblaciones más jóvenes de América Latina, con lo que se sitúa en la posición 17 de 19 países considerados (Gráfica 110). De esta manera, como se puede ver en la gráfica siguiente, la población adulta mayor de

Nicaragua era apenas superior que la de Guatemala y Honduras, mientras que, por el otro lado, representaba la tercera parte de la proporción de población adulta mayor de países como Canadá, Estados Unidos y Uruguay.

Gráfica 110. Personas con 65 y más años como porcentaje de la población total en países americanos estudiados, 2018

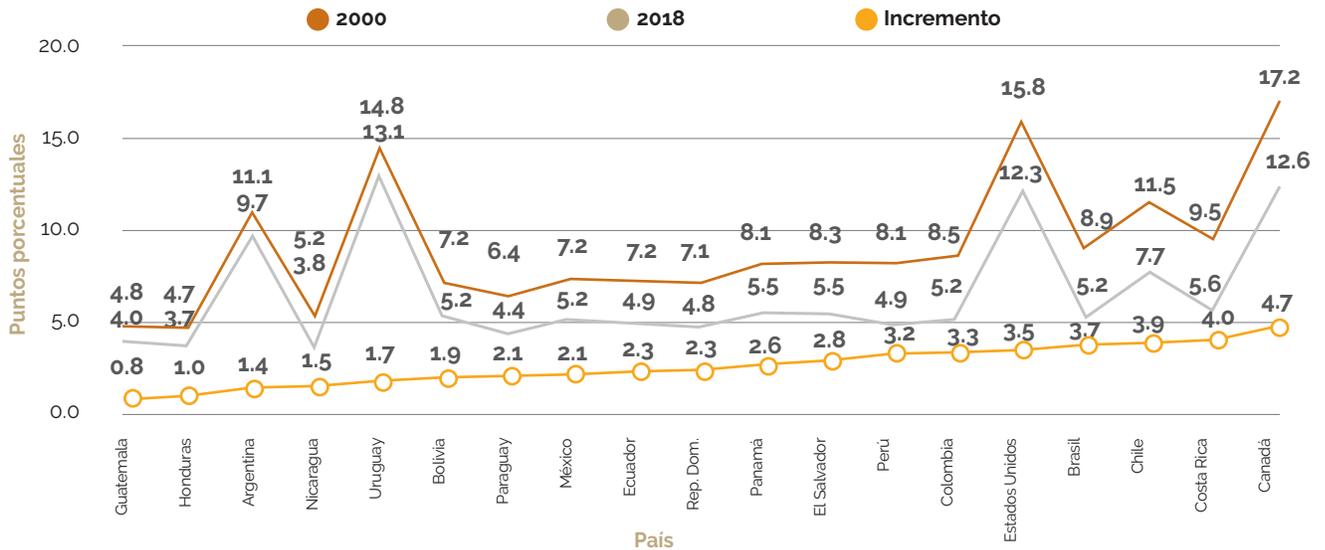


Fuente: Elaboración propia con información del Banco Mundial, "Población de 65 años y más (% del total)", *Banco de Datos*, 2020. Disponible en <https://datos.bancomundial.org/indicador/SP.POP.65UP.TO.ZS>

No sólo tiene una de las poblaciones más jóvenes, sino que, de seguir con ritmos similares a los que ha mostrado la última década, la seguirá teniendo. Como se puede ver en la siguiente gráfica, el incremento relativo de su población de 65 años y más, respecto al total de su población entre 2000 y 2018 (1.5 puntos) fue el cuarto menor

de todos los países del continente. Esto fue un aumento de la presión a su sistema de pensiones, pero mucho menor del que sufrirán países como Chile, donde la población adulta mayor ya representaba una parte importante de la población en 2000 (7.7 %) (Gráfica 111).

Gráfica 111. Incremento porcentual de la población de 65 años y más en cada país, 2000-2018

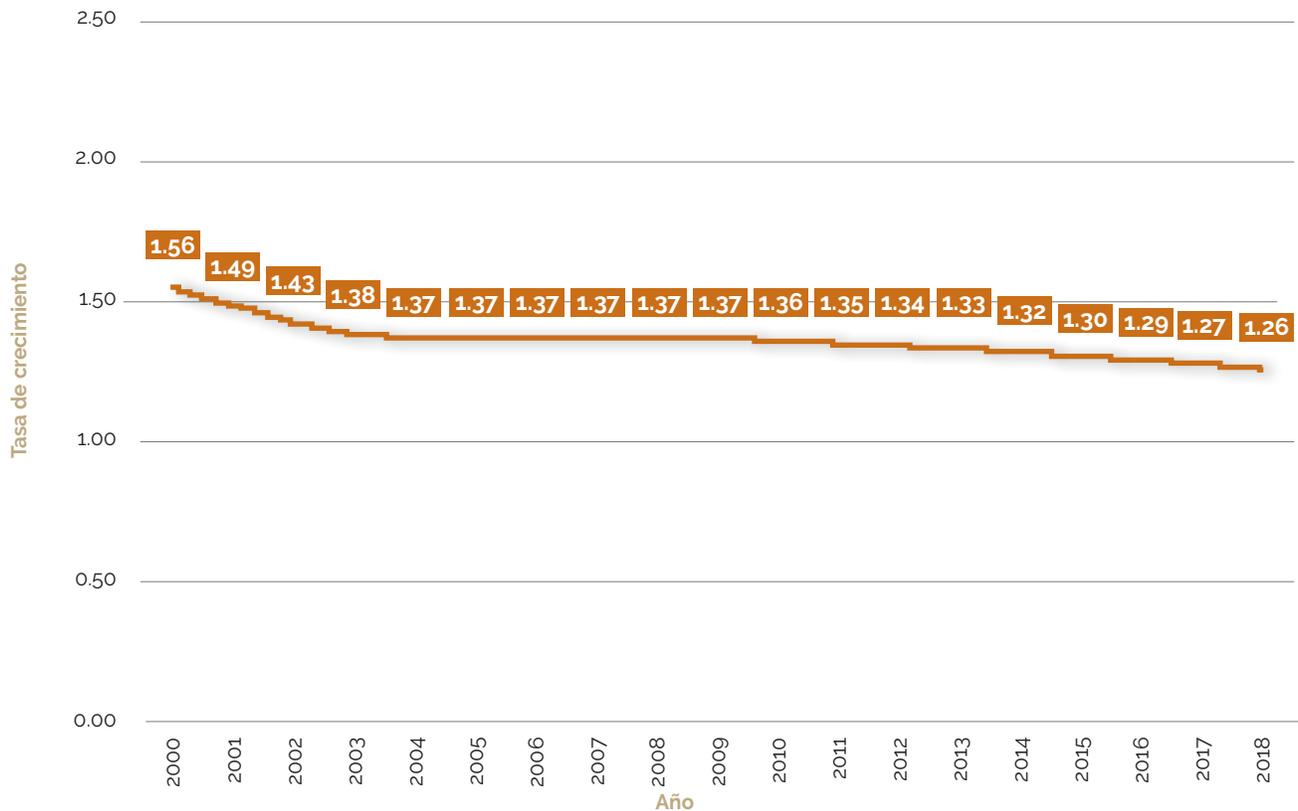


Fuente: Elaboración propia con información del Banco Mundial, "Población de 65 años y más (% del total)", *Banco de Datos*, 2020. Disponible en <https://datos.bancomundial.org/indicador/SP.POP.65UP.TO.ZS>

Puede observarse también que en Nicaragua, desde el año 2000, la tasa de crecimiento poblacional ha ido disminuyendo, del 1.56 % en 2000 al 1.26 % en 2018 (según la OPS, en 2016 —último año disponible para este dato— había una tasa de

global de fecundidad de 2.1 hijos —mientras que en el año 2000 había sido de 3.7— por mujer y una esperanza de vida al nacer de 75.9 años —frente a la esperanza de vida al nacer del año 2000, que era de 69.1—.

Gráfica 112. Tasa de crecimiento poblacional, 2000-2018



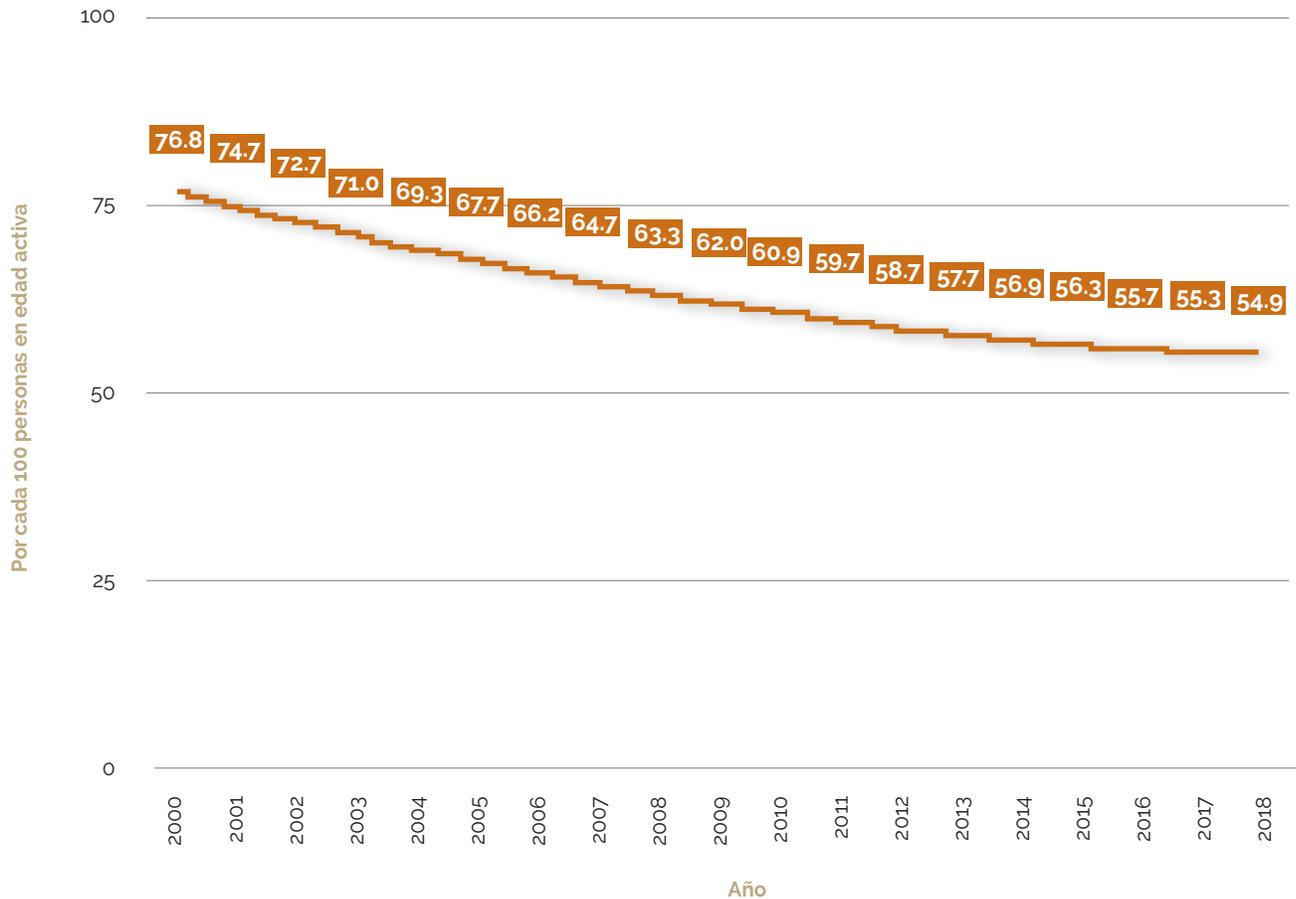
Fuente: Elaboración propia con información del Banco Mundial, "Tasa de crecimiento poblacional", Indicadores de Desarrollo del Banco Mundial, 2000-2018. Disponible en <https://databank.bancomundial.org/source/world-development-indicators>

La disminución de las tasas de fecundidad ha resultado en una reducción de la razón de dependencia y una expansión de la participación de la población de edad productiva (15 a 64 años). La población en edad laboral de Nicaragua aumentó casi tres veces en los últimos 40

años (alrededor de 2.5 millones de personas). Actualmente, el 50 % de los habitantes tienen menos de 25 años.²³ En este sentido, la razón de dependencia demográfica (Gráfica 113) pasó de 76.8 personas en edad pasiva por cada 100 en edad activa en 2000, a 54.9 en 2018.

²³ El efecto de disponibilidad de mano de obra contribuyó a la mitad del incremento del PIB per cápita durante 1990-2015 (o poco menos de un incremento de un punto porcentual sobre un incremento anual del 1.9 % del PIB per cápita). Banco Mundial "PIB per cápita (US\$ a precios actuales)". Disponible en <https://datos.bancomundial.org/indicador/NY.GDP.PCAP.CD>

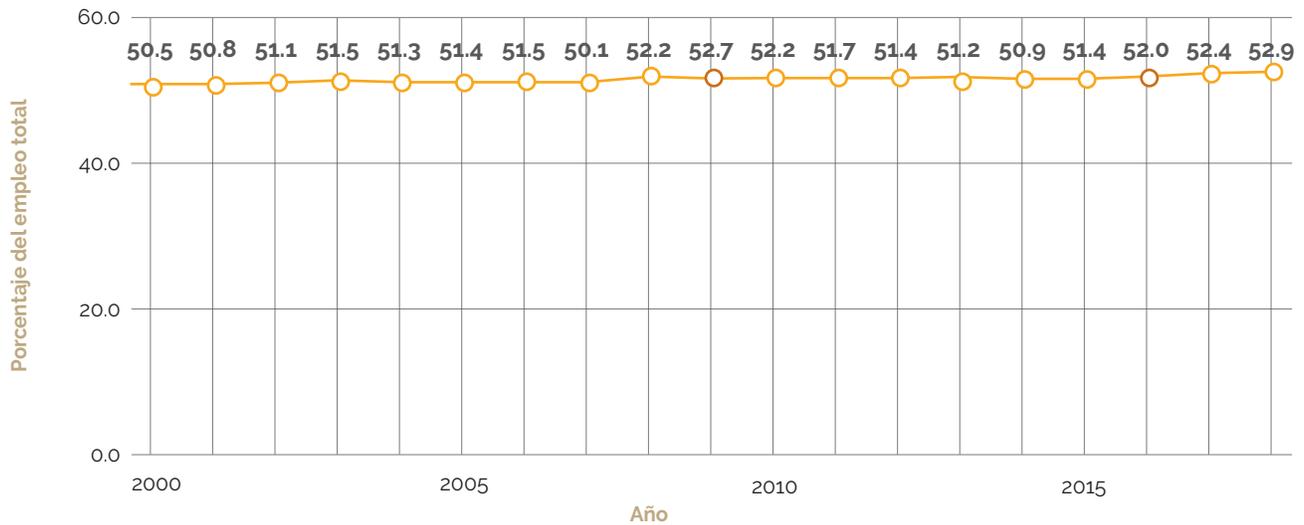
Gráfica 113. Razón de dependencia demográfica, 2000-2018



Fuente: Elaboración propia con información del Banco Mundial, "Tasa de dependencia demográfica", Indicadores de Desarrollo del Banco Mundial, 2000-2018. Disponible en <https://databank.bancomundial.org/source/world-development-indicators>

Por otro lado, Nicaragua y Ecuador fueron los países con menores *proporciones de población urbana* en las dos décadas estudiadas. Algo que, en términos de la presión al sistema de seguridad social, se relaciona con la carencia de una estructura laboral que supondría una alta presencia de trabajo formal remunerado, sujeto a los riesgos ante los que protege la seguridad social, y tam-

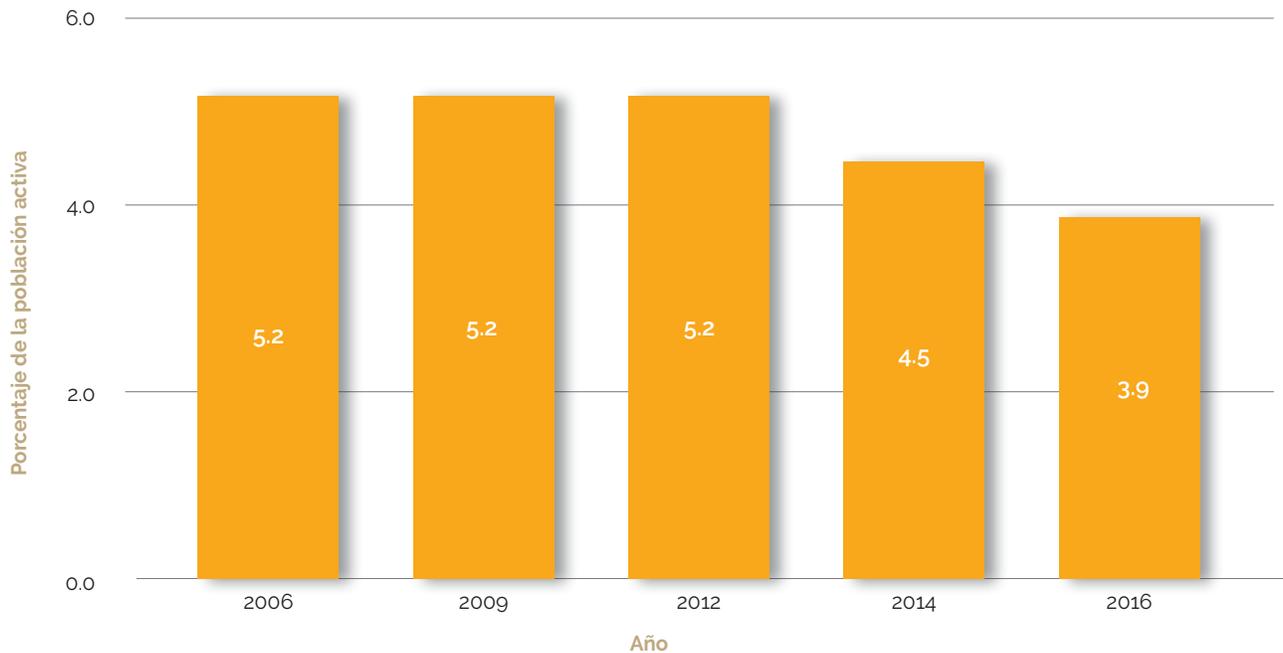
bién con un bajo porcentaje de empleo en el sector servicios, que entre 2000 y 2018 sólo creció 2.4 puntos porcentuales. Por lo tanto, en el caso de Nicaragua, esto implica una menor presión al sistema. Como se expone más adelante, con base en el IPE, esto también supone una alta exclusión de la seguridad social.

Gráfica 114. Empleo en servicios como porcentaje del empleo total en Nicaragua, 2000-2018

Fuente: Elaboración propia con información del Banco Mundial, "Empleos en servicios (% del total de empleos)", *Banco de Datos*, 2020. Disponible en <https://datos.bancomundial.org/indicador/SL.SRV.EMPL.ZS>

Como se observa, la tasa de desempleo cayó 1.3 puntos porcentuales de 2006 a 2016, del 5.2 %

reportado en 2006, 2009 y 2012, al 4.5 % de 2014 y al 3.9 % de 2016.

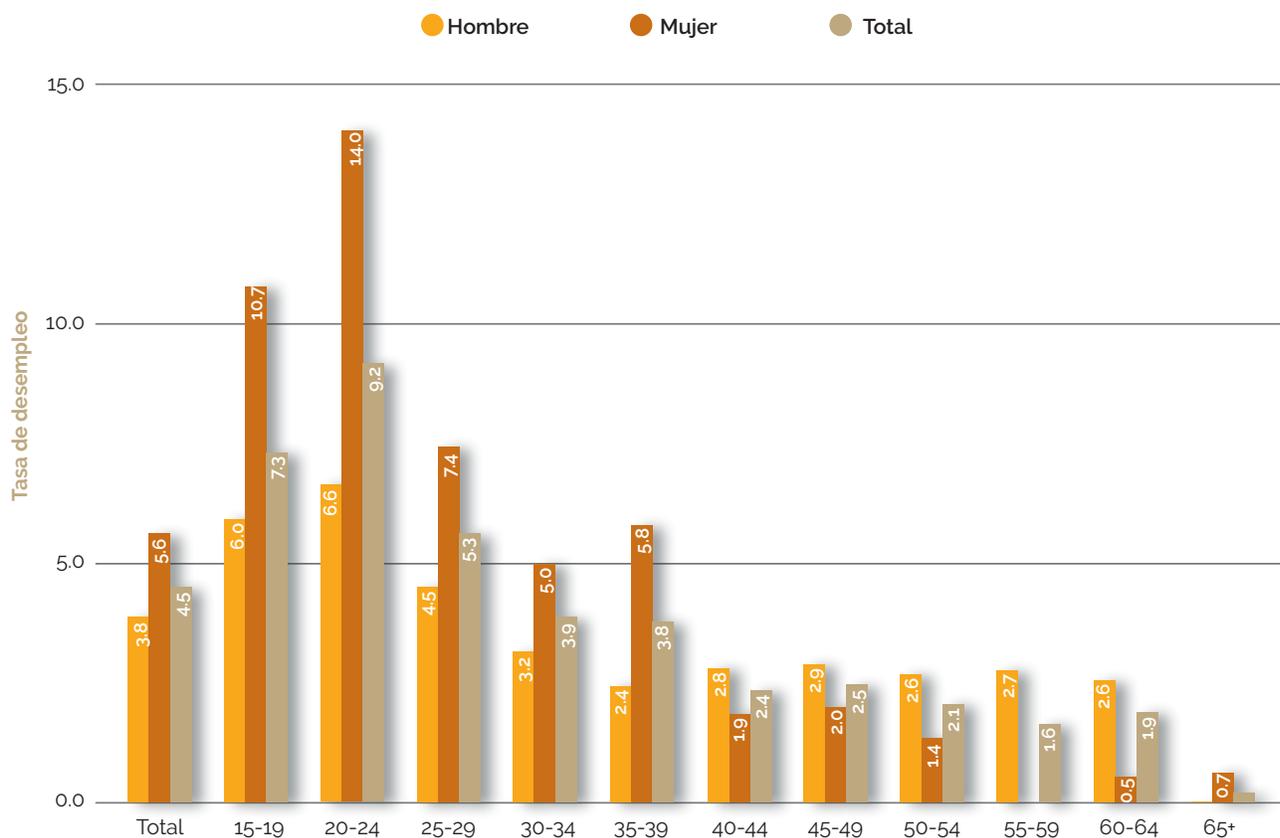
Gráfica 115. Tasa de desempleo (porcentaje de la población activa total), Nicaragua, 2006, 2009, 2012, 2014 y 2016

Fuente: Elaboración propia con información de Organización Internacional del Trabajo (OIT), "Tasa de desempleo por sexo y edad (%) anual", ILOSTAT, 2020. Disponible en https://www.ilo.org/shinyapps/bulkexplorer31/?lang=en&segment=indicator&id=UNE_DEAP_SEX_AGE_RT_A

Adicionalmente, la aplicación de la Encuesta Nacional de Hogares, en 2014, permite la desagregación de datos por sexo y grupo de edad. Como muestra la gráfica siguiente, existe una diferencia

sexo-genérica muy significativa en la estructura del empleo de Nicaragua, pues el desempleo es más del doble para mujeres que para hombres, sobre todo entre jóvenes.

Gráfica 116. Tasa de desempleo por sexo y grupos de edad, Nicaragua, 2014

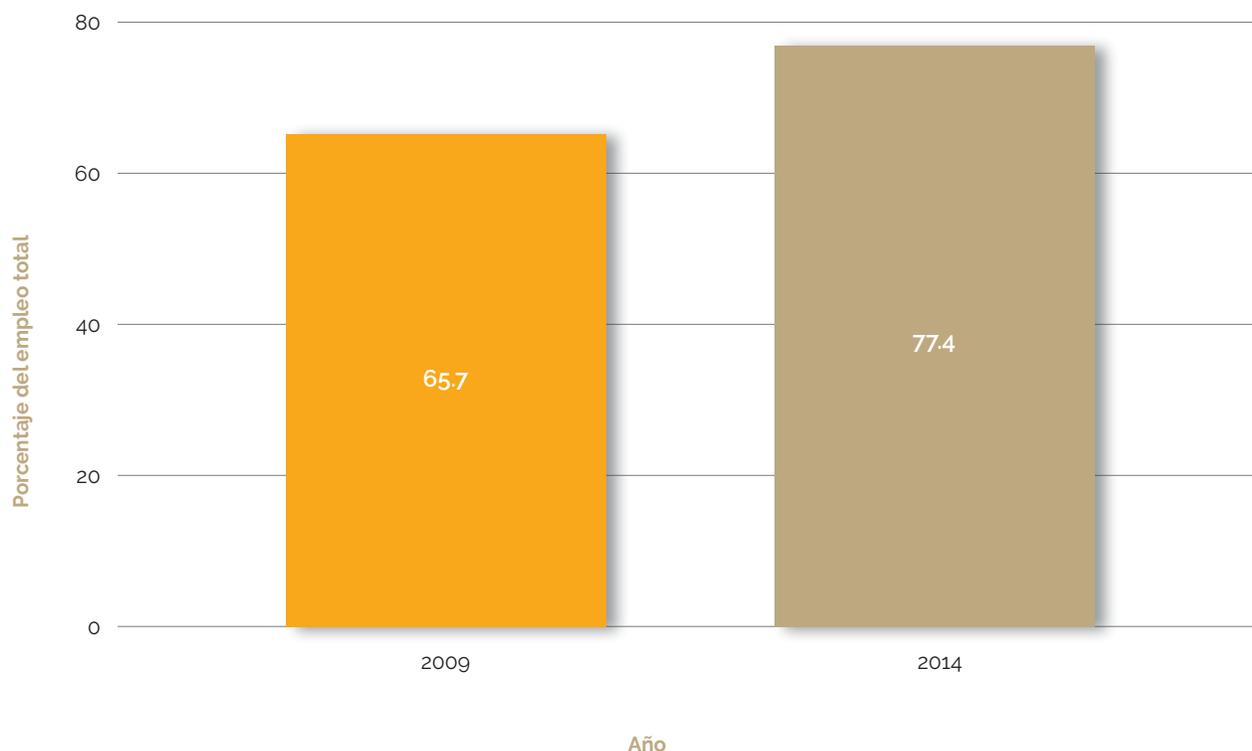


Notas: Los datos del año citado fueron recuperados de la base de datos de la Encuesta Nacional de Hogares.

Fuente: Elaboración propia con información de OIT, "Tasa de desempleo por sexo y edad (%) anual", ILOSTAT, 2020, a partir de datos de la Encuesta Nacional de Hogares sobre Medición de Nivel de Vida, 2014. Disponible en https://www.ilo.org/shinyapps/bulkexplorer31/?lang=en&segment=indicator&id=UNE_DEAP_SEX_AGE_RT_A

Por último, la informalidad laboral experimentó un aumento drástico, de 11.7 puntos porcentuales, entre el 2009 y el 2014. Como se ha explicado en este informe, el desarrollo del sistema de seguridad social está relacionado con la dinámica del mercado de trabajo. En este sentido, es relevante observar que el empleo formal

ha disminuido y, por lo tanto, la masa de salarios acumulados, a pesar de que ha existido un incremento salarial de los asegurados. En 2014 (último año de información disponible para este dato), la cantidad de trabajadores informales rondaba el 77.4 % del total en comparación con el 65.7 % de 2009.

Gráfica 117. Informalidad laboral como porcentaje del empleo total, Nicaragua, 2009 y 2014

Fuente: Elaboración propia con información del Banco Mundial, "Informalidad laboral", Indicadores de Desarrollo del Banco Mundial, 2000-2018. Disponible en <https://databank.bancomundial.org/source/world-development-indicators>

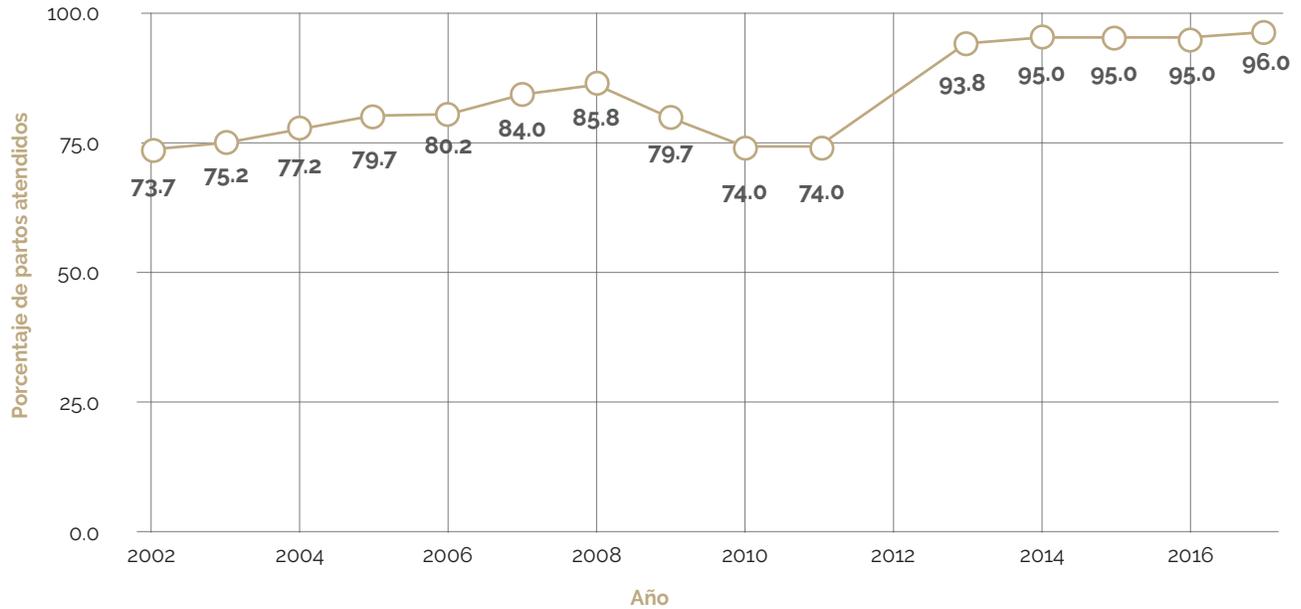
8.2.2. Índice de Cobertura (IC)

Como se expone en los últimos apartados de este capítulo, la cobertura del sistema nicaragüense de seguridad social ha sido muy limitada desde el principio. Durante la revolución se hicieron claros esfuerzos para ampliarla, pero las privatizaciones de la etapa posterior repercutieron negativamente en ello. Finalmente, a partir de 2013, se desarrollaron nuevas tendencias de crecimiento de la cobertura y del gasto del gobierno en salud. De manera que, aunque ésta sigue siendo muy limitada, el nivel de crecimiento

de los últimos años muestra un esfuerzo muy importante para un país con un contexto económico y social tan complejo.

En el año 2009, Nicaragua se posicionó en el lugar 17 de 19 (coeficiente de 0.237), y para 2016 se ubicó en el lugar 15 (coeficiente de 0.428). No obstante, la cobertura del sistema nicaragüense se sigue encontrando entre las más bajas de la región; ocupa el estrato de "cobertura muy baja" en ambos años.

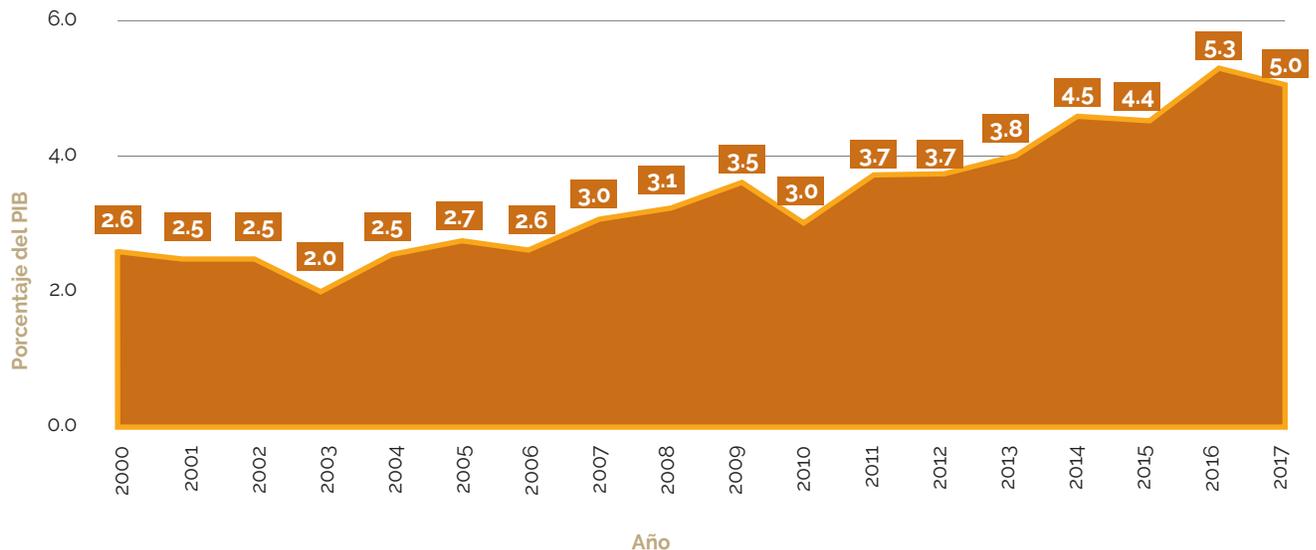
En cuanto a la atención de partos por profesionales de la salud, el incremento fue significativo. En 2002 era del 73.7 %, pero para 2017 ya había llegado al 96 %.

Gráfica 118. Partos atendidos por profesionales de la salud en Nicaragua, 2002-2017

Fuente: Elaboración propia con información del Repositorio de datos del Observatorio Mundial de Salud, "Partos atendidos por personal entrenado". Disponible en <https://apps.who.int/gho/data/view.main.GSWCA-H0zv> Nota: falta dato para el año 2012

El gasto en salud se comenzó a incrementar de manera significativa a partir del año 2007; es decir, en relación con la política pública de impul-

so a la educación y la salud que hizo el gobierno del FSLN (Gráfica 119).

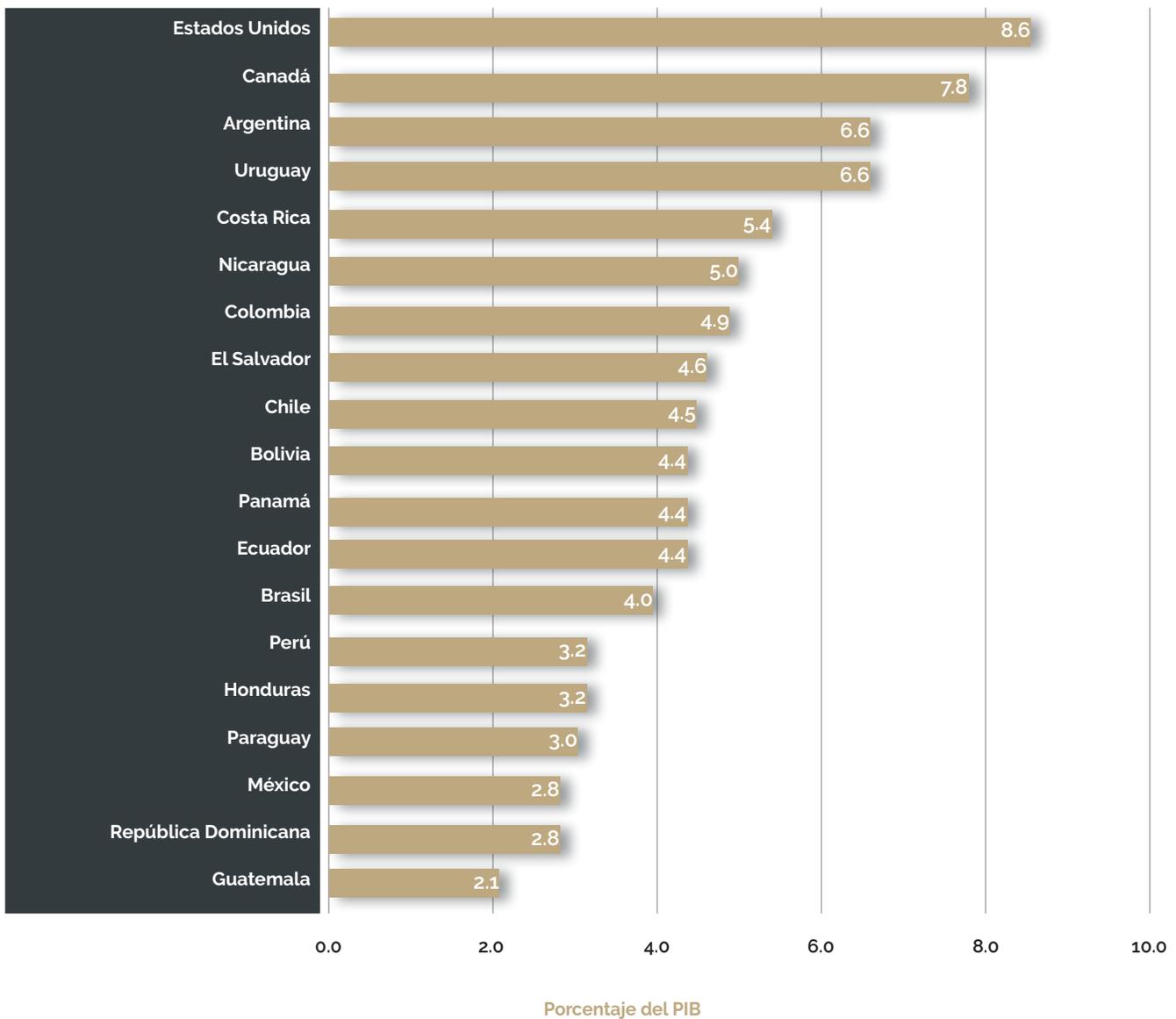
Gráfica 119. Gasto del gobierno en salud como porcentaje del PIB en Nicaragua, 2000-2017

Fuente: Elaboración propia con información del Banco Mundial, "Gasto interno en salud del gobierno general (% del PIB)", *Banco de Datos*, 2020. Disponible en <https://data.worldbank.org/indicador/SH.XPD.GHED.GD.ZS>

En este sentido, es notable que, a pesar de que Nicaragua es uno de los países más pobres, el gasto del gobierno en salud como porcentaje del PIB es el sexto más alto de los

países comparados del continente (por encima de Colombia, Chile, Brasil y México) (Gráfica 120), lo que debe relacionarse con su resultado en el IE.

Gráfica 120. Gasto del gobierno en salud como porcentaje del PIB en países americanos, 2017

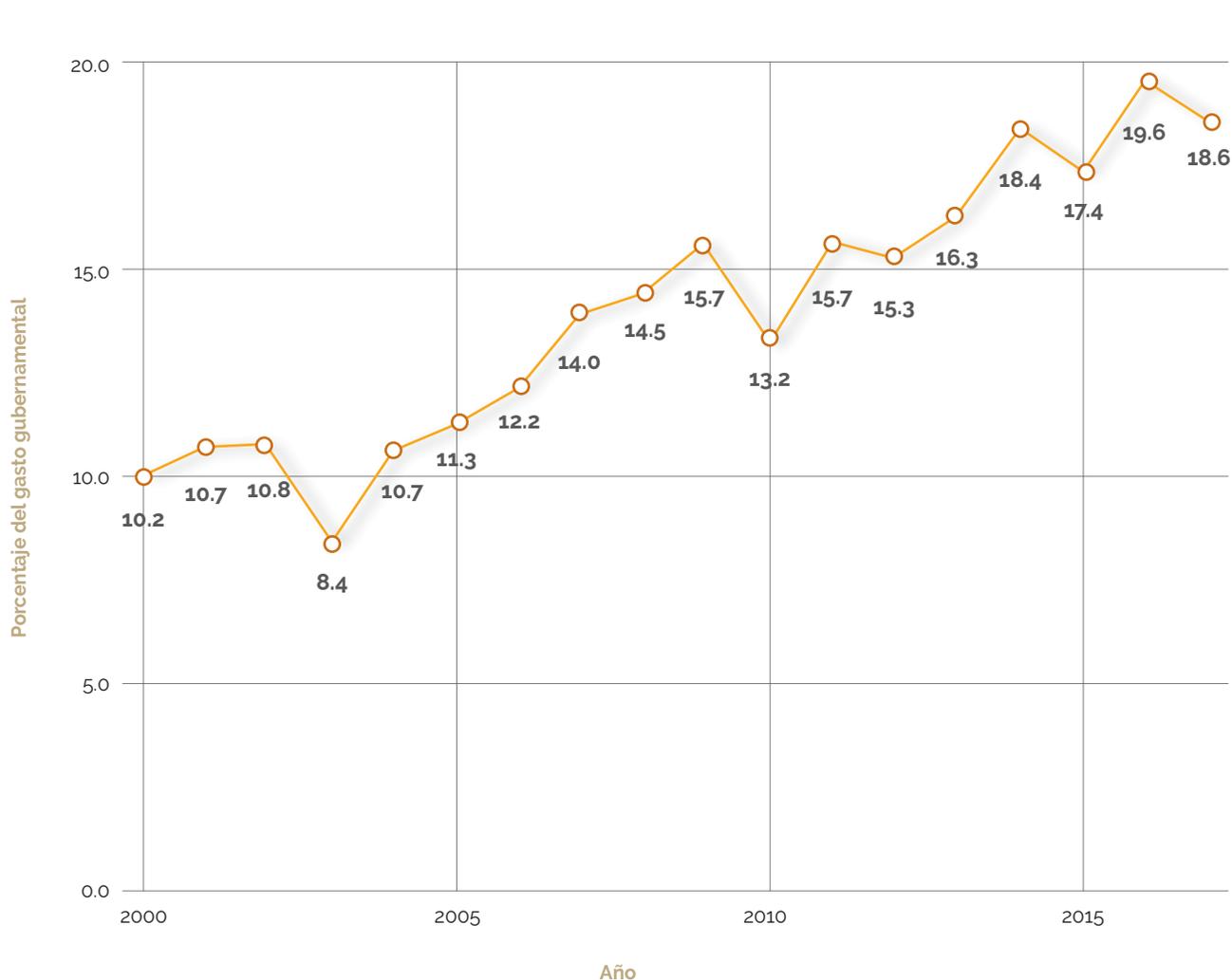


Fuente: Elaboración propia con información del Banco Mundial, "Gasto interno en salud del gobierno general (% del PIB)", *Banco de Datos*, 2020. Disponible en <https://data.worldbank.org/indicador/SH.XPD.GHED.GD.ZS>

Se profundiza un poco más en la exposición de estos datos puesto que es llamativo este incremento del gasto del gobierno en salud. Por ejemplo, puede observarse (Gráfica 121) que el

gasto en salud alcanzó en 2017 el 18.6 % del gasto general del gobierno, y que inclusive esto representa una caída de su punto máximo del 19.6 % en 2016.

Gráfica 121. Gasto en salud como porcentaje del gasto gubernamental, 2000-2017

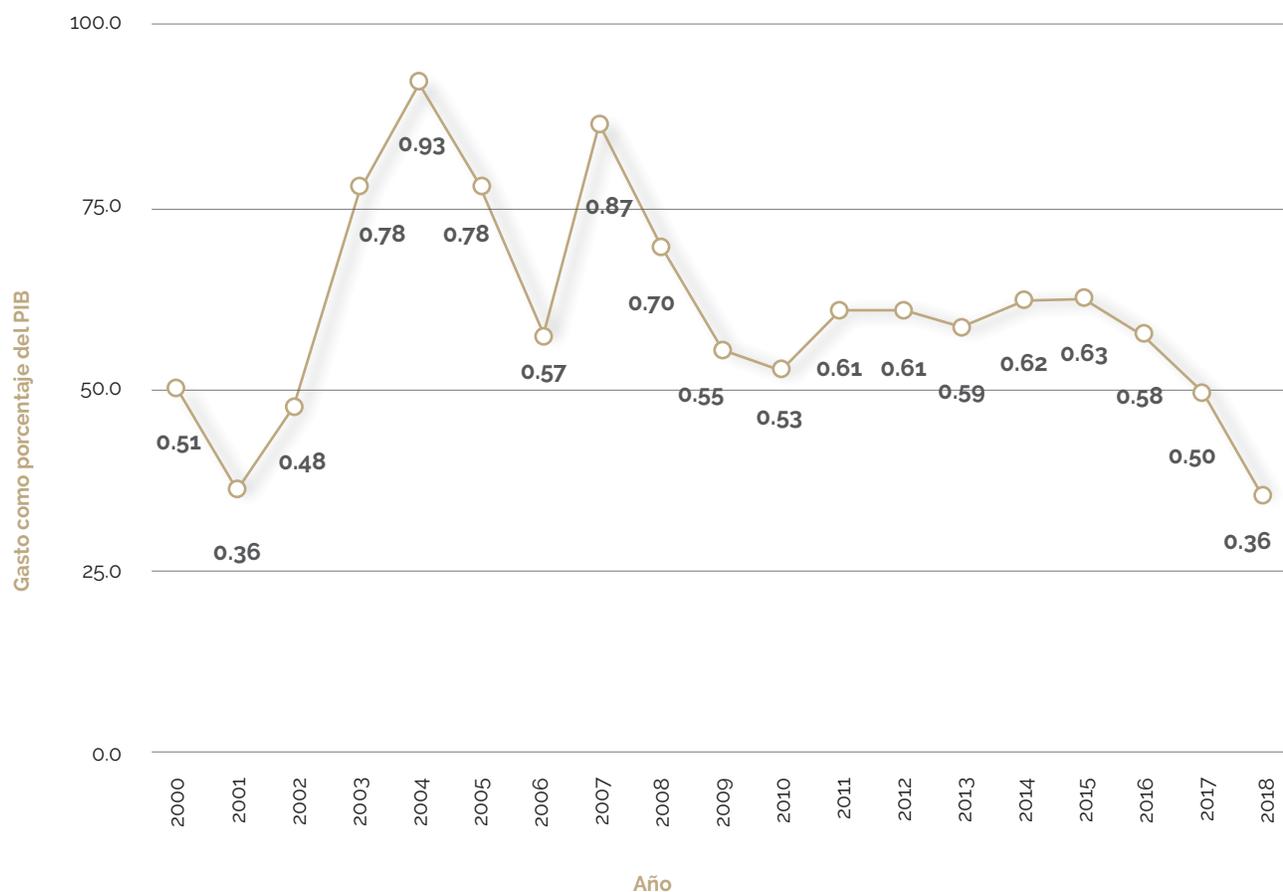


Fuente: Elaboración propia con información del Banco Mundial, "Domestic general government health expenditure (% of general government expenditure)", *Banco de Datos*, 2020. Disponible en <https://datos.bancomundial.org/indicador/SH.XPD.GHED.GE.ZS?locations=NI&view=chart>

En cuanto al gasto en protección social, los datos con los que contamos muestran continuos ascensos y descensos, pero siempre se trata de un porcentaje por debajo del 1 % del PIB (su pun-

to máximo se reporta en 2004, cuando sumó el 0.93 % del PIB). A partir de 2015, sin embargo, hay una marcada tendencia descendente, por la que pasó del 0.63 % en ese año al 0.36 % en 2018.

Gráfica 122. Gasto público en protección social como porcentaje del PIB en Nicaragua, 2000-2018



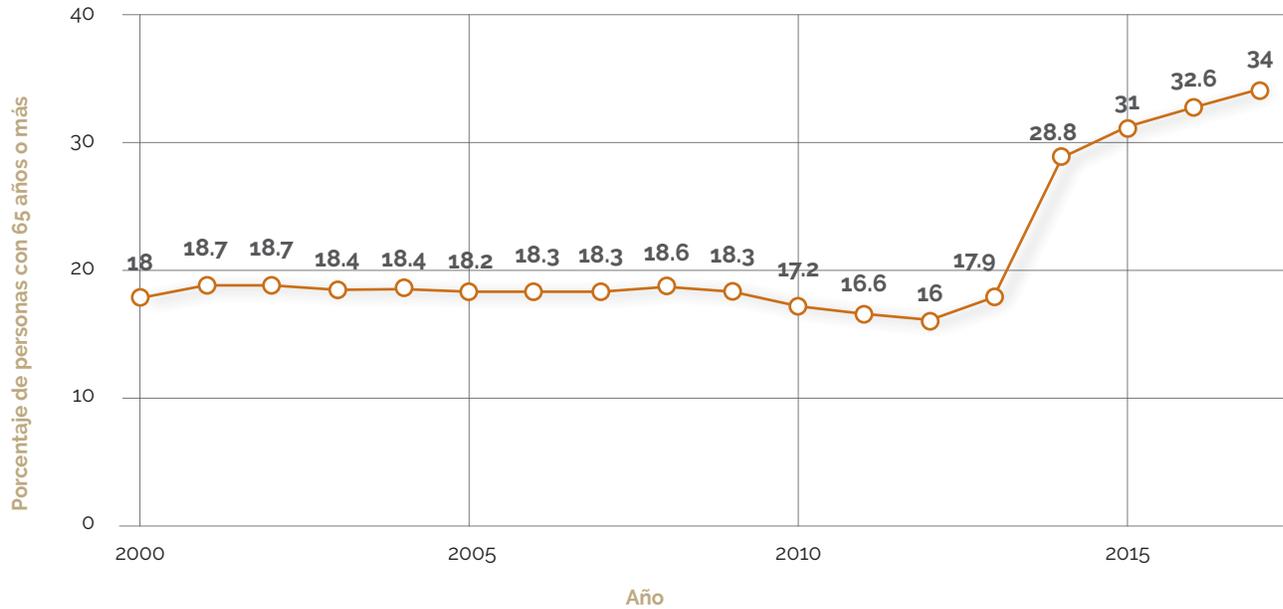
Fuente: Elaboración propia a partir de datos de CEPAL "Gasto público según clasificación por funciones del gobierno (en porcentajes del PIB)", 2020. Disponible en <https://cepalstat-prod.cepal.org/cepalstat/tabulador/ConsultaIntegrada.asp?idIndicador=3127&idioma=e>

Sin embargo, se ha buscado incrementar la cobertura de la población asegurada a pesar de la dinámica del mercado de trabajo (como se dijo en el apartado anterior, para 2014 la cantidad de trabajadores informales rondaba el 77.4 % del total, lo que significó un aumento del 11.7 % con respecto a la cantidad de trabajadores informales reportados en 2009).

Así, en lo relativo al sistema de pensiones, que en Nicaragua comprende sólo prestaciones contributivas,²⁴ se observa que la cobertura para personas con 65 y más años se mantuvo prácticamente estable hasta antes de 2014, año a partir del cual se produjo un aumento importante (Gráfica 123).

²⁴ Este indicador se ha tomado para el análisis comparativo que se hace en este informe y considera la cobertura de pensiones para la población con 65 y más años, sumando tanto las pensiones contributivas como las no contributivas. Sin embargo, es necesario aclarar que Nicaragua no cuenta con un programa nacional de pensiones no contributivas para adultos mayores; sólo dos sectoriales (Especial y Víctimas de Guerra), que tienen una cobertura muy limitada.

Gráfica 123. Porcentaje de personas con 65 años o más que reciben una pensión en Nicaragua, 2000-2017

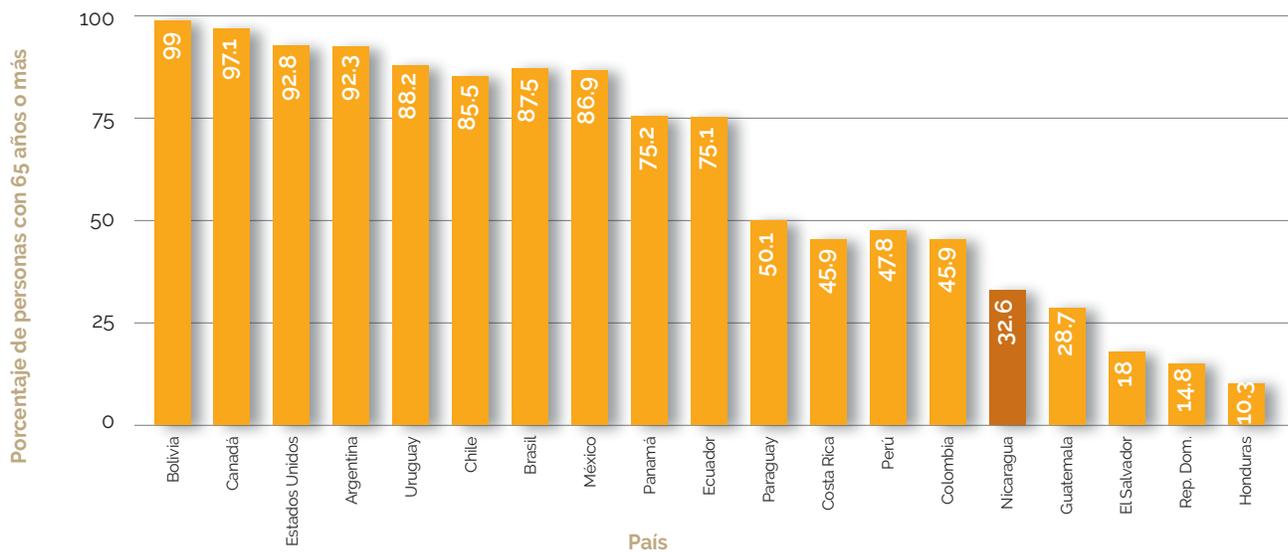


Fuente: Elaboración propia con información de Arenas de Mesa, Alberto, *Los sistemas de pensiones en la encrucijada. Desafíos para la sostenibilidad en América Latina*, Santiago de Chile, 2019.

A pesar de este notable incremento en la cobertura de pensiones contributivas para personas con 65 años y más, Nicaragua se mantiene

entre los países con menor cobertura en la región (Gráfica 124).

Gráfica 124. Cobertura de pensiones contributivas y no contributivas de personas con 65 años o más en países de América, 2016

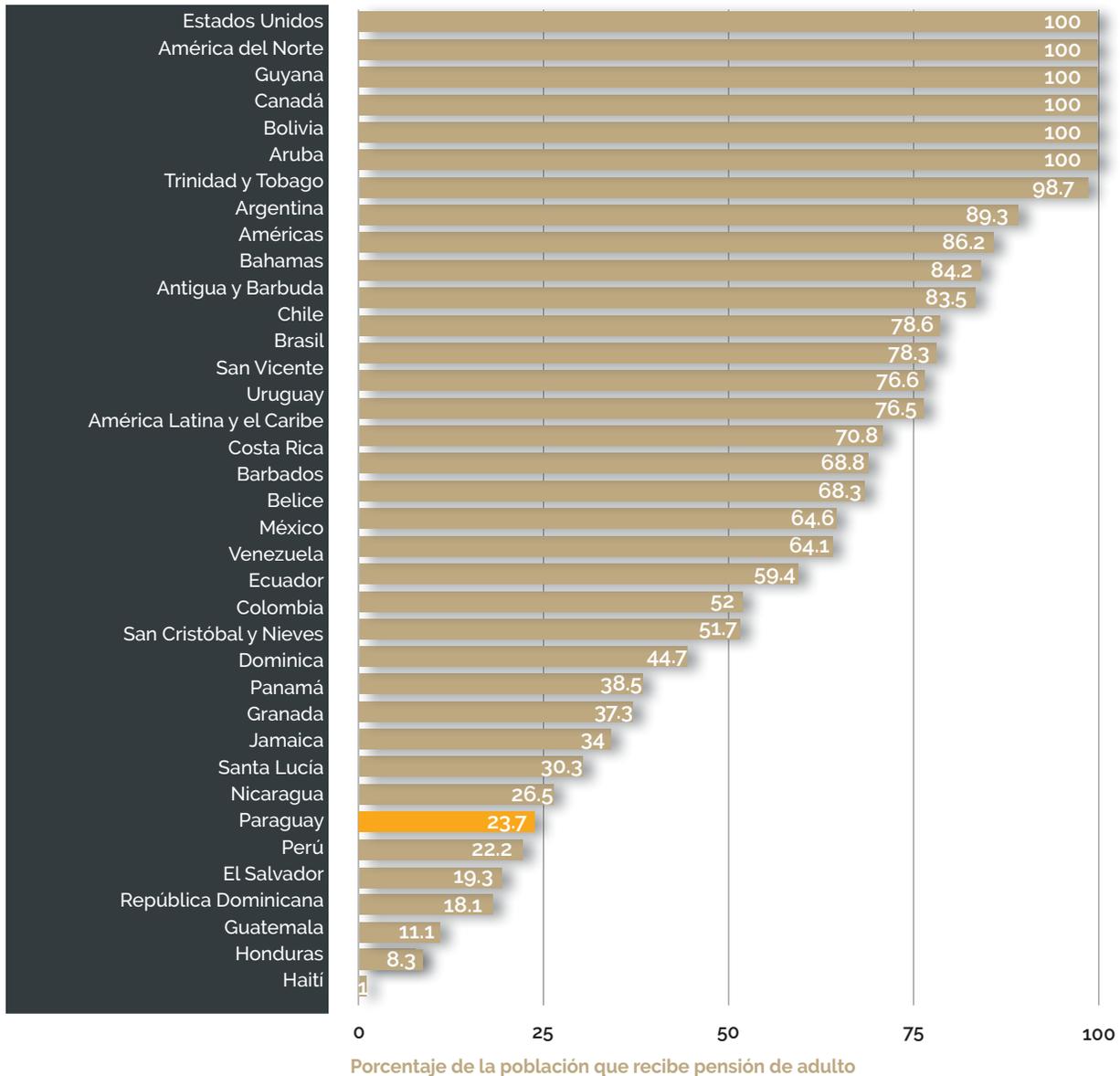


Fuente: Elaboración propia con información de Arenas de Mesa, Alberto, *Los sistemas de pensiones en la encrucijada. Desafíos para la sostenibilidad en América Latina*, Santiago de Chile, 2019. OCDE, Social Benefit Recipients Database (SOCR), 2019. Disponible en <https://www.oecd.org/social/recipients.htm>

Ahora bien, en el indicador de cobertura efectiva para población adulta mayor (desarrollado por la OIT), que relaciona a la población beneficiaria en relación con quienes están en edad de recibir pensión por ser adulto mayor, el porcentaje disminuye considerablemente (has-

ta 23.7 %), con lo que se visibiliza que este es un problema particularmente grave en el país (Gráfica 125). Sin embargo, es interesante notar cómo siendo el segundo país más pobre de la región, no es necesariamente el de menor cobertura.

Gráfica 125. Cobertura efectiva en pensiones para adultos mayores. Porcentaje de la población que recibe pensión de adulto mayor, respecto a la edad de pensión establecida, último año disponible (2015 para el caso de Nicaragua)



Fuente: Elaboración OIT a partir de "ILO, World Social Protection Database, based on SSI"; ILOSTAT; national sources. Disponible en <https://www.social-protection.org/gimi/RessourceDownload.action?ressource.res-sourceId=54610>

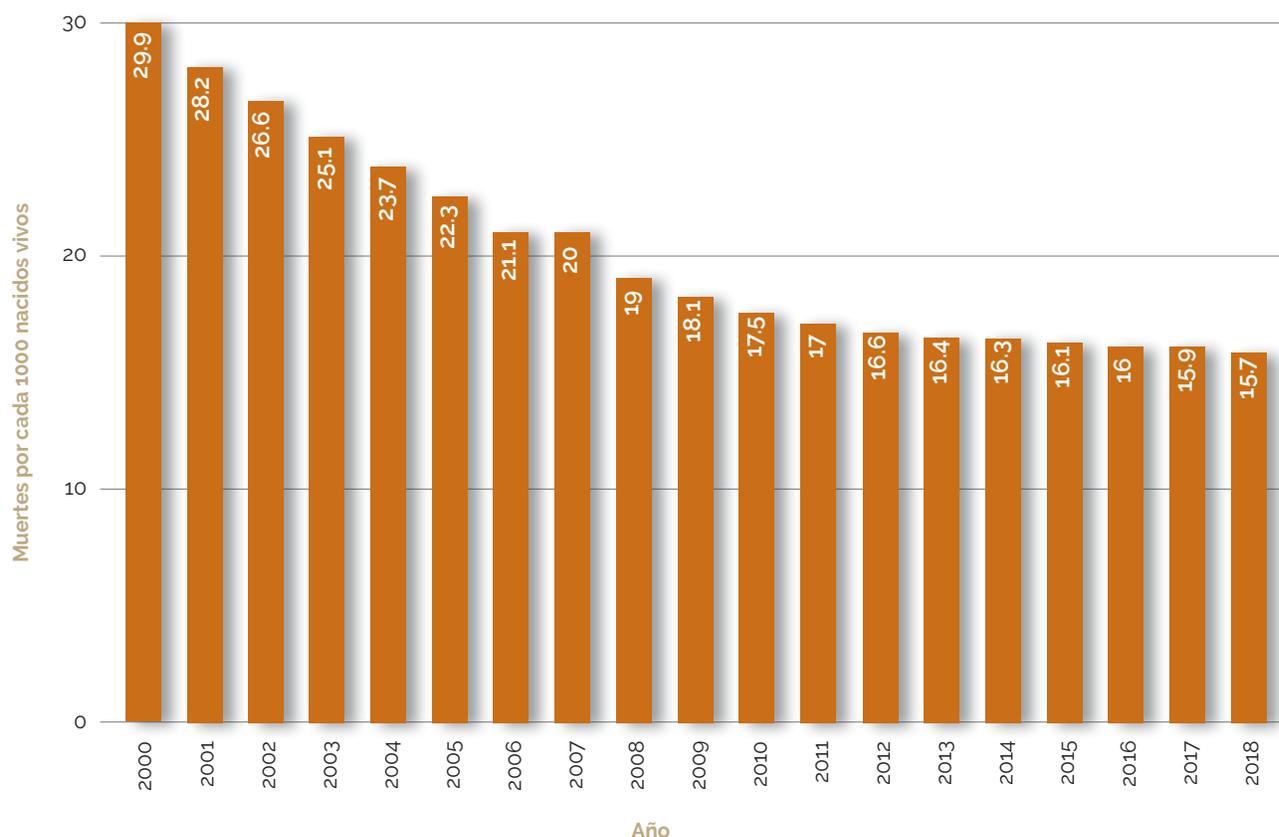
8.2.3. Índice de Eficacia (IE)

Para el IE, en el año 2009 Nicaragua se posicionó en el lugar 14 de 19, y para 2016 subió una posición en el *ranking* de países comparados. En 2009, el país se encontró en el estrato de eficacia muy baja y aunque sólo subió de la posición 14 a la 13, pasó al estrato de eficacia baja para 2016 (junto con México, Perú y Ecuador). Esto se debe en parte a cambios internos de otros países (recordemos que el IE es una comparación), pero también a una reducción de la tasa de mortalidad infantil, del gasto de bolsillo, del porcentaje de pobreza en personas adultas mayores y, es-

pecialmente, de la tasa de participación laboral de las personas de 65 años o más (que pasó del 39.7 % al 32.7 %; la reducción más grande de este indicador después de la conseguida por Brasil).

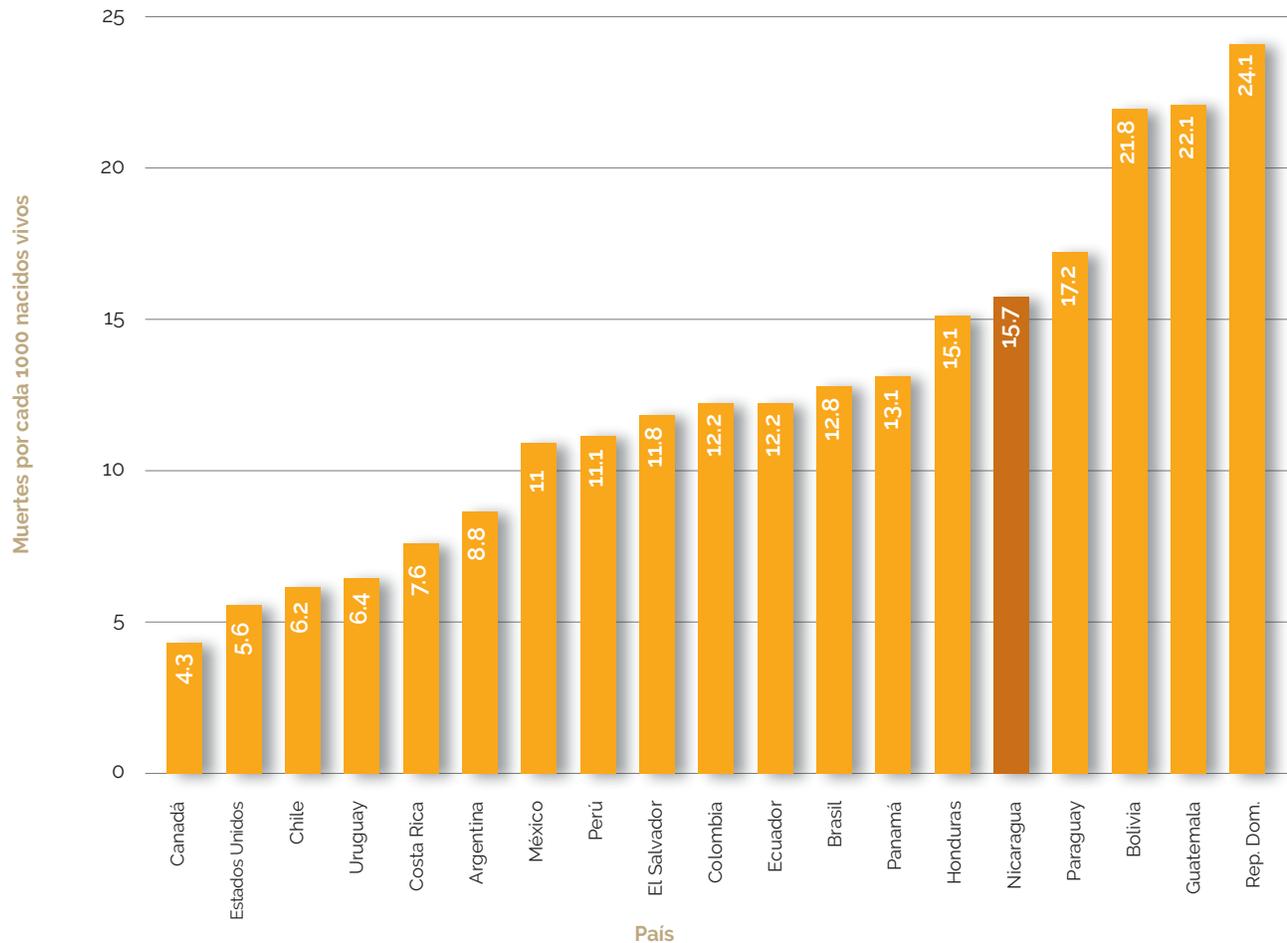
De esta manera, en el periodo de estudio se observó un *mejor* desempeño relativo en los indicadores de eficacia. Es el caso, por ejemplo, de la tasa de mortalidad infantil, que se redujo casi a la mitad entre 2000 y 2018 (Gráfica 126). Sin embargo, y a pesar de que subió el gasto en salud o la atención en partos, este indicador disminuyó sobre todo en los primeros años, para estabilizarse desde 2010. Por otra parte, debe decirse que esta tasa sigue siendo una de las más grandes de la región a pesar de su reciente y pronunciada reducción.

Gráfica 126. Tasa de mortalidad infantil en Nicaragua, 2000-2018



Fuente: Elaboración propia con información del Banco Mundial, "Tasa de mortalidad infantil", Indicadores de Desarrollo del Banco Mundial, 2000-2018. Disponible en <https://databank.bancomundial.org/source/world-development-indicators>

Gráfica 127. Tasa de mortalidad infantil en países de América, 2018

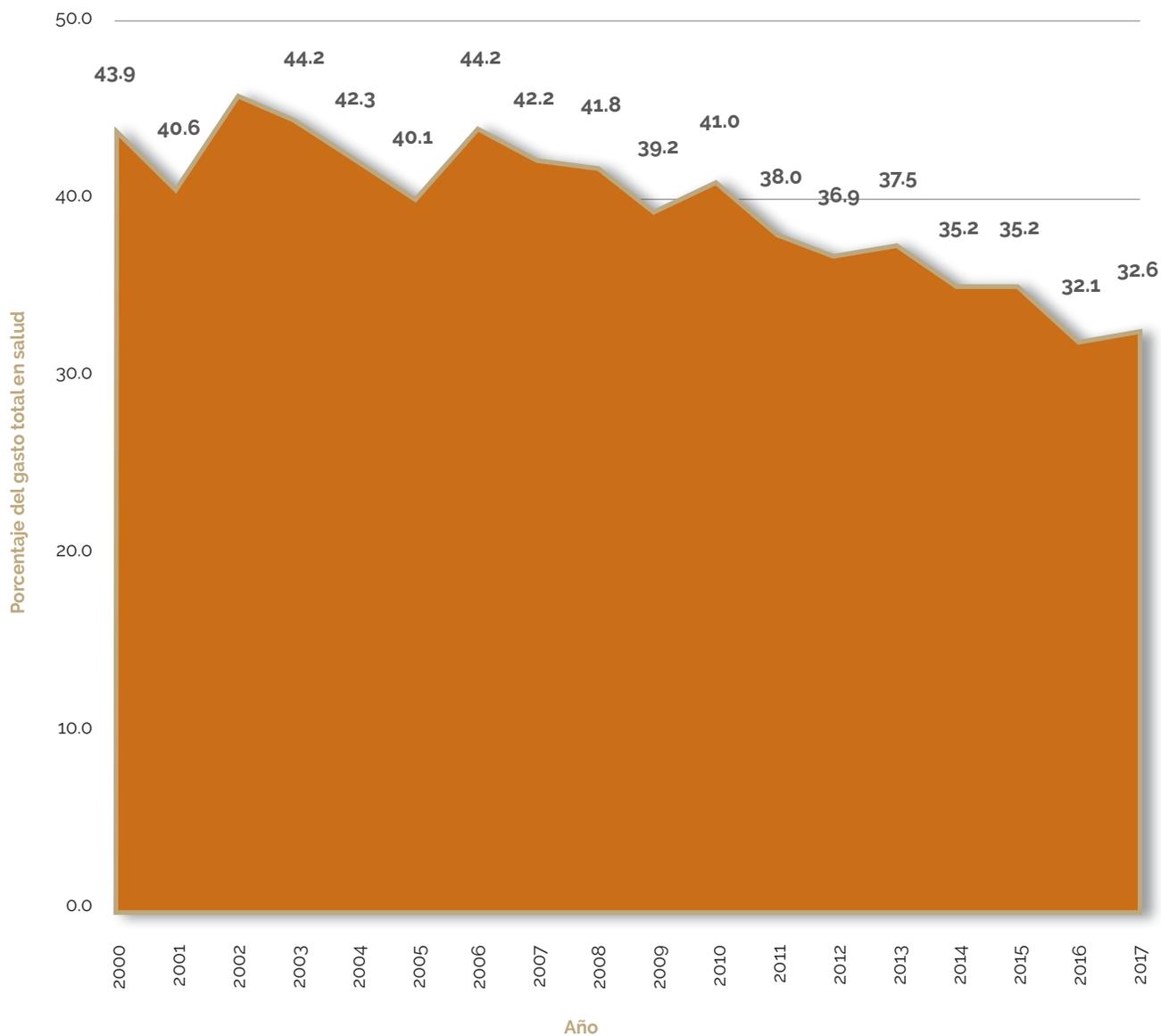


Fuente: Elaboración propia con información del Banco Mundial, "Tasa de mortalidad infantil", Indicadores de Desarrollo del Banco Mundial, 2000-2018. Disponible en <https://databank.bancomundial.org/source/world-development-indicators>

En Nicaragua, el gasto de bolsillo en salud es alto, aunque ha tenido un marcado descenso durante las décadas de estudio. De manera inversa al incremento del gasto en salud como porcentaje

del PIB, el gasto de bolsillo ha ido decreciendo, llegando a sus puntos más bajos en los años 2016 y 2017. Éste era del 43.9 % en 2000 y disminuyó al 32.6 % en 2017.

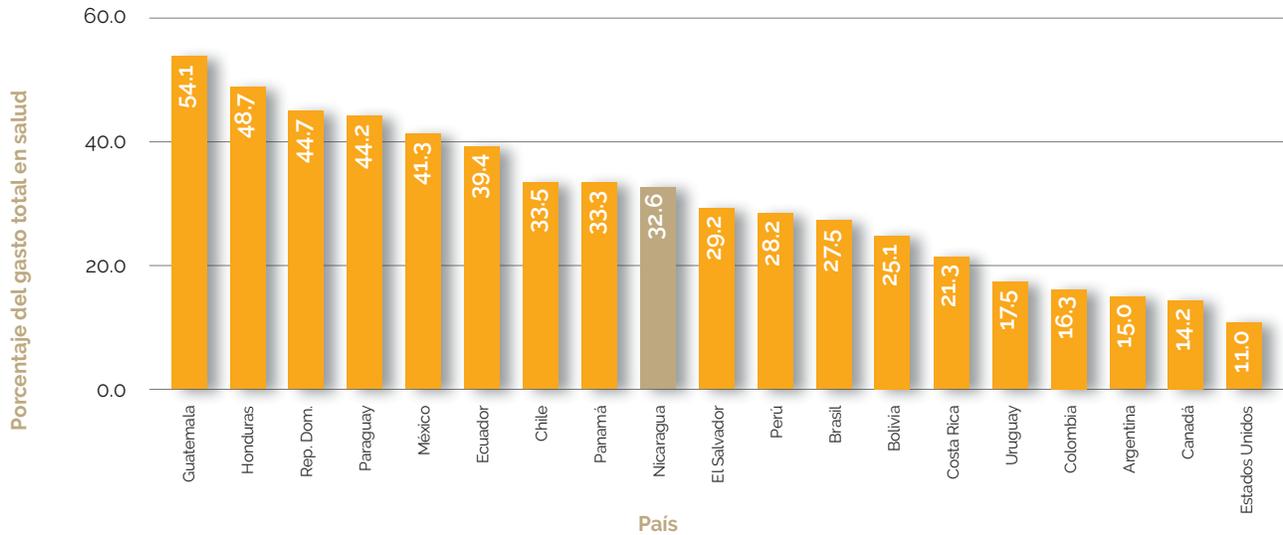
Gráfica 128. Gasto de bolsillo como porcentaje del gasto total en salud en Nicaragua, 2000-2017



Fuente: Elaboración propia con información del Banco Mundial, "Gasto de bolsillo como porcentaje del gasto total en salud", Indicadores de Desarrollo del Banco Mundial, 2000-2018. Disponible en <https://databank.bancomundial.org/source/world-development-indicators>

Como se observa en la gráfica anterior, el gasto de bolsillo tuvo una disminución paulatina y casi sostenida durante el periodo. Sin embargo,

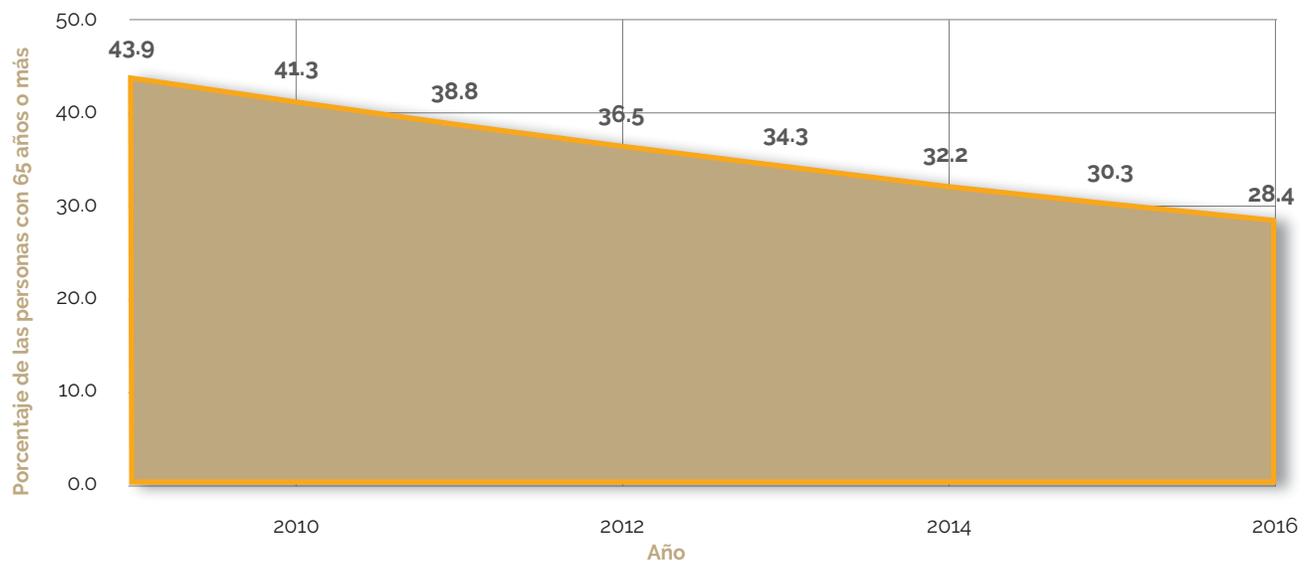
como en el caso de la mortalidad infantil, sigue siendo especialmente alto en comparación con los demás países de la región.

Gráfica 129. Gasto de bolsillo como porcentaje del gasto total en países de América, 2017

Fuente: Elaboración propia con información del Banco Mundial, "Gasto de bolsillo como porcentaje del gasto total en salud", Indicadores de Desarrollo del Banco Mundial, 2000-2018. Disponible en <https://databank.bancomundial.org/source/world-development-indicators>

Por otro lado, los niveles de pobreza de la población de 65 años o más disminuyeron significativamente, como se puede observar en la gráfi-

ca siguiente, del 43.9 % en 2000 al 28.4 % en 2017, último año con información disponible.

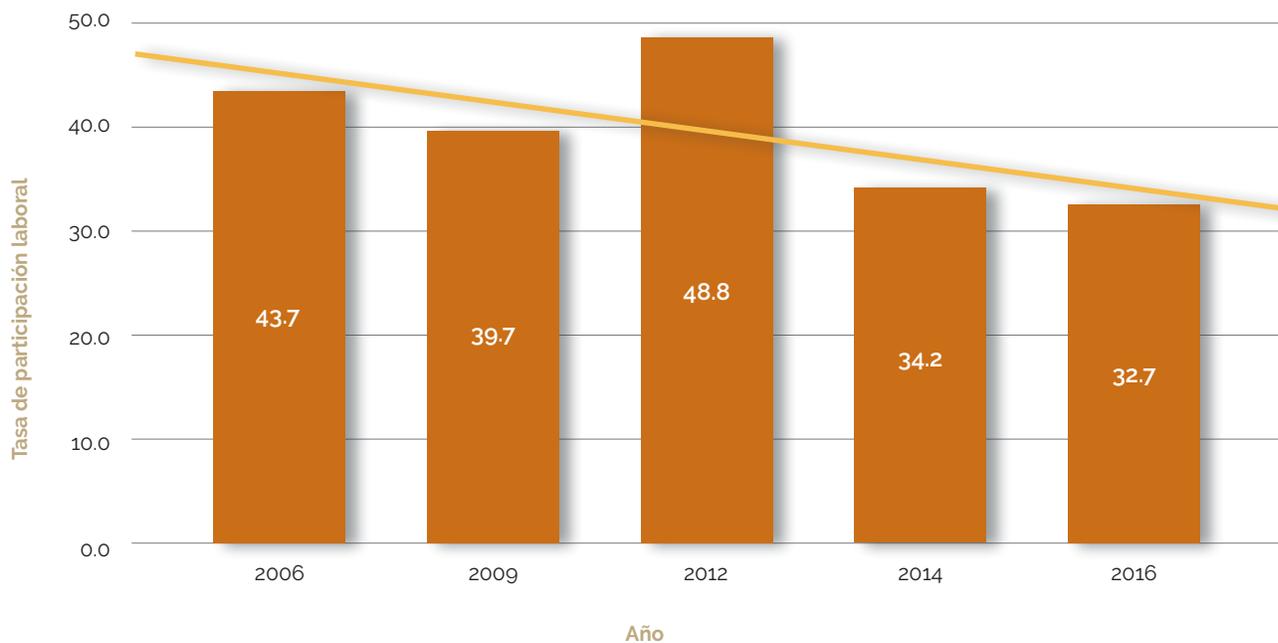
Gráfica 130. Porcentaje de personas con 65 años y más en situación de pobreza en Nicaragua, 2009-2016

Fuente: Elaboración propia con información de CEPAL, "Población en situación de pobreza extrema y pobreza según edad, sexo y área geográfica", CEPALSTAT, 2020. Disponible en <https://cepalstat-prod.cepal.org/cepalstat/tabulador/ConsultaIntegrada.asp?idIndicador=3341&idioma=e>

Con la tasa de participación en la fuerza de trabajo de las personas de 65 años o más ocurrió lo mismo que con los indicadores anteriores; tuvo una disminución continua (pasó del 43.7 % en

2006 al 32.7 % en 2016), pero sin dejar de ser especialmente alta en comparación con los demás países estudiados.

Gráfica 131. Tasa de participación laboral de las personas con 65 y más años en Nicaragua, 2006, 2009, 2012, 2014 y 2016



Fuente: Elaboración propia con base en OIT, "Labour Force Participation rate by sex and age (%)-Annual", ILOSTAT, 2020. Disponible en https://www.ilo.org/shinyapps/bulkexplorer15/?lang=en&segment=indicador&id=EAP_DWAP_SEX_AGE_RT_A

8.2.4. Índice de Desempeño de los Sistemas de Seguridad Social (IDSSS)

El Índice de Desempeño de los Sistemas de Seguridad Social (IDSSS)²⁵ ubicó a Nicaragua en el grupo de desempeño muy bajo. En 2009 tuvo la posición 16 del *ranking* con un coeficiente de 0.271,

mientras que para 2016 descendió una posición, con el lugar 17 (sólo Honduras y Guatemala estuvieron por debajo), con un coeficiente de 0.313.

En cuanto al Índice de Desempeño Específico de los Sistemas de Seguridad Social (IDESSS), el cual incorpora el Índice de Presión Específica (IPE), presenta resultados concordantes con los obtenidos con el IDSSS, en tanto que en IP se ubica en el estrato bajo y el IPE en el alto.²⁶

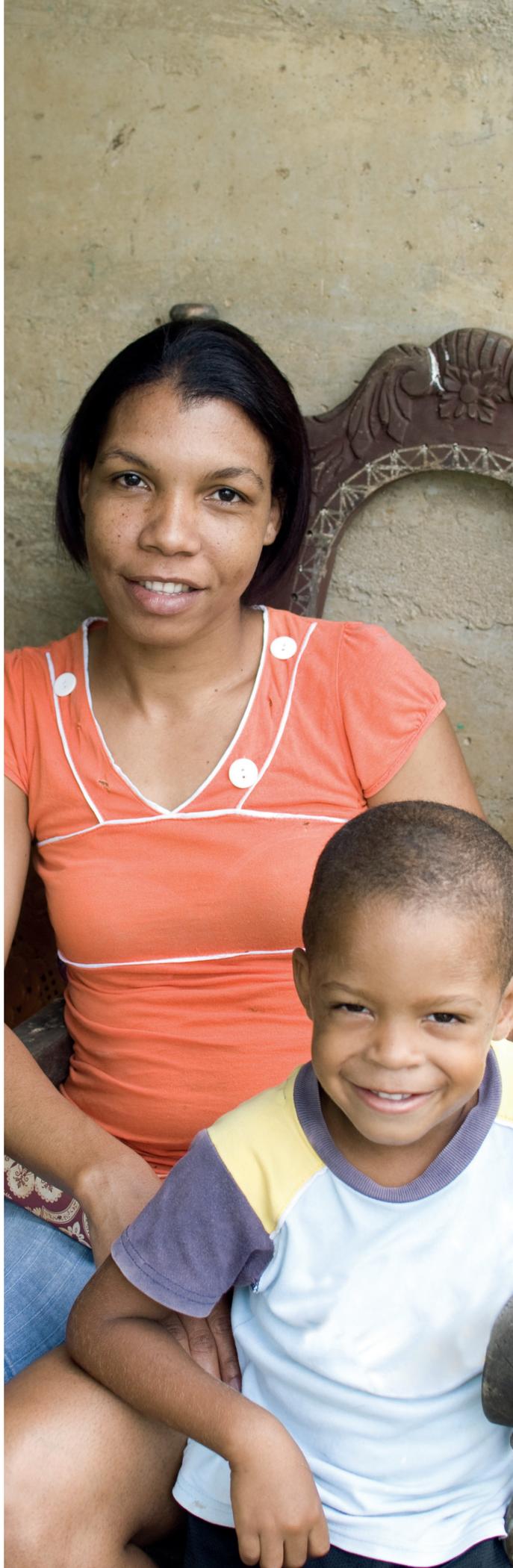
²⁵ Formado a partir de los índices de presión, cobertura y eficacia descritos anteriormente.

²⁶ Con un coeficiente de 0.368, de manera que sólo Bolivia, Honduras y Guatemala aparecen peor situados en este índice.

8.3. Cobertura actual del sistema de seguridad social

8.3.1. Descripción de la forma de organización y distribución del sistema y su cobertura en la actualidad

Como punto de partida, considérese sintéticamente la peculiaridad del caso nicaragüense en relación con características como las siguientes: la seguridad social ha permanecido bajo la rectoría del Estado desde su creación; a diferencia de otros países, se trata de un sistema bien organizado desde su surgimiento, y aunque desarrolló mecanismos tendientes a la universalización a partir de 1979, que se consolidaron en el INSSBI en 1982, ese esquema fue desarticulado en 1995 y sustituido por un *sistema dual* a partir de ese mismo año (INSS-FONIF). De esa manera, hasta la actualidad hay una falta grave de prestaciones no contributivas (sólo hay dos esquemas, uno para víctimas de guerra y otro “especial”), como se mostrará más adelante.



El sistema de seguridad social nicaragüense tampoco se consolidó como un sistema privatizado, a pesar de que entre la década de 1990 y la del 2000 hubo intentos, con el impulso de esquemas de capitalización individual y con la promoción de participación de empresas privadas en la proveeduría pública de los servicios de salud. Sin embargo, con la Ley 568 de 2005 se derogaron los mecanismos de privatización, y con el inicio del gobierno de Ortega se reorganizó el sistema para ampliar la cobertura. Esto mediante la creación de un nuevo modelo de salud y la reforma de 2013 al sistema de pensiones, después de la cual, efectivamente, se registraron incrementos importantes de la cobertura.

Además, hubo también un importante incremento del gasto público en salud y decrementos del gasto de bolsillo y de la tasa de mortalidad materna. No obstante, una serie de factores internos y externos²⁷ han llevado a plantear dudas en torno a la viabilidad del sistema de seguridad social y la necesidad de implementar reformas paramétricas en 2018 —anuladas después de una serie de protestas sociales— y en 2019, así como propuestas para implementar otras de mayor magnitud en 2020.²⁸

Así, actualmente, en Nicaragua el sistema de seguridad social cubre 8 de las 9 prestaciones establecidas en el Convenio 102 de la OIT, al no contar con ningún esquema de seguro o prestaciones por desempleo. Es decir que, de acuerdo con las normas, se ofrece cobertura en asistencia médica, prestaciones de vejez, acci-

dente de trabajo y enfermedad profesional, además de prestaciones familiares, de maternidad, invalidez y sobrevivientes.

En cuanto a su *forma de organización*, el sistema nicaragüense está significativamente más integrado que los de la mayor parte de los países de la región. En este caso hablamos de un *sistema relativamente unificado*, puesto que en el INSS se encuentran cubiertos tanto los trabajadores del sector privado como los del sector público. Sin embargo, siguen quedando afuera el Ejército, la Policía y los empleados del Ministerio de Gobernación, que son atendidos por otras instituciones.²⁹

Desde su origen en 1957 (aunque la Ley que le da origen se creó en 1955), el INSS ha sido un sistema dividido en dos “ramas” que cubrían distintos niveles de servicios. Por un lado, las prestaciones por *Invalidez, Vejez y Muerte (IVM)* y, por otro lado, el llamado *Régimen Integral*, que incluía las prestaciones por Enfermedad y Maternidad. En su forma de organización vigente,³⁰ el INSS cuenta con:

- a) *Régimen Integral*, que actualmente cubre los riesgos de Invalidez, Vejez y Muerte (IVM), Enfermedad-Maternidad (EM) y Riesgos Profesionales (RP).
- b) *Régimen IVM-RP*, que cubre riesgos de Invalidez, Vejez y Muerte (IVM), y Riesgos Profesionales (RP), es decir, no incluye cobertura para Enfermedad-Maternidad (EM).
- c) *Régimen Facultativo*, que es el régimen de

²⁷ El particular entorno político de Nicaragua ha sido el marco de enormes desequilibrios macroeconómicos, inflación, déficit fiscal, deuda externa mayor a los 10 000 millones de USD, y un tipo de cambio sobrevaluado. Adicionalmente, ha hecho falta que las sucesivas reformas del sistema de seguridad social partan de estudios actuariales y no sólo de motivaciones políticas. Estos factores internos y externos se abordan con mayor detenimiento en los apartados 8.4 y 8.5 de este capítulo.

²⁸ Véase “2020. Recomendaciones para la reforma del sistema”, capítulo quinto de Mesa-Lago, *op. cit.*

²⁹ El Instituto de Previsión Social Militar —creado como tal en 1995— da cobertura a los miembros del Ejército de Nicaragua, mientras que el Instituto de Seguridad Social y Desarrollo Humano —creado en 1979 y legalizado en 1996— cubre al personal del Ministerio de Gobernación, policía, bomberos, seguridad del Estado, sistema penitenciario, migración y extranjería. Estos institutos funcionan de forma independiente del INSS, brindan sus propias prestaciones económicas y cuentan con hospitales propios. Sin embargo, no publican datos, ni éstos se pudieron localizar en los otros estudios sobre la seguridad social en Nicaragua.

³⁰ La Ley de Seguridad Social (Ley 974) de 1982 es la normativa vigente. En su Considerando IV, establece que el “Derecho de Seguridad Social, por su sentido de universalidad, debe cubrir a toda la población”.

afiliación para los grupos no asalariados.³¹ Éste se categoriza de la siguiente forma:

- i. *Facultativo Integral*, que cubre los riesgos de Invalidez, Vejez y Muerte (IVM) y Enfermedad-Maternidad (EM), aunque, dado que está dirigido a no asalariados, no se incluye la rama de Riesgos Profesionales (RP).
- ii. *Facultativo IVM*, si sólo se cubre el seguro de Invalidez, Vejez y Muerte.
- iii. *Facultativo EM*, si sólo se cubre el seguro de Enfermedad-Maternidad.³²

8.3.2. Asistencia a la salud

El sistema de salud funciona mediante la convergencia de un subsistema público —segmentado en seguros sociales y salud pública— y un subsistema privado. Por ello, el sector salud se encuentra sumamente estratificado. La rectoría del sector corresponde al Ministerio de Salud (MINSa), institución encargada de supervisar el desempeño general de los servicios médicos y de todos los niveles de atención.³³

El subsistema público se divide en contributivo y no contributivo. El contributivo está gestionado por el INSS, encargado de la administración del seguro de enfermedad-maternidad de la seguridad social. El seguro del régimen integral obligatorio se financia mediante un esquema de reparto en el que los recursos provienen de tres

fuentes: la cuota patronal (6 % de la nómina salarial), las cotizaciones de las personas trabajadoras (2.25 % de los ingresos reportados o un pago mínimo de 1031 NIO mensuales) y las aportaciones del Estado (1.8 % de los ingresos asegurados). También existe el régimen facultativo de la afiliación voluntaria al INSS para la población no asalariada o personas trabajadoras por cuenta propia. La cotización es del 8.25 %³⁴ del ingreso declarado o un pago mínimo de 1100 NIO, y una aportación del Estado del 1.8 %.

El INSS no tiene instalaciones sanitarias propias y opera mediante “una separación funcional entre financiamiento-compra y provisión de servicios”.³⁵ Con las recaudaciones relativas a salud, el instituto compra una canasta básica de servicios de salud a las Instituciones Proveedoras de Servicios de Salud (IPSS) —cuya denominación antes de 2007 era Empresas Médicas Previsionales—, que son instituciones públicas y privadas que venden y suministran servicios de salud, las IPSS públicas del MINSa se denominan Clínica Médicas Previsionales (CMP), que se establecieron en 2007 como proveedor de servicios mediante un decreto ministerial.³⁶ El MINSa define los requisitos que deben cumplir las IPSS para obtener la licencia de funcionamiento y, a su vez, el INSS tiene la facultad de contratar los servicios conforme a sus propios estándares. La compra de servicios a las IPSS (privadas y a las CMP) se hace con un pago per cápita basado en el número de afiliados asignados a cada IPSS, sin tomar en cuenta las características demográfi-

³¹ La Ley autoriza la incorporación facultativa al seguro social a los trabajadores independientes que no estén en el régimen obligatorio, los familiares no remunerados de un empleador y los empleadores, incluyendo a los dueños de propiedades agrícolas. Además del asegurado, están cubiertos su esposa o compañera (sólo en maternidad), el esposo si es mayor de 60 años o inválido, y los hijos y las hijas menores de 12 años o incapacitados.

³² Carmelo Mesa-Lago, *La seguridad social en Nicaragua. Diagnóstico y recomendaciones para su reforma*, Instituto Nicaragüense de Investigaciones y Estudios Tributarios, Managua, 2020. Disponible en <https://www.iniet.org/wp-content/uploads/2020/03/Seguridad-Social-Diagn%C3%B3stico-Carmelo-Mesa-Lago-INIET-2020.pdf>

³³ Juliana Martínez Franzoni, *Sistemas de protección social en América Latina y el Caribe: Nicaragua*, CEPAL, Santiago de Chile, 2013.

³⁴ OPS/CISSCAD, *Seguridad social en Centroamérica y República Dominicana: Situación actual y desafíos*, Washington D. C., 2020.

³⁵ Carmelo Mesa-Lago, *La Seguridad Social en Nicaragua...*, op. cit.

³⁶ USAID Proyecto Deliver, *Estudio de caso: Nicaragua: una alianza modelo entre el Instituto Nicaragüense de Seguridad Social y el Ministerio de Salud*, mayo de 2010.

“ El sistema de seguridad social nicaragüense tampoco se consolidó como un sistema privatizado, a pesar de que entre la década de 1990 y la del 2000 hubo intentos, con el impulso de esquemas de capitalización individual y con la promoción de participación de empresas privadas en la proveeduría pública de los servicios de salud. Sin embargo, con la Ley 568 de 2005 se derogaron los mecanismos de privatización, y con el inicio del gobierno de Ortega se reorganizó el sistema para ampliar la cobertura. Esto mediante la creación de un nuevo modelo de salud y la reforma de 2013 al sistema de pensiones, después de la cual, efectivamente, se registraron incrementos importantes de la cobertura. ”



cas, socioeconómicas o el estado de salud de las personas beneficiarias.³⁷

El acceso a estas instalaciones es exclusivamente para la población asegurada por el INSS. Asimismo, las prestaciones de salud que se otorgan a las personas trabajadoras aseguradas —y a pensionadas por vejez— incluye atención para alrededor de 800 enfermedades, servicios de obstetricia para sus cónyuges y medicina general para dependientes menores de 12 años y con discapacidad. También están cubiertos los servicios de emergencia y hospitalización del segundo nivel de atención y diversas especialidades médicas en el tercero, como cardiología, oftalmología, dermatología, psiquiatría, radioterapia, estudios de laboratorio, terapia sustitutiva renal y servicios médicos complementarios y especiales.³⁸ Así, la provisión de servicios médicos es garantizada a la población derechohabiente “mediante la contratación de 38 instituciones de salud entre públicas y privadas, ubicadas en los diferentes departamentos del país”.³⁹

El subsistema público no contributivo está conformado por el MINSa —que cuenta con instalaciones propias mediante las CMP— y toda la población tiene acceso legal a sus servicios. Sin embargo, aunque ofrece los tres niveles de atención, es percibido como de menor calidad que el INSS, pues no dispone de suficientes recursos.⁴⁰ Por este motivo, algunos pacientes se ven obligados a recurrir a los servicios privados y a pagar por la atención.

Existen también dos institutos que brindan prestaciones de salud, de forma independiente y con hospitales propios: el Instituto de Previsión Social Militar para el Ejército nicaragüense, y el

Instituto de Seguridad Social y Desarrollo Humano para el Ministerio de Gobernación, policía, bomberos, seguridad del Estado, sistema penitenciario, migración y extranjería.⁴¹

Según el *Panorama de la Salud: Latinoamérica y el Caribe 2020* de la OCDE, el régimen contributivo cubría en 2014 al 23 % de la población; el MINSa, al 76 %, y el sector privado, al 1 %.⁴² Sin embargo, advierte Mesa-Lago, es sumamente difícil obtener una estimación certera de la cobertura, particularmente en el sector contributivo.⁴³ Esto, según el mismo autor, por la falta de cifras absolutas sobre la cobertura del INSS (puesto que se presentan únicamente porcentajes generales). Por lo tanto, hace un estimado de la cobertura entre 2006 y 2017, que difiere hasta en 8 puntos porcentuales de las estimaciones agregadas oficiales. Además, advierte que las cifras de afiliación en salud pueden diferir de las de pensiones, por un lado, porque en las primeras también se considera a las personas dependientes de los trabajadores afiliados, y porque no todas las personas afiliadas al sistema de pensiones tienen cobertura en salud, ya que pueden acceder a los beneficios únicamente bajo el régimen IVM-RP sin EM. Así, argumenta que, según una encuesta de hogares en 16 países de América Latina, la cobertura en Nicaragua —basada en personas afiliadas— en 2013 era del 36.3 %, “la más baja de la región y casi la mitad de la cobertura promedio regional del 67.6 %. Basados en cotizantes, la cobertura descendía al 26 %”.⁴⁴

Por su parte, la distribución del gasto de salud entre los sectores públicos y privados es relevante, puesto que obtienen porcentajes cercanos a pesar de la baja cobertura de los

³⁷ Jorine Muiser, María del Rocío Saéñz y Juan Luis Bermúdez, “Sistema de salud de Nicaragua”, *Salud Pública de México*, núm. 2, vol. 23, 2011, pp. 233-242.

³⁸ Carmelo Mesa-Lago, *op. cit.*; y OPS/CISSCAD, *op. cit.*

³⁹ OISS, *Banco de Información de los Sistemas de Seguridad Social Iberoamericanos 2018*, Madrid, 2018, p. 160.

⁴⁰ Juliana Martínez Franzoni, *op. cit.*

⁴¹ Carmelo Mesa-Lago, 2020, *op. cit.*, p. 18.

⁴² OCDE, *op. cit.*

⁴³ Carmelo Mesa-Lago, 2020, *op. cit.*

⁴⁴ *Ibid.*, p. 23.



servicios privados. En este sentido, en 2015, el 4,4 % del PIB iba al sector público y el 3 % al sector privado.⁴⁵

8.3.3. Prestaciones por vejez, discapacidad y muerte

El sistema contributivo de pensiones (vejez, discapacidad y muerte) en el país es de reparto con beneficio definido, es decir, el financiamiento depende de las personas trabajadoras en activo que realizan aportaciones a un fondo colectivo en el que no se pueden distinguir los pagos realizados por un trabajador particular, y la pensión se determina como un porcentaje del sueldo promedio del trabajador, en función de su antigüedad.

Para ingresar al sistema, el empleador debe dar de alta al trabajador ante el INSS, de manera que las prestaciones se restringen a personas asalariadas con empleadores del sector formal. Además, bajo el esquema facultativo, las personas no asalariadas que tengan los recursos y estén dispuestas a cubrir el costo (un porcentaje de su ingreso) pueden acceder a los beneficios.

Las aportaciones varían en función del régimen al que se cotiza; en el Integral, hasta 2019, éstas eran del 10 % del salario para el empleador, más otro 4 % aportado por el trabajador; mientras que, en el facultativo, la persona asegurada era quien asumía todo el costo (10 %). Con la reforma instituida con el Decreto N° 06-2019, las contribuciones en el Régimen Integral se elevaron al 4,75 % para los trabajadores, y para los empleadores se establecieron tasas diferenciadas por

⁴⁵ Carmelo Mesa-Lago, 2020, *op. cit.*

tamaño de la empresa; así, quien tenga hasta 50 trabajadores aportará un 12.5 %, y en donde sean 51 o más, un 13.5 %. Para el facultativo, el incremento fue aún mayor, al pasar del 10 % al 14 %. Estos elevados porcentajes aumentaron las barreras de acceso.⁴⁶

8.3.3.1. Prestaciones por vejez

8.3.3.1.1. Pensión ordinaria

Los requisitos para solicitar una pensión ordinaria por vejez en Nicaragua son tener 60 años, sin distinción por género, y 750 semanas cotizadas. Ésta se paga durante todo el año más un mes adicional que suple la figura del aguinaldo. El monto se calculaba, hasta 2019, a partir de dos fórmulas que integran el número de semanas de contribución y el salario promedio, que es igual al valor más alto entre la media salarial de los últimos cinco años o de los cinco previos a éstos:

- Cuando el salario promedio es menos del doble del salario mínimo vigente para los trabajadores en general:
 - El 45 % del salario promedio.
 - Más el 1.591 % de la remuneración base mensual por cada 50 cotizaciones semanales o fracción mayor de 25 que hubiera acreditado el asegurado por encima de las primeras 150 cotizadas, sin límite hasta alcanzar el 100 % de dicho salario.
- Cuando el salario promedio es superior al doble del salario mínimo vigente para los trabajadores en general:
 - El 40 % del salario promedio.
 - Más el 1.365 % de la remuneración base mensual por cada 50 cotizaciones semanales o fracción mayor de 25 que hubiera

acreditado el asegurado por encima de las primeras 150 cotizadas, hasta alcanzar el límite del 80 % del salario promedio.

En 2019 se reformó el Reglamento de la Ley de Seguridad Social y, entre otros cambios, se modificó el método de cálculo de las pensiones. De manera que se estableció una tasa de reemplazo compuesta por un factor básico de 0.20 más un factor anual resultado de multiplicar por 0.01 cada 52 semanas cotizadas adicionales a las primeras 150, y se fijó en 0.7 la tasa de reemplazo máxima. Como límite inferior se estableció el salario mínimo y como superior "la cantidad en córdobas [52 231]⁴⁷ equivalentes a un mil quinientos dólares (1500.00 USD) mensuales".⁴⁸

De forma complementaria, existe la figura de pensión reducida proporcional, creada en 2013, que pueden solicitar las personas de 60 años o más que cuenten con al menos 250 semanas cotizadas. El monto oscila entre 1919 y 3656 NIO, en función de las semanas cotizadas, tal como se expone en la Tabla 46. En 2018, el 34.6 % (54 620) de las pensiones por vejez correspondían a esta modalidad.

“En cuanto a la cobertura de la población en edad de trabajar, Nicaragua casi la duplicó al pasar del 17.3 % en el año 2000 al 31.3 % en 2017.”

⁴⁶ Las aportaciones del régimen facultativo se refieren al paquete que sólo incluye las prestaciones por vejez, discapacidad y muerte (facultativo IVM). Para el régimen facultativo integral, las contribuciones pasaron del 18.25 % al 22.25 %.

⁴⁷ El valor en córdobas fue calculado con el tipo de cambio vigente el 14 de agosto de 2020.

⁴⁸ Decreto Presidencial No. 06-19, artículo 85, sección f). Disponible en <http://legislacion.asamblea.gob.ni/normaweb.nsf/b92aaea87dac762406257265005d21f7/a306b32137b84b40062583970057de97?OpenDocument>

Tabla 46. Monto de la pensión reducida

Semanas cotizadas	Monto
250 a 349	1910 NIO
350 a 449	2356 NIO
450 a 549	2884 NIO
550 a 649	3290 NIO
650 a 749	3656 NIO

Fuente: Gobierno de Reconciliación y Unidad Nacional Nicaragua Triunfa, *Decreto No. 12-2015*.

En cuanto a la cobertura de la población en edad de trabajar, Nicaragua casi la duplicó al pasar del 17.3 % en el año 2000 al 31.3 %⁴⁹ en 2017. Con tal salto, se ubicó en una posición media junto con Ecuador, República Dominicana, Colombia y México (en el caso de Nicaragua, el porcentaje de la PEA que contribuye a una pensión puede diferir de la cobertura en salud debido a que en algunos regímenes se puede contratar sólo el seguro por invalidez, vejez y muerte, sin los servicios de salud). En otras palabras, hubo un avance considerable en la cobertura, aunque todavía están fuera del sistema 6 de cada 10 personas en edad de trabajar.⁵⁰

Respecto a la proporción de personas mayores que reciben una pensión (34 %), Nicaragua

apenas está por encima de Guatemala (28.3 %), El Salvador (17.6 %), República Dominicana (15.2 %) y Honduras (10.2 %).⁵¹ Aunque la cobertura es todavía muy baja, es notablemente mayor a la de 2000 (18 %) o la de 2012 (16 %) (ver Gráfica 123). Como se explica en la sección 8.5.3.2, este incremento se debe a una reforma que flexibilizó el acceso a las pensiones en 2013.

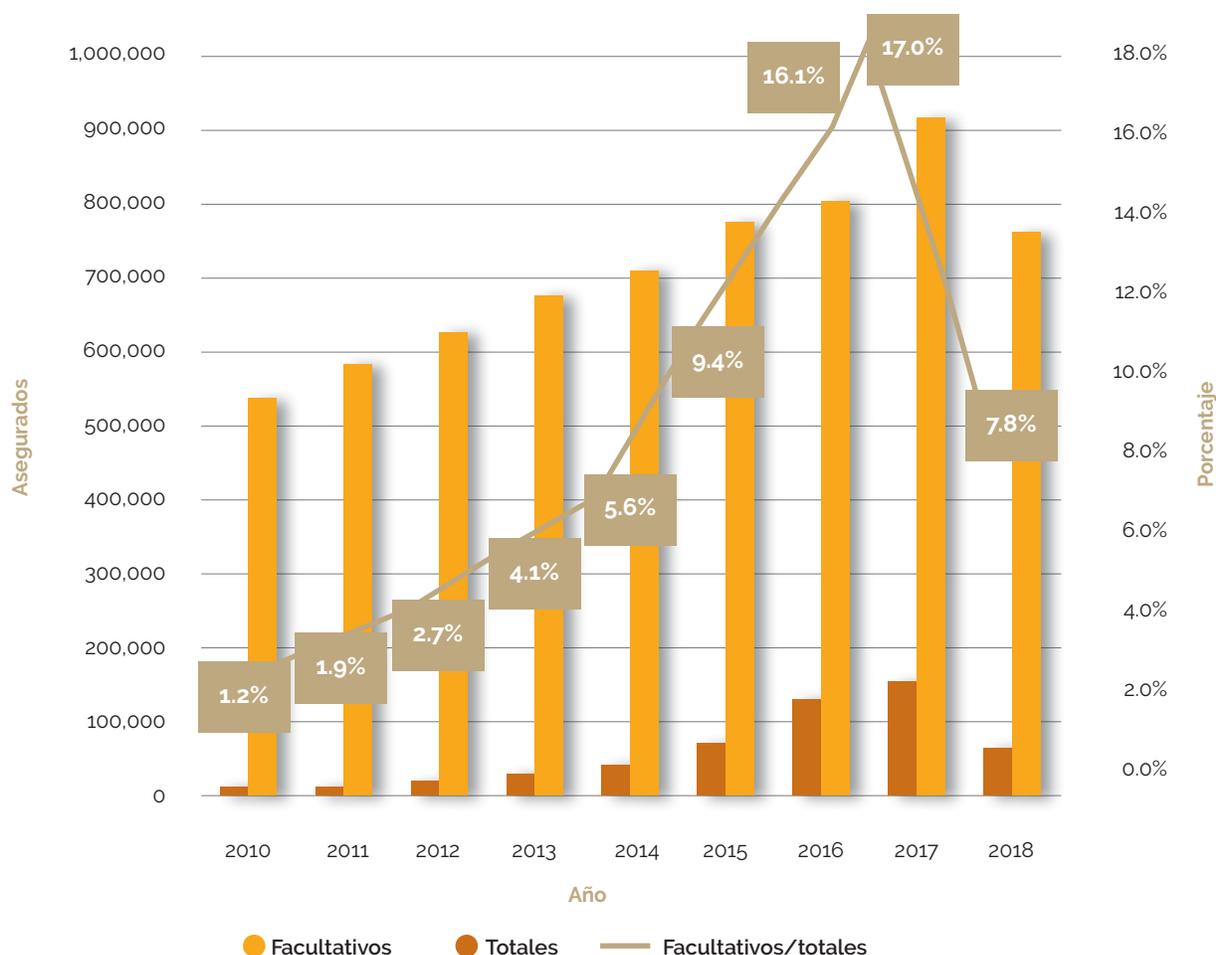
Los bajos niveles de protección de la población en edad de trabajar y de la adulta mayor se relacionan con la informalidad laboral, que es superior al 70 %, ⁵² y con el hecho de que el régimen facultativo, de incorporación voluntaria, impone tasas elevadas de cotización, que deben asumir completamente las personas que deseen afiliarse.

⁴⁹ Arenas de Mesa, *op. cit.*, p. 149.

⁵⁰ *Idem*.

⁵¹ *Ibid.*, p. 171.

⁵² Carmelo Mesa-Lago, *op. cit.*

Gráfica 132. Relación entre asegurados facultativos y totales, Nicaragua, 2010-2018

Fuente: Elaboración propia con base en Carmelo Mesa-Lago, *op. cit.*, p. 28.

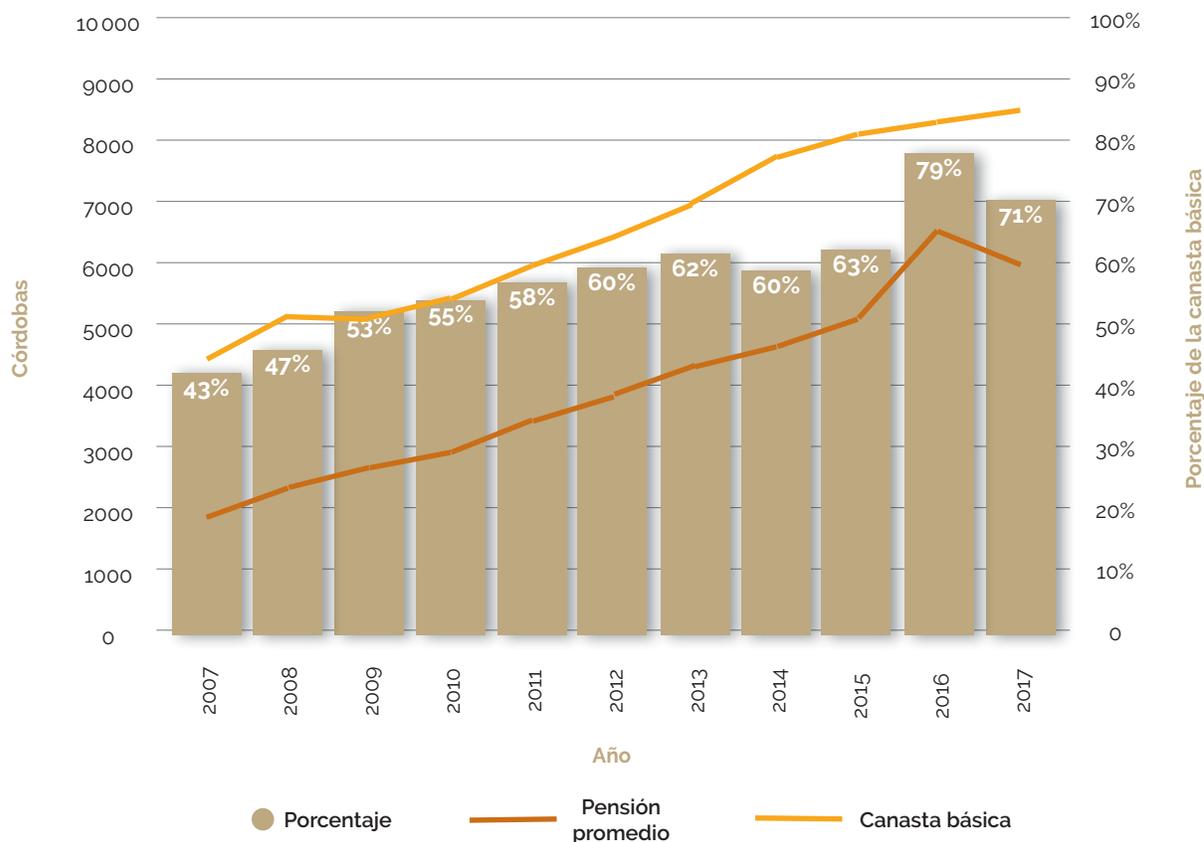
Prueba de los requisitos excluyentes del régimen facultativo es su escasa participación en el total de asegurados. Su cobertura en 2018 fue del 7.8 %, después de registrar una caída de alrededor de 9 puntos porcentuales, a raíz de la crisis de 2018 (que se explica más adelante) y que terminó con el periodo de expansión de 2010 a 2017 (ver Gráfica 132).

En contraste, la tasa de reemplazo promedio en el país fue del 77 % en 2017, una de las

más altas de la región —después de Ecuador, Venezuela y Paraguay— y por encima de la media de América Latina y el Caribe (64.2 %).⁵³ Sin embargo, como se puede apreciar en la Gráfica 133, el valor promedio de la pensión no es suficiente para adquirir una canasta básica de alimentos, ya que en 2017 sólo se podía adquirir el 71 % de ésta.

⁵³ Arenas de Mesa, *op. cit.*, p. 181.

Gráfica 133. Porcentaje de la canasta básica que se puede adquirir con la pensión promedio, Nicaragua, 2007-2017



Fuente: Elaboración propia con base en Carmelo Mesa-Lago, *op. cit.*, p. 37.

8.3.3.1.2. Pensiones especiales

El INSS administra el programa no contributivo de pensiones especiales (de gracia y reconocimiento de servicio a la patria). Éstas surgieron en 1982 y se suspendieron nuevas entregas en 1990, aunque todavía hay personas que las perciben. En este programa se brindaba protección a personas mayores de 60 años en estado de vulnerabilidad o que tuvieran una discapacidad. Además, contaba con un componente de servicios de "reconocimiento de servicios prestados a

la patria" para las personas adultas mayores (60 años o más) que combatieron en el Ejército Defensor de la Soberanía Nacional o en el Frente por la Liberación Nacional de Nicaragua y para quienes contribuyeron a la consolidación sandinista. El monto correspondía al 50 % del salario básico vigente,⁵⁴ y en 2017 se entregaron 1969 pensiones; en 2018, 1713, y su número irá disminuyendo (debido a la suspensión de afiliaciones) hasta desaparecer.⁵⁵ De manera que el país carece de un esquema nacional de pensiones no contributivas.

⁵⁴ Ley de Pensiones de Gracia y de Reconocimiento de Servicios a la Patria. Decreto No. 1141-1982 (22/11/1982). Disponible en [http://legislacion.asamblea.gob.ni/normaweb.nsf/\(\\$All\)/880B7191670DDB40062570A10057CF2E?OpenDocument](http://legislacion.asamblea.gob.ni/normaweb.nsf/($All)/880B7191670DDB40062570A10057CF2E?OpenDocument)

⁵⁵ INSS, *op. cit.*

8.3.3.2. Prestaciones por discapacidad

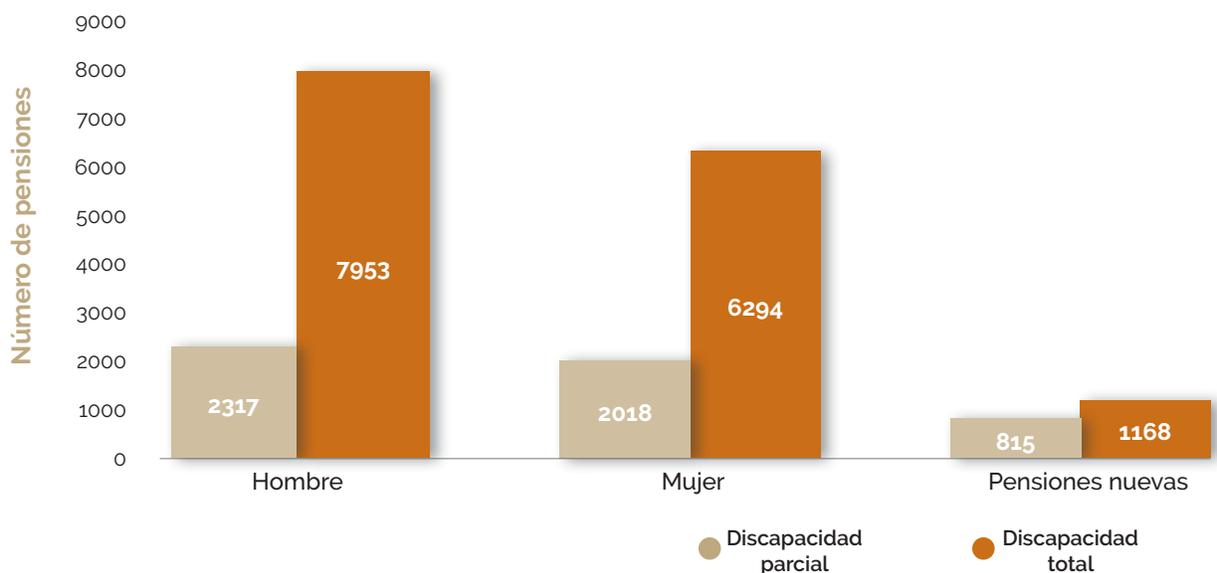
La pensión de discapacidad cubre a las personas aseguradas que, por motivos no laborales, sufren enfermedades o lesiones que reducen total o parcialmente sus capacidades físicas o mentales. De acuerdo con la Ley de Seguridad Social (Ley 974), se clasifica como discapacidad total cuando la persona no puede obtener una remuneración mayor del 33 % de lo que percibiría “un trabajador sano del mismo sexo, capacidad semejante y formación profesional análoga”.⁵⁶ Mientras que, en la discapacidad parcial, la persona puede obtener, por su cuenta, remuneraciones de entre el 33 % y el 50 % de lo que recibía previo al siniestro.

Para reclamar la prestación, la persona afiliada debe ser menor de 60 años y haber cotizado por al menos 150 semanas en los seis años previos al siniestro o, si es mayor de 60, no cumplir

con los requisitos para solicitar una pensión por vejez (ordinaria o reducida). El monto recibido por discapacidad total es igual a una cantidad base —que no debe ser menor al 50 % del salario promedio— más incrementos calculados de la misma forma que para la pensión por vejez. De forma adicional, si la Comisión de Invalidez dictamina que la persona requiere de asistencia constante, se le otorga un 20 % extra de la pensión que le corresponde.⁵⁷ En cambio, para la discapacidad parcial, la cantidad monetaria asciende al 50 % de lo calculado para la total.

En 2018, había 18 582 personas que recibían pensiones por discapacidad total (76,7 %) o parcial (23,3 %), de las cuales 815 y 1168, respectivamente, fueron nuevas incorporaciones (ver Gráfica 134). Para ambos tipos, la presencia de hombres fue mayor que la de mujeres, y el monto promedio mensual (6810 NIO) para la total casi duplicaba el pago por discapacidad parcial (3665 NIO).

Gráfica 134. Pensiones por discapacidad, Nicaragua, 2018



Fuente: Elaboración propia con base en INSS, *op. cit.*

⁵⁶ *La Gaceta, Diario Oficial*, Reglamento General de la Ley de Seguridad Social. Decreto No. 975 (01/03/1982). Artículo 42. Disponible en https://inss-princ.inss.gob.ni/images/stories/1194993311_leyDec975.pdf

⁵⁷ Es igual al promedio que resulte de dividir entre 150 la suma de los promedios semanales que corresponda a las 150 últimas semanas cotizadas y multiplicar el cociente por el factor 4,3 (véase artículo 52 Reglamento General de la Ley de Seguridad Social. Decreto No. 975 (01/03/1982).

De forma independiente, el INSS cuenta con un programa no contributivo —financiado por el Estado— para Víctimas de Guerra, que otorga prestaciones por discapacidad y muerte. Este programa surgió en 2013 para excombatientes de la revolución sandinista, para personas con discapacidad y para quienes perdieron a algún miembro de la familia nuclear a causa de la guerra. Para corroborar la pertenencia a alguno de estos grupos, las personas deben presentar una carta extendida por el representante legal de la organización de excombatientes a la que pertenecen o una declaración de verdad con dos testigos.⁵⁸ A diciembre del año 2018, había 31 189 pensionados, de los cuales el 31.1 % combatió en el Ejército Popular Sandinista; el 20.8 %, en el Servicio Militar Patriótico;⁵⁹ el 24.3 %, en la Resistencia Nicaragüense,⁶⁰ y el resto se distribuyó en otros grupos de menor tamaño.⁶¹

Los beneficios por discapacidad se dividen en indemnizaciones o prestaciones recurrentes, según el grado de afectación. Si es menor al 35 %, la persona tiene derecho a una indemnización por 60 mensualidades, y si es del 36 % o más, el monto es igual al valor de la base⁶² multiplicado por el porcentaje de discapacidad.

Aunque la guerra terminó hace varios años, se siguen presentando y aprobando solicitudes bajo este régimen. En 2018 se pagaron 33 indemnizaciones por un valor total de 550 188 NIO, y se registraron 62 nuevas pensiones por discapacidad parcial y 41 por total, mientras que en 2017 el número fue mayor, con 210 prestaciones de incorporación reciente y 64 indemnizaciones. En ese mismo año, 17 316 personas recibían beneficios por este rubro, de los cuales el 89.1 % eran hombres y el resto mujeres.

8.3.3.3. Prestaciones por muerte (sobrevivencia)

En caso de fallecimiento de la persona asegurada, el sistema nicaragüense de seguridad social prevé un subsidio para gastos funerarios y que el o la cónyuge, las hijas e hijos y otros dependientes reciban una pensión. El apoyo para funeral es equivalente a un pago de la mitad del salario promedio mensual de las últimas cuatro semanas cotizadas o a un salario mínimo general, según cuál sea más alto. Los beneficios (50 %) son vitalicios para las viudas y viudos mayores de 45 años o con discapacidad; mientras que, para las menores de esta edad, la pensión tiene una duración de dos años o hasta que no tenga descendientes a su cargo. Además, si al cumplir los 60 años no tiene derecho a otra pensión ni contrajo matrimonio o vivió en concubinato, se le otorga de por vida. Las hijas y los hijos menores de 15 años, o de 21 si continúan estudiando, tienen derecho al 25 % de la pensión. El porcentaje es el mismo para los otros dependientes que comprueben ser mayores de 60 años o tener alguna discapacidad.

En cuanto al monto, éste no debe ser inferior al 50 % del salario promedio que percibía la persona asegurada o si se trata del fallecimiento de alguien que recibía la pensión por discapacidad, la cantidad debe ser al menos igual a la mitad del salario que sirvió como base para el cálculo de la pensión.⁶³

En 2018 se registraron 4108 nuevas pensiones por muerte y la mayor proporción se concentró en las de orfandad, seguidas por las de otros

⁵⁸ Ley Especial para Atención de Excombatientes por la Paz, Unidad y Reconciliación Nacional, artículo 40.

⁵⁹ Éste fue un grupo formado para defender al gobierno sandinista en la década de los ochenta, a raíz del Decreto No. 1327 de 1983, para combatir a los grupos paramilitares y terroristas impulsados por el gobierno estadounidense y sectores conservadores locales.

⁶⁰ Es una de las maneras en las que se autodenominaron los grupos paramilitares y terroristas, también conocidos como *La Contra*, que contaban con financiamiento estadounidense para tratar de derrocar al gobierno revolucionario sandinista.

⁶¹ INSS, *op. cit.*

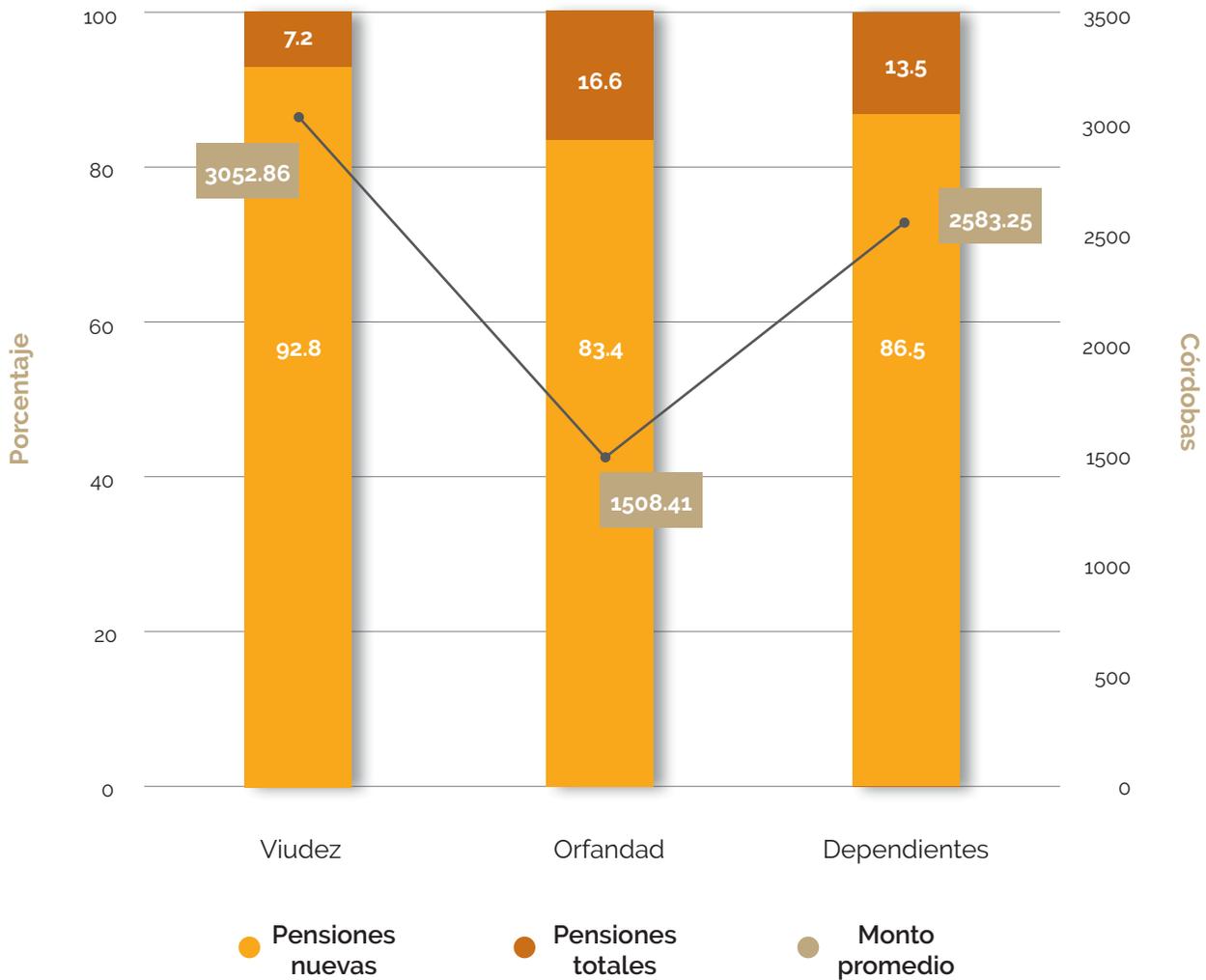
⁶² De acuerdo con el artículo 33 de la Ley Especial para Atención de Excombatientes por la Paz, Unidad y Reconciliación Nacional, la base de cálculo es una cantidad establecida por el Consejo Directivo del INSS.

⁶³ Ley del Seguro Social. Disponible en https://inss-princ.inss.gob.ni/images/stories/1194992659_leyDec974.pdf

dependientes y las de viudez. En total, el INSS realizó pagos de 37 970 pensiones por este rubro, cuyos montos mensuales promedio oscilaron

alrededor de 1508 NIO y 3052 NIO, por tipo de dependiente económico (Gráfica 135).

Gráfica 135. Número de pensiones por muerte y monto promedio, Nicaragua, 2018



Fuente: Elaboración propia con base en INSS, *op. cit.*

Como se mencionó con anterioridad, el programa para Víctimas de Guerra incluye prestaciones por muerte. A la o el cónyuge le corresponde el 50 % de la base si era mayor de 40 cuando falleció su pareja; el 50 % a las hijas y los hijos menores de 15 años, o de 21 si estudian, y el 60 % para otros dependientes económicos mayores de 40 años a la fecha de fallecimiento. Al igual que en las pensiones por discapacidad, aún años después de la

guerra sigue habiendo nuevas incorporaciones. En 2018, se agregaron 109 pensiones por viudez, 87 por orfandad y 77 por otros dependientes, que sumadas a la cifra de 2017 dan un total de 13 873. A diferencia de la otra prestación que compone el programa (orfandad), la presencia de mujeres es mayor que la de hombres en los casos de la pareja de la persona fallecida y de sus otros dependientes (ver Tabla 47).

Tabla 47. Pensiones por muerte del programa de Víctimas de Guerra, Nicaragua, 2018

Tipo	Total	Hombre (%)	Mujer (%)
Viudez	1735	0.2	99.8
Orfandad	676	54.6	45.4
Dependientes	11 462	8.5	91.5

Fuente: Elaboración propia con base INSS, *op. cit.*, p. 272.





8.3.4. Prestaciones por enfermedad y maternidad

El organismo gestor de las prestaciones por enfermedad y maternidad es el INSS. Así, las personas aseguradas del INSS tienen derecho al descanso pagado de maternidad equivalente al 60 % del salario correspondiente a las últimas 8 semanas trabajadas, durante 4 semanas antes del parto y 8 semanas después del nacimiento.⁶⁴ En 2018 hubo 23 991 aseguradas por la prestación monetaria de maternidad y el monto promedio total fue de 9510.04 NIO.⁶⁵

Asimismo, existe una asignación de lactancia en la que se provee apoyo durante los primeros seis meses de vida del infante. En caso necesario, se proporciona fórmula o prestaciones equivalentes en efectivo.⁶⁶ En 2018 hubo 147 383 beneficiarias de la asignación de lactancia y se entregaron 1 305 357 potes de leche.⁶⁷ No existen organismos privados que brinden esta prestación.

De igual manera, las prestaciones monetarias por enfermedad equivalen al 60 % del promedio

del salario correspondiente a las últimas 8 semanas trabajadas, desde el tercer día de enfermedad hasta por 52 semanas.⁶⁸ En 2018 hubo 169 172 personas aseguradas por la prestación monetaria de enfermedad, y el monto promedio total fue de 2917.95 NIO.⁶⁹

8.3.5. Prestaciones por riesgos profesionales

Las prestaciones económicas por riesgos profesionales incluyen discapacidad temporal, total permanente y parcial permanente, las cuales, a diferencia de las pensiones por discapacidad y muerte, se vinculan con siniestros en el ambiente laboral. En el caso de la discapacidad temporal, la persona asegurada tiene derecho a recibir un subsidio por el 60 % de su salario promedio por el tiempo que dure la discapacidad. Para discapacidad permanente total, la pensión es al menos de ese mismo 60 % del salario, pero multiplicado

⁶⁴ Carmelo Mesa-Lago, 2020, *op. cit.*

⁶⁵ INSS, *Anuario Estadístico 2018*, División de Estadísticas Económicas, Managua, 2019.

⁶⁶ OPS/CISSCAD, *op. cit.*

⁶⁷ INSS, *op. cit.*

⁶⁸ PS/OMS/CISSCAD, *op. cit.*

⁶⁹ INSS, *op. cit.*

por el grado de discapacidad determinado por la Comisión de Invalidez.⁷⁰ Esta prestación es sustituida por una pensión de vejez cuando la persona cumple con la edad de retiro (60 años) y con los requisitos para obtenerla; en caso contrario, recibirá la anterior de forma vitalicia.

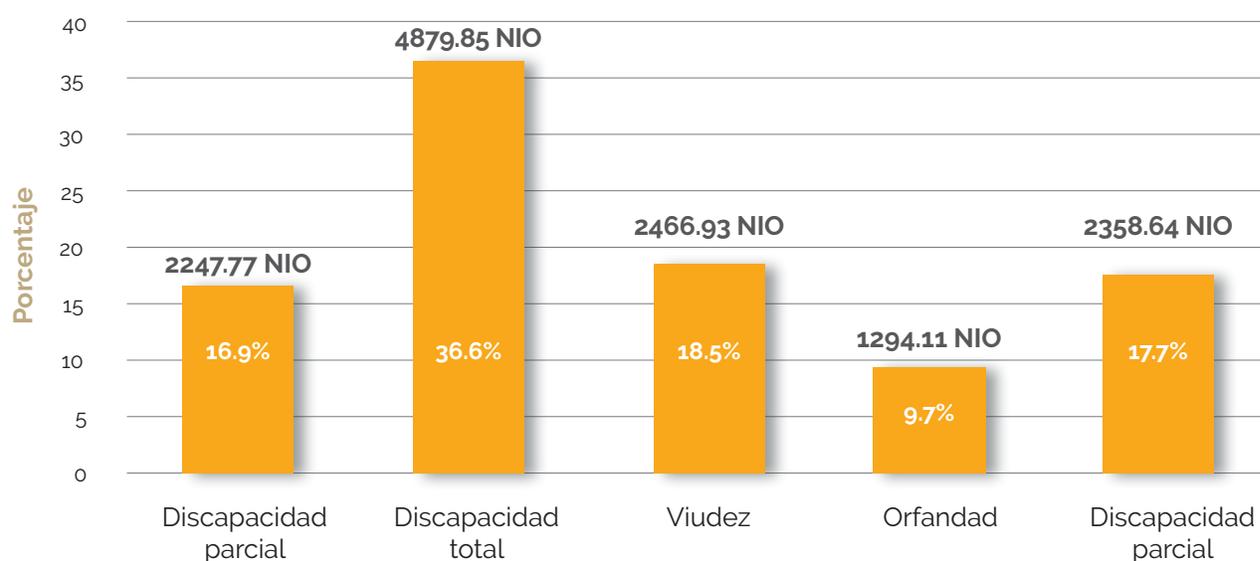
Además, si la persona asegurada fallece por causas vinculadas con el trabajo, se otorgan las mismas prestaciones a su cónyuge y descendientes que en el caso de muerte no laboral. Sin embargo, para acceder a éstas, es necesario acreditar al menos 26 cotizaciones semanales dentro de las 52 semanas previas al siniestro; en caso contrario, su pago corresponde al empleador y no al INSS.

En 2018 se registraron 25 372 accidentes de trabajo (66.3 %), 12 249 accidentes en el trayecto (32 %) y 644 casos de enfermedad profesionales (1.7 %), que resultaron en 1068 nuevas pensiones

por discapacidad parcial, 102 por total, 101 por viudez, 133 por orfandad y 11 por dependientes. El departamento con el mayor número de siniestros fue Managua, con el 54 %, lo cual se debe, en parte, a la concentración de población ocupada en la capital, y en parte, a que poco más del 50 % de las personas aseguradas residen ahí.

En el mismo año, se pagaron 625 698 837 NIO por 17 231 pensiones de discapacidad parcial (59.5 %) o total (24 %), así como viudez (7.7 %), orfandad (7.4 %) y dependientes (1.3 %). En todas ellas, el monto promedio mensual fue inferior al valor de la canasta básica (13 331.96 NIO); incluso en discapacidad total sólo se cubría el 36.6 %; es decir, la transferencia no es suficiente para adquirir los productos de consumo esenciales ni para una persona que carece de la posibilidad de generar ingresos por sí misma sin poner en riesgo su salud.

Gráfica 136. Relación del monto promedio de las prestaciones por riesgos profesionales y la canasta básica, Nicaragua, 2018



Nota: Se utilizó el valor de la canasta básica en 2018 (13 331.96 NIO).

Fuente: Elaboración propia con base en INSS, *op. cit.*, p. 204.

⁷⁰ La pensión por discapacidad temporal siempre es menor que la pensión por discapacidad total.

8.4. Evolución del sistema de seguridad social

8.4.1. Dictadura y bienestar (1900-1957)

El sistema de seguridad social de Nicaragua no surgió en un contexto de desarrollo industrializador, de una presión significativa de sindicatos obreros ni de políticas progresistas, sino como concesiones de gobiernos autoritarios —varios de los cuales fueron apoyados o impuestos por Estados Unidos—, que buscaban la construcción de su legitimidad a partir del otorgamiento de beneficios y prestaciones a sectores sociales específicos. En este contexto se explica la política de desarrollo de la seguridad social en este país en la primera mitad del siglo (hasta 1956-1957). En ese periodo se formaron algunos de los antecedentes del INSS que, sin embargo, tuvieron alcances reales muy limitados.

Se podría pensar que Nicaragua tenía pocas posibilidades de desarrollar un sistema de seguridad social nacional debido a su bajo nivel de industrialización. De hecho, en América, sólo unos cuantos países —Estados Unidos, Canadá, Argentina, Brasil y México— llegaron a alcanzar niveles importantes de industrialización durante las primeras décadas del siglo XX. En el resto, la economía se basó principalmente en un modelo de desarrollo primario-exportador para alimentar la creciente demanda de materias primas de los



países más fuertemente industrializados, lo que provocó una importante revolución en los transportes terrestres y marítimos, lo cual redujo los costos de producción y distribución, y facilitó el comercio internacional.

De forma paralela, en buena parte de los países latinoamericanos persistieron las condiciones de inestabilidad política tras años de guerras de independencia y conflictos internos. En el caso de Nicaragua, esto se prolongó todavía más debido a que, una vez obtenida la independencia de España, el país se vio sometido a los intereses intervencionistas de los gobiernos de Estados Unidos, en alianza con los sectores conservadores locales, mayormente terratenientes, que mantuvieron su poder tras la guerra de independencia y la naciente élite comercial —aún no se había desarrollado la élite financiera—. ⁷¹

Mientras en Estados Unidos se empezó a desarrollar un intenso proceso de industrialización, sus gobiernos trataron de mejorar su posi-

ción geopolítica, y puesto que Nicaragua funcionaba como una especie de “puente” comercial entre el océano Atlántico y el Pacífico, llevaron a cabo intentos de anexión de su territorio desde el siglo XIX. ⁷²

En el siglo XX continuaron los intentos de intervención y anexión: en 1909, ⁷³ cuando los marines —apoyados por grupos conservadores locales, como el general Emiliano Chamorro— intervinieron para derrocar al presidente José Santos Zelaya, ⁷⁴ y luego, en el periodo entre 1927 y 1933, ⁷⁵ lo que produjo una situación de guerra prolongada en el país, limitando sus posibilidades de desarrollo industrial y comercial.

A este periodo (1927-1933) de la historia nicaragüense se le conoce como la guerra constitucionalista, y tuvo su punto de partida en el golpe de Estado perpetrado contra el presidente Carlos José Solórzano ⁷⁶ en 1926, por el general Emiliano Chamorro, quien, desde la intervención militar contra el presidente Zelaya tenía el apoyo

⁷¹ Véase Mario Sánchez González *et al.*, “Movimientos sociales y acción colectiva en Nicaragua: entre la identidad, autonomía y subordinación”, en *Amnis. Revue de civilisation contemporaine Europes/Amériques*, 15 (2016), TELEMME. Disponible en <http://journals.openedition.org/amnis/2813>. Los Chamorro y Alfaro son una de las familias política y económicamente más poderosas de Nicaragua. De hecho, el patriarca de la familia, Fruto Chamorro Pérez, fue el primer presidente del país (1854-1855) (aunque antes de ser nombrado presidente fungió como Supremo Director del Estado de Nicaragua en 1853). Luego, en 1860, su hermano Fernando Chamorro y Alfaro también fue presidente y, posteriormente, también su otro hermano, Violeta Chamorro.

⁷² Cuando en 1854, bajo el amparo de la doctrina Monroe, William Walker se proclamó presidente de Nicaragua, como nación miembro de los Estados Unidos y, aunque los nicaragüenses lograron expulsar a los estadounidenses derrotados en la Guerra Nacional, el país quedó muy debilitado económicamente. Véase Frances Kinloch Tijerino, “Identidad nacional e intervención extranjera. Nicaragua, 1840-1930”, en *Revista de Historia*, núm. 45, 2002. Disponible en <https://www.revistas.una.ac.cr/index.php/historia/article/view/12394>

⁷³ Véase Benjamin Harrison, “The United States and the 1909 Nicaragua Revolution”, *Caribbean Quarterly*, 41(3-4), pp. 45-63. Disponible en <http://www.jstor.org/stable/40653942>

⁷⁴ Santos Zelaya es un actor fundamental en la explicación de la configuración nacional de Nicaragua, pues sus acciones pueden ser estudiadas como una especie de síntesis contradictoria de elementos que intuitivamente no se pensarían juntas. Encabezó un gobierno liberal que se terminó organizando como una dictadura, a la que, sin embargo, se le ha llamado una “revolución liberal”, puesto que profundizó la separación entre Iglesia y Estado. Además, durante su gobierno (1893-1909) se produjeron las primeras inversiones norteamericanas directas en transporte fluvial, minería, explotación de madera y plátano. Sin embargo, la oposición de Zelaya a ceder a las desmedidas peticiones estadounidenses para extender su dominio económico-político sobre Nicaragua deterioraron su relación; en particular después de que Zelaya se negara a firmar un tratado mediante el cual Estados Unidos habría adquirido los derechos exclusivos para la construcción de un canal interoceánico a través de Nicaragua. Véase Roberto González Arana, “Nicaragua. Dictadura y revolución”, *Revista Digital de Historia y Arqueología desde el Caribe*, núm. 10, año 6, Universidad del Norte, 2009. Disponible en <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/3013321.pdf>

⁷⁵ Kinloch, *op. cit.*

⁷⁶ Solórzano fue el sucesor del presidente interino Bartolomé Martínez, quien en 1923 había asumido la presidencia como consecuencia de la muerte del presidente Diego Manuel Chamorro (de quien Bartolomé fungía como vicepresidente) quien, a su vez, había recibido la presidencia en 1921 de Emiliano Chamorro (gracias a la intervención estadounidense en las elecciones). Véase George W. Baker, “The Wilson Administration and Nicaragua, 1913-1921”, *The Americas*, 22(4), pp. 339-376, 1996. Disponible en <http://www.jstor.org/stable/979017>

estadounidense.⁷⁷ A partir de entonces construyó una alianza⁷⁸ en la que, desde el poder político en Nicaragua, se procuraban los intereses de Estados Unidos.⁷⁹ Después del golpe de Estado, los liberales (encabezados por Juan Bautista Sacasa) pelearon —sin éxito— por la celebración de elecciones que no estuvieran supeditadas a la intervención de Estados Unidos, hasta ser derrotados con la traición del general José María Moncada (jefe militar de Sacasa) en la firma del pacto de Espino Negro, en el que se aceptaba que Estados Unidos supervisara las elecciones de 1928 (en las que el mismo José María Moncada resultó vencedor), que Sacasa debía regresar al exilio y se mantenía la presencia militar estadounidense a través de la formación de la Guardia Nacional.⁸⁰ Además, esa fue la causa del inicio de la guerrilla anti intervencionista de Augusto César Sandino, en 1929.

En este contexto, puede resultar confuso entender las causas que llevaron a la implantación de la primera legislación relacionada con la seguridad social en el país, pues en 1930 se creó el Sistema de Jubilación del Magisterio, que estableció jubilaciones para personas mayores de 60 años, con periodo de trabajo mínimo de 20 años. Pero el establecimiento del primer sistema de jubilación en 1930 es apenas un momento de un proceso complejo y contradictorio que se desarrolló a par-

tir de la llegada al poder del general liberal José María Moncada en 1929.

De hecho, el inicio del periodo presidencial de Moncada llevó al poder a una facción política liberal⁸¹ que no había tenido cabida en el gobierno nicaraguense desde el derrocamiento del régimen de Santos Zelaya, lo que implicó el inicio de una nueva etapa en el desarrollo y la institucionalización de la seguridad social en el país.⁸² Así, además de la mencionada creación del sistema de jubilación del magisterio, se reorganizaron los servicios de salud pública con la creación del Ministerio de Higiene Pública y Beneficencia, que sustituyó al Departamento Nacional de Salubridad Pública. Sin embargo, la Dirección General de Sanidad (DGS), que era la instancia operativa de dicho Departamento, continuó funcionando de manera autónoma el primer año, hasta que en 1930 fue anexada al Ministerio.

Peña Torres explica que al Ministerio se le asignaron dos grandes áreas de trabajo: la higiene pública —en especial la escolar, la de los trabajadores del campo y la de los obreros— y la beneficencia, “que se encargó de crear, reglamentar y conservar hospitales, casas de asilo y demás establecimientos de caridad y beneficencia, tales como los lazaretos, leprocomios, manicomios, baños públicos, cementerios, la Cruz Roja y de-

⁷⁷ En la campaña presidencial de 1916, los estadounidenses vetaron la participación de los liberales para asegurar que Emiliano Chamorro fuera electo. Posteriormente coordinaron con él la implementación de la política militar y económica. Véase Anna Powell, “Relations between the United States and Nicaragua, 1898-1916”, *The Hispanic American Historical Review*, 8(1), pp. 43-64, 1928. Disponible en <http://www.jstor.org/stable/2505819>

⁷⁸ No se trata, por supuesto, de una alianza exclusiva de Emiliano Chamorro con Estados Unidos, sino de los conservadores representados por la familia Chamorro, en general. Véase Virginia Greer, “State Department Policy in Regard to the Nicaraguan Election of 1924”, *The Hispanic American Historical Review* 34 (4), 1954, pp. 445-467. Disponible en <http://www.jstor.org/stable/2509079>

⁷⁹ Véase Joseph O. Baylen, “American Intervention in Nicaragua, 1909-33: An Appraisal of Objectives and Results”, *The Southwestern Social Science Quarterly*, 35 (2), 1954, pp. 128-154. Disponible en <http://www.jstor.org/stable/42865823>

⁸⁰ Véase Ivan Musicant, *The Banana Wars: A History of United States Military Intervention in Latin America from the Spanish-American War to the Invasion of Panama*. Nueva York, 1991. Disponible en <https://archive.org/details/bananawarshistor00musi>

⁸¹ Desde la intervención de 1909 contra el presidente Santos Zelaya los liberales lucharon por regresar al poder, pero no lo lograron, lo que en gran medida tiene que ver con las relaciones de apoyo mutuo que Estados Unidos construyó con los grupos conservadores. Sin embargo, dado que Moncada traicionó la causa del Partido Liberal con la firma del pacto del Espino Negro, Estados Unidos permitió que éste pudiera ser presidente. Al respecto, Peña Torres va más lejos y afirma que, de hecho, “Estados Unidos lo hace presidente de Nicaragua”. Véase Ligia María Peña Torres, “La Fundación Rockefeller y la salud pública nicaraguense, en los años treinta”, en Instituto de Historia de Nicaragua y Centroamérica/Universidad Centroamericana, 2008, p. 2. Disponible en <http://bibliotecavirtual.clacso.org.ar/Nicaragua/ihnca-uca/20120808015357/salud.pdf>

⁸² Peña Torres, *op. cit.*

más fundaciones análogas.”⁸³ Además, la beneficencia también estaba encargada de proveer de personal médico a los pueblos, cuyo salario corría a cuenta del Estado. Esta reorganización supuso el establecimiento de cuatro zonas sanitarias.

Al mismo tiempo, se creó un esquema solidario de salud dependiente del Ministerio de Higiene llamado “los médicos del pueblo”, con el objetivo de extender la cobertura de los servicios de salud a la población, pero especialmente, “a la clase proletaria”. Sin embargo, al ser distribuidos en los lugares que carecían de atención médica, tuvieron una presencia relativamente mayor en las zonas rurales.

Como consecuencia de la crisis mundial de 1929, a partir de 1930 cayeron las exportaciones de plátano y café, principales productos de exportación de Nicaragua, por lo que el presidente Moncada instrumentó cambios en la política económica (contracción presupuestaria y del personal del aparato estatal y, por tanto, reducción del personal de las instituciones del Estado). En este sentido, para finales de 1930 se volvió a reestructurar el Ministerio de Higiene y Beneficencia Pública con la Dirección General de Sanidad (DGS), lo que implicó suprimir partidas presupuestarias destinadas a salarios de empleados de la dependencia.⁸⁴

En 1933, la situación política cambió profundamente. En 1932 se celebraron elecciones que dieron la victoria a Juan Bautista Sacasa, quien tomó posesión de la presidencia el primero de

enero de 1933, y Anastasio Somoza García asumió la jefatura de la Guardia Nacional. En ese mismo año la guerrilla de Sandino derrotó a las fuerzas estadounidenses de intervención militar. Tras el retiro de los marines estadounidenses, se firmó el Acuerdo de Paz entre el gobierno de Sacasa y Sandino, quien de inmediato desmovilizó a su ejército en San Rafael del Norte.⁸⁵ Sin embargo, Sandino fue traicionado y asesinado por orden de Anastasio Somoza García en 1934.⁸⁶

Sin embargo, en un entorno socioeconómico como el que se ha expuesto, Sacasa, desde el inicio de su gobierno pretendió tomar una política presupuestal minimalista,⁸⁷ que mantuviera los gastos básicos para los servicios sociales y de salud. Sin embargo, según da cuenta el análisis de Peña Torres,⁸⁸ la contracción presupuestal fue de tal magnitud que el funcionamiento real del Ministerio de Higiene se vio profundamente afectado,⁸⁹ por lo que se requirió suscribir un convenio de cooperación económica y técnica con la Fundación Rockefeller:

El convenio estableció como líneas de acción el saneamiento e higienización de la ciudad de Managua, cuyo componente principal era la erradicación del paludismo y la malaria; la erradicación de uncinariasis y otros parásitos intestinales; se hizo énfasis en una nueva reorganización de los servicios de salubridad pública, que se materializó en la creación de las unidades sanitarias.⁹⁰

⁸³ *Ibid.*, p. 2.

⁸⁴ *Ibid.*, p. 4.

⁸⁵ *Ibid.*, p. 7.

⁸⁶ Véase, Michelle Dospital, “La construcción del Estado Nacional en Nicaragua: el proyecto sandinista 1933-1934”, en *Revista de Historia-IHNCA*, 2017. Disponible en <http://ihncahis.uca.edu.ni/revistas/index.php/historia/article/view/70>

⁸⁷ “Esta adversa contingencia impone a los nicaragüenses la dura obligación de trabajar sin fruto; y repercute, como es natural, en el orden financiero con el paralelo descenso de las rentas del Estado, que no alcanza a cubrir los gastos y servicios presupuestos en todas las áreas del estado, [...] surge así la necesidad de proceder al reajuste del presupuesto bajo un plan de estrictas economías. La acción del Gobierno debe concentrarse a la prestación de aquellos servicios que como la salubridad y demás son indispensables para la vida de la Nación”. Mensaje Inaugural del Sr. Presidente de la República Dr. Juan Bautista Sacasa leído ante el Congreso Nacional, el 1 de enero de 1933. Managua: Tipografía Alemana de Carlos Heuberger, 1933, cit. en Peña Torres, *op. cit.*, p. 8.

⁸⁸ Peña Torres, *op. cit.*

⁸⁹ “La baja de nuestro presupuesto ya anotada, nos dejó imposibilitados para atender los grandes problemas sanitarios de toda la República, de muchas regiones nos llegan noticias de que el paludismo, la uncinariasis, la tifoidea y la tuberculosis azotan con saña a sus habitantes”, Memoria de Higiene y Beneficencias Públicas del año 1933, presentada por el Ministro del Ramo, Dr. Don J. H. Robleto. Managua: Imprenta Nacional, 1934. *cit.* en Peña Torres, *op. cit.*, p. 9.

⁹⁰ *Idem.*

Además, implementó una ley para obligar a los municipios a invertir el 10 % de sus contribuciones en higiene local.

Pero apenas tres años después del triunfo de Sacasa, en 1936, Somoza García lo destituyó por medio de un golpe de Estado, afianzando su poder. Luego, en enero de 1937, al elegirse presidente de Nicaragua, Somoza buscó legitimarse, dando inicio a la dictadura somocista que, con el apoyo del gobierno de los Estados Unidos,⁹¹ se extendería hasta 1979.

Así, en los años treinta, mientras en otros países latinoamericanos se formaban sindicatos y confederaciones obreras, producto tanto de sus procesos de industrialización como de la influencia de las izquierdas comunistas y anarquistas que llegaban desde la Unión Soviética y Europa (donde los obreros tomaban parte activa de la construcción de sus sistemas de seguridad social), en Nicaragua las organizaciones sindicales crecieron muy poco.

El hecho de que las organizaciones sindicales nicaragüenses crecieran muy poco entre las décadas de 1920 y 1930 se debe a la escasa proporción de obreros industriales, pero también a la naturaleza represiva de los gobiernos nicaragüenses.⁹² Fue hasta la década de los años cuarenta que el desarrollo del capitalismo nicaragüense permitió el crecimiento de la fuerza de trabajo asalariada y se comenzaron a formar sindicatos del café, algodón y carne. Al respecto, René Herrera Zúñiga analizó el crecimiento del empleo y la población urbana, así como la existencia de

un proceso de proletarización del trabajo agrícola, como consecuencias del desarrollo exacerbado del capitalismo nicaragüense a partir de esta década y alcanzando su punto de mayor fuerza hacia la década de 1950.⁹³

Sin embargo, es importante matizar dicho análisis y no perder de vista que la mayor parte de la población nicaragüense siguió siendo campesina prácticamente hasta la década de 1990 (aunque actualmente siguen representando más del 40 % de la población) y que, aunque ésta atravesara un proceso de proletarización, eso no los hizo menos campesinos. En este sentido, Verónica Rueda Estrada propone que el análisis de los procesos políticos relacionados con el desarrollo de la dictadura somocista, el triunfo del sandinismo revolucionario y el posterior surgimiento de los grupos armados contrarrevolucionarios (*la Contra*), no pueden ser entendidos más que a la luz de la comprensión de que la situación del campesinado siguió siendo el problema fundamental de la sociedad nicaragüense.⁹⁴

En efecto, en un país eminentemente agrícola, el problema de la tenencia de la tierra y la costumbre son cuestiones centrales que durante la dictadura somocista fueron resueltas a través del aprovechamiento de la hacienda, el latifundio, la existencia de grandes terratenientes y la apropiación de la familia Somoza de enormes cantidades de tierra. Pérez Márquez señala que el

acceso a la propiedad de la tierra, como principal factor de producción en las economías agro-ex-

⁹¹ La dictadura y el gobierno estadounidense construyeron una relación de apoyo mutuo. Somoza García encontró en el presidente Franklin D. Roosevelt un aliado y éste, a su vez, precisaba de un aliado en Nicaragua, de acuerdo con su política del buen vecino. Véase María Dolores Ferrero Blanco, "Las relaciones interdependientes de los Somoza de Nicaragua con EE. UU. (1936-1979)", en *Revista de Historia Contemporánea*, 10, 2012. Disponible en <http://hispanianova.rediris.es/10/articulos/10a003.pdf>

⁹² Knut Walter, *The Regime of Anastasio Somoza, 1936-1956*, The University of North Carolina Press/Hoopla Digital, Chapel Hill y Londres, 2000.

⁹³ Considera que "a partir de 1950 el desarrollo capitalista nicaragüense se caracteriza por la expansión y diversificación de la economía agropecuaria de exportación y desde 1960 por el inicio de un proceso de industrialización sustitutivo de importaciones y de producción industrial dirigida al mercado externo" (pp. 614-615). Véase René Herrera Zúñiga, "Nicaragua: el desarrollo capitalista dependiente y la crisis de la dominación burguesa. 1950-1980", *Foro Internacional*, XX, 1980, pp. 612-645. Disponible en <https://forointernacional.colmex.mx/index.php/fi/article/download/848/838>

⁹⁴ Véase Verónica Rueda Estrada, *Recompas, Recontras, Revueltos y Rearmados. Posguerra y conflictos por la tierra en Nicaragua 1990-2008*, Instituto Mora/CIALC-UNAM/Conacyt, Ciudad de México, 2015.

portadoras de los nuevos estados nacionales centroamericanos, y su inserción *dependiente* en el orden capitalista internacional constituyen el eje central de formación de los grupos de poder dominantes [...] de manera que la estructura de parentesco (y su reproducción endogámica) actúa como un mecanismo de concentración del capital entre las familias de hacendados y comerciantes más importantes, que acceden a las fuentes de riqueza monopolizando su vínculo estratégico. Así, las *estrategias económicas* se constituyen en *estrategias familiares*.⁹⁵

Ahora, no obstante la persistencia de la *cuestión social campesina* y la consolidación de la dictadura, el desarrollo económico impulsado en estas décadas (gracias a la relación de interdependencia con Estados Unidos) asumió una configuración política similar a la desarrollada en otros países de la región, pues la dictadura somocista logró establecer un sistema *corporativista autoritario*,⁹⁶ donde el sector obrero cobró una relevancia política relativamente elevada en relación con su verdadera capacidad de organización política y productiva, pues el gobierno trató de construir su legitimidad a partir de la relación con este tipo de corporaciones. Así, por un lado, logró obtener

legitimidad de algunos sindicatos a través de la concesión de beneficios y promesas de garantías sociales,⁹⁷ mientras que, por otro lado, reprimió y exilió a otros líderes sindicales.⁹⁸

Hablamos de un sistema *corporativista* en tanto que la construcción de la legitimidad política se basó, además de en el uso *autoritario* de la fuerza propio de la dictadura, en la concesión de derechos y prestaciones a sectores sociales clave. En este sentido, entre la década de 1940 y 1950 se sentaron las bases (por lo menos en cuanto al marco formal) de lo que más tarde se convertiría en el sistema de seguridad social. En 1940 se crearon el Reglamento de Jubilación, Pensiones y Subsidios de Obreros y Empleados Ferroviarios y el Fondo de Pensiones y Ahorro para Empleados de la Banca Nacional. En 1945 se decretó el Primer Código del Trabajo, aunque éste no contó con la institucionalidad básica que le permitiera operar sino hasta después de siete años, con la creación por decreto del Ministerio del Trabajo (1952), dos años después de la promulgación de la Constitución Política de 1950. No obstante, según la información estudiada por Ferrero Blanco, nunca se aplicó este código.⁹⁹

La Constitución de 1950 fue un avance significativo en el establecimiento de derechos so-

⁹⁵ Raquel Pérez Márquez, "Relaciones clientelares y desarrollo económico: algunas hipótesis sobre la persistencia de 'enclaves' de Antiguo Régimen en las democracias de América Latina. El caso de Nicaragua (1990-2005)", en *Nuevo mundo mundos nuevos*, 5 enero 2007. Disponible en <http://journals.openedition.org/nuevomundo/3225> Consultado el 8 agosto de 2020.

⁹⁶ La conceptualización es responsabilidad propia, pero a *nivel empírico* se basa en datos (que se irán exponiendo en las páginas que siguen) de Agustín Torres Lazo, *La saga de los Somoza: historia de un magnicidio*, Hispamer, Managua, 2002. Al respecto, resulta ilustrativo el lema de las tres "P" que se le atribuye al primer Somoza (Tacho Somoza) "Plata al amigo, palo al indiferente, plomo al enemigo" (p. 174); y de Knut Walter, *op. cit.* Mientras que, a *nivel teórico*, parte de los planteamientos clásicos —expuestos en el primer capítulo de este informe— de Schmitter, y desarrollados, en relación con su aplicación regional, por Ruy Mauro Marini y, posteriormente, de manera crítica, por Ilán Bizberg, Francisco Zapata y E. De la Garza, entre otros. En síntesis, se trata de la propuesta de explicar el ascenso y declive de los Estados sociales autoritarios desarrollados en la región a partir del análisis de las características corporativistas de su organización política; es decir, de su capacidad de gestionar el patrimonio nacional en relación con la construcción de relaciones de lealtad, legitimidad y representatividad con sectores sociales organizados en tanto corporaciones (de obreros, campesinos, maestros, mineros, ferrocarrileros, etcétera). "Estado social autoritario" significa, básicamente, Estado social incompleto, en tanto que es incapaz de basarse en las concesiones a los dominados y en la institucionalización de la lucha de clases (características de los Estados sociales de Europa occidental y Estados Unidos). Así, el declive de los Estados sociales latinoamericanos, en tanto Estados corporativos, implica que el Estado autoritario deja de funcionar al excluir del plano de la negociación estatal a las corporaciones de masas.

⁹⁷ La oferta de garantías sociales valía tanto como las garantías sociales en sí, pues Somoza empezaba a recibir el apoyo obrero desde el momento en que proclamaba su promesa. Su estrategia era prolongar al máximo los efectos políticos de sus decisiones, tanto antes como después de su ejecución (si es que esta llegaba a concretarse), Knut Walter, *op. cit.*

⁹⁸ Mario Sánchez González *et al.*, *op. cit.*

⁹⁹ Véase, María Dolores Ferrero Blanco, *La Nicaragua de los Somoza: 1936-1979*, Servicio de Publicaciones de la Universidad de Huelva, 2016.

“Ahora, no obstante la persistencia de la cuestión social campesina y la consolidación de la dictadura, el desarrollo económico impulsado en estas décadas (gracias a la relación de interdependencia con Estados Unidos) asumió una configuración política similar a la desarrollada en otros países de la región, pues la dictadura somocista logró establecer un sistema corporativista autoritario, donde el sector obrero cobró una relevancia política relativamente elevada en relación con su verdadera capacidad de organización política y productiva, pues el gobierno trató de construir su legitimidad a partir de la relación con este tipo de corporaciones.”

ciales y, en particular, sentó la obligación jurídica para la creación del INSS. En su artículo 97 señala que “El Estado establecerá el instituto Nacional de Seguridad Social a favor de los trabajadores, para cubrir los riesgos de enfermedades comunes, invalidez, ancianidad y desocupación, mediante racional concurrencia del Estado, del beneficiario y del patrón.”¹⁰⁰ Los mecanismos sociales que determinaron la creación de estas disposiciones no partieron de la discusión pública de la sociedad ni recayeron en la Asamblea Constituyente, sino que respondieron a una lógica de acuerdos cupulares, entre liberales y conservadores, que permitieron consolidar el poder político de Somoza García. Este último, brindó concesiones sociales de forma patrimonialista, de arriba hacia abajo para asegurar el respaldo

de algunos sectores sociales, generalmente los mejor organizados. Un ejemplo de esto fue la creación del INSS en 1955.¹⁰¹

Este hecho es ilustrativo en tanto que muestra que ni el nivel de industrialización ni el espectro político en que se sitúe el gobierno en turno son elementos que por sí mismos determinen de manera independiente el desarrollo de procesos e instituciones sociales como las que analizamos. Por lo tanto, es necesario complementar este tipo de explicaciones con otras que pongan el acento en la agencia de actores particulares en contextos específicos. En este sentido, por ejemplo, podríamos considerar que las teorías difusionistas pueden aportar una explicación pertinente sobre este proceso histórico de la seguridad social nicaragüense (ver el Capítulo 2).

¹⁰⁰ Constitución Política nicaragüense de 1950, artículo 97.

¹⁰¹ El 12 de enero de 1957, entró en vigor la Ley de Seguridad Social de 1955 (Decreto No. 161) y su Reglamento (Decreto No. 7).

Tabla 48. Legislación relacionada con el desarrollo de la seguridad social en Nicaragua, cronología de procesos clave, 1930-1957

Año	Descripción	Comentarios
1930	Sistema de Jubilación del Magisterio	Legisló las jubilaciones para mayores de 60 años, con periodo mínimo de 20 años de cotización
1940	Reglamento de Jubilación, Pensiones y Subsidios de Obreros y Empleados Ferroviarios	No aplica
1940	Fondo de Pensiones y Ahorro para Empleados de la Banca Nacional	No aplica
1945	Primer Código del Trabajo	Primer intento de crear un instrumento para la regulación de las relaciones laborales
1950	Constitución Política de 1950	Se plasma la obligación de crear el INSS
1952	Se crea el Ministerio del Trabajo	Se crea por decreto, como secretaria de Estado
1955	Ley Orgánica de Seguridad Social (LOSS)	Ley a través de la cual Somoza García establece la creación del INSS como un ente autónomo del Estado, y con un ámbito de cobertura que abarca: Enfermedad, Maternidad, Invalidez, Vejez, Muerte y Sobrevivientes, y Riesgos del Trabajo
1957	Entrada en vigor de la LOSS de 1955	No aplica

Fuente: Elaboración propia a partir de datos de María José Reyes, Valeska Xilonem Suárez, "Análisis Jurídico Comparativo del Régimen de Pensiones del Instituto Nicaragüense de Seguridad Social (INSS) con relación a las establecidas en el Instituto de Seguridad Social y Desarrollo Humano (ISSDHU) y el Instituto de Previsión Social Militar (IPSM)". Disponible en <http://repositorio.uca.edu.ni/451/1/UCANI3189.PDF>; Karlos Navarro Medal, "Nicaragua", en *Reversing Pension Privatizations. Rebuilding Public Pension Systems in Eastern Europe and Latin America*, OIT, Ginebra, 2019. Disponible en http://www.ilo.org/secsoc/information-resources/publications-and-tools/books-and-reports/WCMS_648574/lang-en/index.htm; Antonio Ruezga Barba, *Seguridad social: Una visión latinoamericana*, CIESS, Ciudad de México, 2009. Disponible en http://biblioteca.ciees.org/adiss/r103/seguridad_social_una_visin_latinoamericana

8.4.2. Configuración del sistema de seguridad social nicaragüense (1957-1990)

El surgimiento histórico del sistema de seguridad social de Nicaragua, en 1957, se sitúa en la segunda etapa de desarrollo de los sistemas de seguridad social del continente, lo que le dio características bien diferenciadas de los sistemas pioneros.¹⁰² Como la mayor parte de los países de la región, Nicaragua tenía un desarrollo industrial muy limitado y una población mayoritariamente rural, pero a pesar de eso, esta segunda etapa dio lugar a un sistema que buscaba cubrir a todas las personas asalariadas; incluía mayores prestaciones, como servicios médicos y maternidad, y además se basaba en mayor medida en estudios técnicos y actuariales.¹⁰³ A continuación, se describen las características peculiares que, en este contexto, tomó el sistema nicaragüense.

Primero, la forma de organización que adquirió el INSS en su origen (1955-57) es muy similar a la forma de organización que le rige actualmente, pues desde su creación se consideró que el sistema debería estar dividido en dos "ramas" que cubrían distintos niveles de servicios: por un lado, las prestaciones por Invalidez, Vejez y Muerte (IVM) y, por el otro, el Régimen Integral, que también incluía las prestaciones por Salud y Maternidad.

La segunda característica central de la forma de organización que adquirió el INSS en el mo-

mento de su creación tiene que ver con el hecho de que no se constituyó un régimen especial de seguridad social para los trabajadores del sector público, de manera que todos los trabajadores estuvieran cubiertos en el mismo instituto, lo que constituyó (y constituye) una diferencia significativa con los sistemas *fragmentados* que se desarrollaron históricamente en la mayor parte de los países de la región.

Sin embargo, no se trató de un sistema completamente unificado, dado que quedaron fuera tres sectores particularmente poderosos (la Policía, el Ejército y los empleados del Ministerio de Gobernación), para quienes se crearon subsistemas especiales. En este sentido, la organización del sistema nicaragüense de seguridad social es un caso típico de lo que Mesa-Lago ha categorizado como *sistemas relativamente unificados*.¹⁰⁴

En efecto, en relación con la explicación del surgimiento del corporativismo latinoamericano que se ha venido desarrollando, se puede observar que, en esta época y para varios países de Latinoamérica, el sistema político se desarrolló sobre la base de un *corporativismo patrimonialista autoritario*. En algunos países, esto se hizo como una forma particular en que el Estado buscó la construcción de su legitimidad y representatividad frente a los sectores sociales con mayor fuerza. En los contextos donde el desarrollo industrial fue importante, como en México, Argentina, Brasil y Chile, el sujeto obrero fue ese actor fundamental.¹⁰⁵ En el caso de Nicaragua, en cambio, la dic-

¹⁰² Éstos son los países que crearon sus sistemas de seguridad social desde finales de la década de 1930 y durante los años cuarenta. Como se ha explicado en este informe, la OIT tuvo una influencia importante en la configuración de este tipo de sistemas de seguridad social, a través de la asesoría técnica que brindó con la intención de generar sistemas unificados que cubrieran una mayor cantidad de prestaciones y que evitaran algunos de los errores de los sistemas de los países pioneros en cuanto a estratificación y segmentación.

¹⁰³ Entre los países que desarrollaron sus sistemas en esta etapa se encuentran Ecuador, Bolivia, Perú, Panamá, México, Costa Rica, Paraguay, Venezuela. Nicaragua, el resto de los países centroamericanos y las recién independizadas naciones del Caribe. Nicaragua fue de los últimos países en establecer su sistema de seguridad social, dentro de esta segunda etapa.

¹⁰⁴ Mesa-Lago utiliza el concepto de sistema *relativamente unificado* para hacer notar que, a pesar de que se buscaba crear sistemas unificados, no se logró evitar por completo la creación de subsistemas para grupos de presión poderosos, como sindicatos de trabajadores del Estado o de empresas públicas, a quienes se buscaba brindar ciertos beneficios sociales a cambio de lealtad política. Carmelo Mesa-Lago, *Social Security in Latin America: Pressure Groups, Stratification and Inequality*, University of Pittsburgh Press, Pittsburgh, 1978.

¹⁰⁵ Enrique de la Garza, "Las transiciones políticas en América Latina, entre el corporativismo sindical y la pérdida de imagina-

tadura buscó la construcción de la legitimidad de su gobierno más allá de los mecanismos de coerción (aunque nunca dejaron de emplear, también, mecanismos de represión selectiva) a partir del manejo patrimonialista de los recursos estatales y de su distribución clientelar.

Por otro lado, en tanto que en Nicaragua la magnitud de los sectores obreros, de trabajadores de servicios y otros, fue siempre bastante menor en comparación con otros países de la región, el tamaño de las "clientelas" fue también más pequeño y manejable. Esto es relevante para entender el hecho de que el INSS pudiera funcionar de una manera bastante integrada, pues —como se explicó en la sección previa— sólo pequeños grupos de la población llegaron a contar con regímenes de protección antes de la creación del Instituto (principalmente maestros y empleados ferroviarios). Además, según da cuenta Mesa-Lago, estos grupos fueron incorporados al INSS una vez que éste se creó.¹⁰⁶

Así pues, se puede afirmar que el desarrollo del Estado social corporativista fue la base sobre la que se configuraron los sistemas de seguridad social —fragmentados e inclusive *relativamente unificados*— que, inspirados en las tendencias de la posguerra, buscaron incluir un amplio espectro de protección que fuera igual para todas las personas inscritas, pero que, en los hechos, en casos como el de Nicaragua, terminaron teniendo una cobertura muy limitada, y no dejaron de generar relaciones clientelares entre gobierno y trabajadores.

En síntesis, el INSS se configuró en el contexto de la formación incipiente de un Estado social corporativo, autoritario e interdependiente con Estados Unidos,¹⁰⁷ donde la legitimidad

de la dictadura no podía ser producto de los momentos electorales, sino de la capacidad de otorgar protecciones y beneficios (de manera burocrático-patrimonialista y clientelar) para los trabajadores y la población empobrecida, configurando así una representatividad decidida desde fuera de los sectores sociales afectados, desde el Estado.¹⁰⁸ Esto implicó representar los derechos de los trabajadores con la creación de la Seguridad Social: Anastasio Somoza estableció una versión local y tardía del *New Deal* de Roosevelt. Después de asentar las bases del régimen en principios fascistas, se acercó al movimiento obrero de la época para vincularse a los grupos ideológicamente cercanos al socialismo. En este sentido, se redactó un Código de Trabajo que nunca se aplicó y un seguro social calificado por Ferrero Blanco como raquítico, inútil y sólo existente sobre papel.¹⁰⁹ Sin embargo, la dictadura siguió empleando métodos de represión con las organizaciones y sectores que no eran afines a ella, lo que años después tuvo como consecuencia la creación de una organización política que consiguió derrocarla

En los años posteriores se desarrollaron las capacidades institucionales del INSS, pero de manera limitada y a una velocidad significativamente lenta. Por ejemplo, en cuanto a la infraestructura para la cobertura de las necesidades de salud, llama la atención que el primer hospital del INSS fuera puesto en operación *siete años después* —1964— de haberse constituido el instituto (además, este hospital sólo pudo proveer servicios médicos por menos de una década, pues el edificio se derrumbó como consecuencia de su incapacidad de resistir el

rios colectivos", en De la Garza (ed.), *Los sindicatos frente a los procesos de transición política*, CLACSO, Buenos Aires, 2001.

¹⁰⁶ Mesa-Lago *et al.*, *op. cit.*

¹⁰⁷ Según Ferrero Blanco, los fundamentos del régimen de Somoza son, precisamente, una relación interdependiente con Estados Unidos, la guardia nacional y permitir la existencia de una oposición legal. Véase María Dolores Ferrero Blanco, *La Nicaragua de los Somoza: 1936-1979*, Servicio de Publicaciones de la Universidad de Huelva, 2016.

¹⁰⁸ A diferencia de otras dictaduras implantadas en Sudamérica con el apoyo de Estados Unidos, en Nicaragua se intentó implantar una "dictadura con apariencia democrática", basada en el otorgamiento de derechos constitucionales (aunque éstos se pudieran cambiar cuando se quisiera) y en la celebración de elecciones (aunque éstas fueran fraudulentas). Ferrero Blanco, *La Nicaragua...*, *op. cit.*

¹⁰⁹ *Ibid.*

“En Nicaragua, la magnitud de los sectores obreros, de trabajadores de servicios y otros fue siempre bastante menor en comparación con otros países de la región, el tamaño de las “clientelas” fue también más pequeño y manejable. Esto es relevante para entender el hecho de que el INSS pudiera funcionar de una manera bastante integrada, pues —como se explicó en la sección previa— sólo pequeños grupos de la población llegaron a contar con regímenes de protección antes de la creación del Instituto.”

terremoto que azotó a la ciudad de Managua en 1972).

De esta manera, el INSS se desarrolló durante las dos décadas siguientes con base en un sistema de pensiones contributivas que, según datos de Antón Pérez,¹¹⁰ a fines de los años setenta sólo llegó a cubrir al 20 % de la PEA.

Adicionalmente, información de Roger Sánchez señala que en la última etapa de la dictadura somocista el INSS se encontraba con recursos económicos muy precarios, que no alcanzaban ni siquiera para cubrir la plantilla del personal, y que, en ese contexto, se realizaron transferencias del instituto al partido gobernante justo antes de que triunfara la revolución popular sandinista, por lo que el gobierno revolucionario tuvo que recurrir a un préstamo del Banco Central para poder mantener sus operaciones más básicas.¹¹¹

En los últimos años de la dictadura, se fue desarrollando una oposición cada vez más grande, que se manifestaba en contra tanto

de los mecanismos de represión del gobierno, como de los límites de las concesiones sociales otorgadas en el sistema de seguridad social. Por un lado, la dictadura permitió la existencia de una oposición legal, representada por el Partido Conservador, que consiguió múltiples pactos que les permitieron mantener cuotas de poder. Pero, por otro lado, se desarrolló una oposición ilegal, encabezada por el sindicalismo reivindicativo de demandas salariales y laborales, que posteriormente se comenzaría a organizar en un partido socialista que amplió las demandas centralmente económicas en demandas políticas y del que nacería el FSLN.¹¹²

En 1979, tras el triunfo de la revolución sandinista, el INSS se reorganizó de forma integral, transfiriendo todos los servicios de salud, que anteriormente eran suministrados por proveedores privados, al Ministerio de Salud a través de la creación del Sistema Nacional Único de Salud (SNUS). De esta manera, la población que con anterioridad era atendida a través de diferentes

¹¹⁰ José Ignacio Antón Pérez, “La Reforma de la seguridad social en Nicaragua: una propuesta de pensión no contributiva”, *Cuadernos PROLAM/USP* año 6, vol. 1, 2007, pp. 37-66.

¹¹¹ Roger José Sánchez Paniagua, *De la propuesta de reforma al sistema de pensiones de la seguridad social en Nicaragua*, Tesis, Universidad Centroamericana (UCA), Managua, 2012.

¹¹² Ferrero Blanco, *La Nicaragua...*, op. cit.

programas privados, pasó a ser atendida en dicho sistema como el resto de la población; es el caso de los servicios de Enfermedad y Maternidad (EM).

Es importante abundar en esto puesto que los sistemas únicos son uno de los dos grandes paradigmas que han orientado las reformas en salud de las últimas décadas. Además, los sistemas únicos suelen relacionarse con el modelo de atención primaria de la salud y con los postulados de la declaración de Alma Ata (1978), que, por la fecha, pudo influir en la creación del SNUS. En cuanto a la cobertura, esto trajo un incremento significativo, pues ésta siempre se limitó a una parte muy reducida de la población, sin transformaciones ni ampliaciones importantes hasta 1979, con el triunfo del FSLN.

Posteriormente, en 1982, el INSS absorbió las funciones del Ministerio de Bienestar Social, y pasó a denominarse Instituto Nicaragüense de Seguridad Social y Bienestar (INSSBI),¹⁴³ incorporando a sus atribuciones una docena de programas no contributivos que se habían empezado a implementar desde 1979. Estos programas de Bienestar Social tenían como población objetivo a los sectores no asegurados que se encontraban en estado de necesidad o vulnerabilidad.

Bajo esta nueva estructura se desarrollaron los programas de atención a la niñez, rehabilitación integral (atención a las personas con discapacidad), protección a la vejez, orientación y protección familiar.¹⁴⁴

Entre otros, los programas que se incorporaron al seguro social fueron: Atención a la niñez: implementación de Centros de Desarrollo Infantil (CDI) a cargo del Centro Tutelar del Menor, e intervención en situaciones de maltrato y abandono de menores y adopción en general; Rehabilitación

integral: desarrollo de programas para proporcionar a las personas con discapacidad los medios adecuados para desarrollar sus potencialidades; Orientación y protección familiar.

Sin embargo, para el periodo de 1985-1989, la economía nicaragüense cayó en una etapa de recesión, como consecuencia de los efectos nocivos de la guerra civil y del embargo económico impuesto por Estados Unidos entre 1985 y 1990.

Bajo el gobierno sandinista, de 1979 a 1990, los cambios implementados en el sistema de seguridad social nicaragüense respondieron a una narrativa crítica con respecto a lo realizado en la época anterior, en la que se formó un incipiente Estado social sobre la base del corporativismo autoritario de la dictadura. En este sentido, se señalaban las limitaciones del entramado institucional y de la cobertura de la seguridad social, puesto que se consideraba que eran precarios y que excluían a la mayoría de la población.

Estas líneas ideológicas condujeron a transformaciones significativas del sistema de seguridad social. Por un lado, desde 1979 y hasta fines de 1993, con el establecimiento del Sistema Nacional Unificado de Salud (SNUS), a cargo del Ministerio de Salud (MINSAL), y al cual se traspasó la infraestructura del INSS; por el otro lado, en 1982, con la creación del Seguro Facultativo y la reestructuración del INSS a INSSBI. Se amplió la cobertura a trabajadores que percibían u obtenían remuneración por un trabajo o servicio prestado a otro, cualquiera que fuera la naturaleza jurídica del mismo; a integrantes o beneficiarios de los programas de la Reforma Agraria; a miembros de cooperativas de producción y a miembros de asociaciones gremiales e independientes organizados.

¹⁴³ A partir de la nueva Ley (Decreto No. 974) y Reglamento (Decreto No. 975) de Seguridad Social.

¹⁴⁴ En este primer quinquenio (1979-1984) el PIB real se incrementó en un 4.5 % y un 5.4 % en 1980 y 1981, respectivamente, y el desempleo abierto disminuyó del 28.4 % al 5 % en 1979-1980. Pero a partir de 1982 ocurrieron tasas de crecimiento negativas del PIB, excepto en el año 1983, que alcanzó un crecimiento del 4.6%. Mesa-Lago *et al.*, *La Seguridad Social en Nicaragua...*, *op. cit.*

“Estas líneas ideológicas condujeron a transformaciones significativas del sistema de seguridad social. Por un lado, desde 1979 y hasta fines de 1993, con el establecimiento del Sistema Nacional Unificado de Salud (SNUS), a cargo del Ministerio de Salud (MINSA), y al cual se traspasó la infraestructura del INSS; por el otro lado, en 1982, con la creación del Seguro Facultativo y la reestructuración del INSS a INSSBI. Se amplió la cobertura a trabajadores que percibían u obtenían remuneración por un trabajo o servicio prestado a otro, cualquiera que fuera la naturaleza jurídica del mismo; a integrantes o beneficiarios de los programas de la Reforma Agraria; a miembros de cooperativas de producción y a miembros de asociaciones gremiales e independientes organizados.”

A pesar de las críticas que el sandinismo formuló al corporativismo autoritario desarrollado en la dictadura, terminó instrumentando nuevos mecanismos corporativos para la construcción de su legitimidad. Esto queda claro en la manera en la que trató la *cuestión campesina*. Desde la victoria de la revolución, el movimiento se propuso dismantlar la estructura somocista que había utilizado el campo como su propiedad. Así, una de las primeras acciones fue la implementación de una reforma agraria que liquidara el latifundio, modernizara la producción, mejorara los servicios rurales (como la salud) y democratizara la propiedad de la tierra. Sin embargo, en la práctica se estableció una economía agraria basada en la propiedad estatal y en cooperativas de producción, lo que llevó a la eliminación paulatina, no sólo de los grandes terratenientes, sino también de los pequeños y medianos productores

que reaccionaron en contra del sandinismo de manera violenta.¹¹⁵ En este caso, la incapacidad de considerar la complejidad del entramado de relaciones sociales, económicas, familiares y comunitarias del área rural, se debió también a una concepción muy elemental desde la que consideraba que en el campo había dos clases antagónicas en pugna; los campesinos explotados y una burguesía explotadora.

De esta manera, por lo menos en cuanto a la cuestión campesina, la democracia no sería entendida como darle bienestar a los vulnerados, sino principalmente darles conciencia de clase. Preocupó más la “toma del poder” que la generación de mecanismos de participación democrática y de redistribución de los recursos económicos, lo que, en cierto sentido, terminó por generar una nueva oligarquía y una nueva contrarrevolución.

¹¹⁵ “A pesar de la democratización de la tierra, los niveles productivos de la década anterior jamás serían alcanzados, y la transformación de la estructura tradicional de tenencia de la tierra durante la revolución dio lugar al abierto rechazo de las medidas por los sectores más tradicionales. Una revolución siempre tiene como correlato una contrarrevolución, en el caso de la sandinista fueron los grandes cambios en la propiedad de la tierra la causa principal del levantamiento contrarrevolucionario”, Rueda Estrada, *op. cit.*, p. 22.

Tabla 49. Legislación relacionada con el desarrollo de la seguridad social en Nicaragua, cronología de procesos clave, 1979-1984

Año	Descripción	Comentarios
1979	Se crea el Sistema Único de Salud (SNUS), a cargo del Ministerio de Salud	Tras el triunfo de la Revolución Sandinista los hospitales y demás establecimientos destinados a la atención médica del seguro social, de la Junta Nacional y de las Juntas Locales de Asistencia Social pasaron a ser propiedad del Estado, administrados por el Ministerio de Salud.
1982	Reestructuración del INSS, Decreto 974 (11 de febrero)	Se amplió la cobertura a: Trabajadores que percibían u obtenían remuneración por un trabajo o servicio prestado a otro, cualquiera que fuera la naturaleza jurídica del servicio prestado; Integrantes o beneficiarios de los programas de la Reforma Agraria; Miembros de cooperativas de producción; Miembros de asociaciones gremiales e independientes organizados.
1982	Creación del Seguro Facultativo	Adicionalmente, como parte de la Reestructuración, se aprobó un seguro facultativo o voluntario para: Profesionales, artesanos y trabajadores independientes o por cuenta propia, mientras no se hubieran incorporado al Régimen obligatorio; Personas que hubieran dejado de estar sujetas a los regímenes obligatorios; Dueños de propiedades agrícolas y demás empleadores que desearan hacerlo.
1982	Transformación del INSS en INSSBI, Decreto 976 (23 de febrero)	Se anexan al seguro social las atribuciones del Ministerio de Bienestar (programas de bienestar social que tienen como población objetivo a las personas no aseguradas en estado de necesidad).
1984	Aprobación del Programa especial de extensión del seguro social al campo	No aplica

8.5. La etapa de las transformaciones

8.5.1. Intentos de imponer políticas neoliberales (1990-2005)

Hay diversas causas para la crisis del sandinismo y su salida del poder como resultado de las elecciones de 1990, pero se pueden anotar dos factores que fueron fundamentales, ambos relacionados con la influencia del gobierno de Estados Unidos.¹¹⁶ En primer lugar, el embargo económico que este país le impuso en la segunda mitad de los ochenta; en segundo lugar, la guerra civil propiciada por grupos locales de oposición ultraconservadores (*la Contra*). Otro elemento importante fue la errática política económica, basada en el incremento del déficit y el endeudamiento interno, que condujo a altos niveles de desempleo e inflación.¹¹⁷

A su vez, las limitaciones presupuestarias del gobierno se tradujeron en una falta de capacidad económica para desarrollar programas de protección y seguridad social. Esta pérdida de la capacidad de administrar el patrimonio del Estado social sandinista, en combinación con la persistencia de los viejos linajes en el control de sectores económicos y medios de comunicación importantes (tanto sandinistas como antisandinistas),¹¹⁸ originó

¹¹⁶ Mesa-Lago *et al.*, *op. cit.*, p. 11.

¹¹⁷ *Idem.*

¹¹⁸ En este sentido, "la situación de los tres periódicos que se publicaban en Nicaragua en esta época sintetiza mejor que nada esta estrecha red familiar por



que la protesta de la sociedad nicaragüense tomara la forma de un "voto de castigo". Uno que miraba hacia el pasado, cuando las relaciones interdependientes con Estados Unidos permitían el desarrollo de un incipiente Estado social. Así, tras la pérdida de las elecciones de 1990, el sandinismo entró en un periodo de franco derrumbe.

Durante su presidencia, Violeta Barrios Chamorro (1990-1997) impulsó una agenda neoliberal que, como en otras partes de la región latinoamericana, trajo cambios profundos al sistema económico y a la política social. El objetivo era contener el déficit fiscal, el gasto y tamaño del sector público; abrir el sistema financiero y facilitar el libre comercio y la descentralización de los servicios públicos. De esta manera, se implementó el primer Mecanismo de ajuste Estructural Mejorado, con la asesoría del Banco Mundial y el Fondo Monetario Internacional.

Así, a partir de 1990, se tomaron medidas para permitir la operación de los bancos privados y se comenzó a implementar una política económica de corte neoliberal, que partió de una reforma monetaria: en mayo de 1990, el Banco Central devaluó en 100 % y 50 % las tasas de cambio del mercado paralelo y oficial, respectivamente, con el objetivo de reducir la sobrevaluación con respecto al dólar.¹¹⁹ Sin embargo, este proceso de devaluación sucesiva¹²⁰ provocó un aceleramiento de la inflación y un aumento del déficit del gobierno, el cual llegó a un 20.2 % del PIB, lo que, a su vez, contribuyó al proceso inflacionario. Además, la tasa de desempleo aumentó de un 8.4 % en 1989 a un 11.1 % en 1990, como resultado de

la introducción de un programa para la reducción del empleo tanto en el gobierno central como en las empresas estatales y públicas (llamado programa de "reconversión ocupacional" del Área Propiedad del Pueblo [APP]).¹²¹ En resumen, más que resolver la crisis económica que padecía el país desde la segunda mitad de los ochenta, el programa de Barrios Chamorro no hizo más que profundizarla.

En materia de seguridad social, el nuevo gobierno revirtió la reorganización del sistema y arrasó con los avances de la política de salud instrumentada por el sandinismo. Así, en 1993 se dio entrada a intereses privados en la provisión de servicios sanitarios mediante la creación de las Empresas Médicas Previsionales (EMP). Aunque este tipo de organizaciones podían ser públicas o privadas, de 27 EMP que se habían establecido hasta 1996, sólo dos eran públicas.¹²² Además, el establecimiento de estos nuevos entes en el sistema de salud se dio con meros acuerdos ministeriales y sin modificar la legislación vigente para permitir su operación.¹²³ Con este cambio, se separó la provisión, que quedó a cargo de las EMP, de la rectoría, que pasó a ser tarea del Estado.

Posteriormente, el gobierno procedió a dismantelar el INSSBI y a crear, en 1995, el Fondo Nicaragüense de la Niñez y la Familia (FONIF) como un ente autónomo del Estado que se encargaría de promover y atender los programas y proyectos de bienestar social. Además, administraría los recursos para programas y proyectos ejecutados por el Fondo y por las organizaciones no gubernamentales y de la sociedad civil, en línea con el

encima de las identidades partidarias: *Barricada* (órgano oficial del FSLN), *El Nuevo Diario* (de clara afinidad sandinista) y *La Prensa* (vocero de la oposición antisandinista más recalcitrante) eran dirigidos respectivamente por Carlos Fernando Chamorro Barrios (hijo de Pedro Joaquín Chamorro Cardenal y Violeta Barrios de Chamorro), Xavier Chamorro Cardenal (hermano de Pedro Joaquín y su socio en BANIC y cuñado de Violeta), y por Pedro Chamorro Barrios (hermano de Carlos Fernando y sobrino de Xavier), y posteriormente, por Cristiana Chamorro Barrios, hermana de Pedro y de Carlos Fernando", C. M. Vilas cit. en Pérez Márquez, *op. cit.*, p. 26.

¹¹⁹ Mesa-Lago, *et al.*, p. 13.

¹²⁰ Se ajustaron gradualmente ambas tasas hasta lograr su virtual unificación en agosto de 1990 con la introducción del "Córdoba Oro", como unidad monetaria con una paridad de 1 a 1 con el dólar. Véase Mesa-Lago *et al.*, *op. cit.*

¹²¹ *Ibid.*, p. 15.

¹²² Mesa Lago, *op. cit.*, p. 20.

¹²³ Julio Francisco Báez Cortés, "La Seguridad Social en Nicaragua. Diagnóstico y recomendaciones...", *op. cit.*

modelo de Fondos de Inversión Social, promovidos por el Banco Mundial (ver Capítulo 2). De esta manera, las prestaciones contributivas de la seguridad social volvieron a quedar separadas de los programas no contributivos y se reinstuyó el INSS,¹²⁴ con el consecuente incremento de la fragmentación del sistema.

Así, se estableció una estructura dual del sistema, similar a la de otros países, en la que las personas con empleo formal acceden a prestaciones contributivas, que regularmente ofrecen mejores niveles de protección, y las personas en condición de pobreza o vulnerabilidad pueden acceder a programas focalizados, con niveles mínimos de protección y financiados con contribuciones indirectas.

También a mediados de los noventa comenzó a discutirse la posibilidad de una reforma al sistema de pensiones. Un estudio de la época estimaba que el sistema ocupaba el octavo lugar en costos, pero el decimoséptimo en cobertura, y que ya para 1995 los gastos del sistema superaban los ingresos, por lo que en el mediano plazo sería insostenible.¹²⁵ Así pues, el gobierno encargó diversos estudios sobre las opciones de transformación, entre los que destacan los elaborados por:

- 1) La OIT en colaboración con la AISS y la CISS, que recomendaba reformar el sistema existente para hacerlo sostenible.
- 2) Julio Bustamante (quien se desempeñó toda la década como superintendente del sistema de pensiones chileno), el cual proponía la sustitución gradual del modelo vigente por uno de capitalización individual.
- 3) Carmelo Mesa-Lago, que proponía un modelo mixto, con un componente de capitalización colectiva y uno individual.¹²⁶

En 2000, la coalición gobernante aprobó la Ley del Sistema de Ahorro para Pensiones (Ley 340), que en buena medida adoptó las recomendaciones de Bustamante para sustituir el sistema público de reparto por uno privado y de capitalización individual, en el que el Estado se encargaría únicamente de la vigilancia y regulación, mientras que la prestación de servicios quedaba principalmente a cargo de las Administradoras de Fondos de Pensiones (AFP). Este cambio contó con el respaldo del Consejo Superior de la Empresa Privada (Cosep) y de algunas organizaciones obreras oficialistas, pero se opusieron la Central Sandinista de Trabajadores y la Coordinadora Civil (organización que surgió a raíz de la emergencia que provocó el huracán Mitch y buscaba coordinar los esfuerzos de las diferentes organizaciones de la sociedad civil). El proyecto se aprobó en marzo de 2000 y contó con 47 votos a favor y 7 abstenciones del sandinismo.¹²⁷

Al año siguiente, en 2001, se expidió la Ley Orgánica de la Superintendencia de Pensiones (Ley 388), que creó los mecanismos de vigilancia para la operación del recién impuesto Sistema Obligatorio de Capitalización Individual. Sin embargo, a pesar de su aprobación, nunca se implementó,¹²⁸ como consecuencia de un cambio en las orientaciones emitidas por el Banco Mundial, que reconoció haberse equivocado al recomendar, en primer lugar, la privatización del sistema de pensiones en el país.

Este giro se encuentra detallado en un informe del BM donde se analiza el alcance de las políticas privatizadoras desarrolladas en América Latina y el Caribe (que fueron un resultado directo de su publicación *Envejecimiento sin crisis: políticas para la protección de los ancianos y la promoción del crecimiento*, Washington D. C., de 1994).

¹²⁴ Mesa-Lago *et al.*, *op. cit.*

¹²⁵ *Ibid.*, pp. 75-77.

¹²⁶ Para un análisis de las diferentes propuestas, véase Karlos Navarro Medal, *op. cit.*

¹²⁷ *Ibid.*, p. 287.

¹²⁸ Aunque no fue implementada, según datos de Navarro Medal, *op. cit.*, los gastos en consultorías, evaluaciones, estudios y viajes a Chile rondaron entre 12 millones USD y 14 millones USD.



Ahí se afirma que en el momento de promulgar las reformas Nicaragua no tenía un sector financiero suficientemente desarrollado y que

si bien la ayuda ofrecida por el Banco a través del dialogo sobre políticas, créditos o préstamos [...] fue muy inferior a la que otorgó a países que habían emprendido reformas anteriormente, como Perú y Argentina, el Banco no desalentó este último conjunto de reformas por deficiencias del sector financiero.¹²⁹

Sin embargo, en el mismo texto, esta institución reconoce que fue necesario dar marcha atrás en ese proceso: “En Nicaragua, la reforma se suspendió con el tiempo, siguiendo las orientaciones del Banco, ya que análisis posteriores revelaron que el país no estaba preparado para una empresa tan ambiciosa.”¹³⁰

Más adelante, abundan al afirmar que “en algunos países, por ejemplo, en Perú y Nicaragua, el Banco no evaluó las necesidades de los ancianos antes de respaldar las reformas”.¹³¹ Y, finalmente, reconocen que, “si bien en Nicaragua se decidió dejar en suspenso la reforma, la decisión inicial de

ponerla en marcha no fue muy acertada, dada su considerable dependencia de la asistencia de los donantes.”¹³²

Así pues, fue en seguimiento de estas nuevas orientaciones del Banco Mundial que las leyes privatizadoras del sistema de pensiones (Ley 340 y Ley 388) nunca se aplicaron, y también que, en 2004, se suspendiera la Ley 340.

En 2005, en un contexto de ingobernabilidad originado por un conflicto entre el Legislativo y el Ejecutivo, se emprendieron distintos cambios legales al sistema de seguridad social. El principal de ellos fue la aprobación de un nuevo marco regulatorio para el sistema, la Ley 539 de mayo de ese año, la cual nunca se llegó a aplicar, debido a la publicación, en octubre, de la Ley Marco para la Estabilidad y Gobernabilidad del País (Ley 558). Otro cambio fue la aprobación de la Ley 568 en noviembre, con la que se derogaron formalmente las reformas privatizadoras establecidas en la Ley 340 (del año 2000) y la Ley 388 (de 2001). Este proceso político es complejo, pero central en la configuración del sistema de seguridad social actual, por lo que se analiza en el apartado siguiente.

¹²⁹ Banco Mundial, *Reforma y reestructuración de los sistemas de pensiones. Evaluación de la asistencia prestada por el Banco Mundial*, Washington D. C., 2006, p. 25. Disponible en <http://documents1.worldbank.org/curated/es/293631468339012872/pdf/355210PUB0SPAN1sions1evaluation1esp.pdf>

¹³⁰ *Idem*.

¹³¹ Banco Mundial, *op. cit.*, p. 29.

¹³² *Ibid.*, p. 134.

Tabla 50. Legislación relacionada con el desarrollo de la seguridad social en Nicaragua, cronología de procesos clave, 1990-2005

Año	Descripción	Comentarios
1993	Implementación (de facto) de un nuevo esquema de Previsión Social	Cambios en la operación de los modelos de atención, convirtiendo al Estado en un ente regulador, sobre todo en lo que tuvo que ver con los servicios de salud (separación de la función administradora/financiadora de la función prestadora) estableciendo relaciones contractuales con Empresas Médicas Provisionales públicas y privadas para el otorgamiento de las prestaciones sanitarias a los derechohabientes.
1995	Transformación del INSSBI en INSS, Decreto 1-95 de la Presidencia de la República.	Se dividen las áreas de seguridad social y bienestar social, creándose el Fondo Nicaragüense de la Niñez y la Familia (FONIF), que atendería los programas de Bienestar Social y Desarrollo Humano y el INSSBI retorna a su denominación original de INSS, siendo su único propósito brindar protección a los trabajadores asegurados
2000	Ley del Sistema de Ahorro para Pensiones (Ley 340).	Imposición de Sistema Obligatorio de Capitalización Individual
2001	Ley Orgánica de la Superintendencia de Pensiones (Ley 388)	No Aplica
2004	Suspensión de la Ley 340	Suspensión del Sistema Obligatorio de Capitalización Individual como resultado de varios análisis de impacto financiero, formulados por expertos nacionales y organismos internacionales
2005	Ley de Seguridad Social (Ley 539)	Establecida el 12 de mayo y suspendida el 20 de octubre del mismo año, por lo que se retoma la Ley 974 de 1982.
2005	Ley de Derogación de las leyes 340 y 388 (Ley 568)	Cesa sus funciones la Superintendencia de Pensiones, creada para normar y regular el modelo de pensiones de cuentas individuales

8.5.2. La crisis política y la privatización fallida

Enrique Bolaños es un empresario con presencia política a partir de 1979, cuando comenzó a desempeñar puestos de dirección al frente de diferentes cámaras de la industria agropecuaria, oponiéndose a la reforma agraria sandinista. En 2001 ganó la elección presidencial como candidato del Partido Liberal Constitucionalista (PLC), escisión del PLN del dictador Anastasio Somoza García, y el 10 de enero de 2002 tomó posesión como presidente. Sin embargo, inmediatamente después se separó del PLC e intentó formar otro partido político, lo que tendría consecuencias importantes en la estabilidad política al final de su mandato.

En seguimiento al cambio de orientaciones del BM, se decidió no aplicar el contenido de las leyes privatizadoras del sistema de pensiones (Ley 340 y Ley 388). La administración de Bolaños hizo formal la suspensión en 2004, argumentando que ponía “en peligro la estabilidad macroeconómica del país, al causar un déficit insostenible para el Estado; las alternativas de financiamiento propuestas son insuficientes para cubrir el déficit; y genera desigualdad social, al obligar a la población a asumir costos de transición que beneficiar solamente al sector laboral formal del país.”¹³³

En 2005 estalló una crisis de gobernabilidad en el país, debido a la confrontación entre el Poder Ejecutivo y una Asamblea Nacional dominada por el PLC, con 43 diputados, y el FSLN, con 38, de un total de 91. Ésta se originó en un acuerdo, a finales de 2004, entre los dos partidos mayoritarios para modificar la Constitución y restringir el poder de veto del presidente.¹³⁴

Con esta capacidad ampliada para hacer modificaciones legales, la Asamblea aprobó en mayo de 2005 una nueva ley de seguridad social, la Ley 539, que obligaba al Estado a otorgar a los asegurados mayores beneficios económicos que los contemplados en la ley de 1982. Sin embargo, no pudo entrar en vigor debido al acuerdo político con el que se solucionó la crisis de gobernabilidad, que fue el resultado de un proceso de negociaciones entre el entonces presidente Bolaños y Daniel Ortega, que era líder del FSLN, y con la mediación de José Miguel Insulza, como secretario general de la OEA. Este acuerdo se plasmó en la Ley Marco para la Estabilidad y Gobernabilidad del país (Ley 558), de octubre de 2005. Con esto, se suspendió la aplicación de los cambios aprobados por la Asamblea al marco regulatorio de la seguridad social, al menos hasta que el nuevo gobierno tomara posesión en enero de 2007.

Para terminar de formalizar la reversión de las reformas, el 25 de noviembre de 2005 se aprobó la Ley 568 que implicó la derogación de la Ley 340 (Ley de Sistema de Ahorro para Pensiones) y de la Ley 388 (Ley Orgánica de la Superintendencia de Pensiones), con lo que, finalmente, se revirtió la privatización del sistema de pensiones.

De manera similar, la nueva Ley de Seguridad Social de 2005 (Ley 539), se mantuvo suspendida, hasta que la Corte Suprema de Justicia determinó declararla inconstitucional en su sentencia número 1, del 10 de enero de 2008, misma en la que se declaró también la inconstitucionalidad de la Ley Marco (Ley 558). De manera que la Ley 974, de 1982, se verificó como la Ley de Seguridad Social aplicable, por lo que ésta sigue siendo la ley vigente en la materia.

¹³³ Considerando III de la Ley 568. *Ley de Derogación de la Ley 340, Ley de Sistema de Ahorro para Pensiones y Ley 388, Ley Orgánica de la Superintendencia de Pensiones*, 2005. Disponible en <http://legislacion.asamblea.gob.ni/normaweb.nsf/3133c-0d121ea3897062568a1005e0f89/c15a3625394948b40625755b0075e5b6?OpenDocument>, en el que se explican las razones de la suspensión de la Ley en 2004 y se justifica su derogación en 2005.

¹³⁴ La reforma también amplió las facultades de Legislativo para controlar al Ejecutivo mediante la vigilancia de los titulares de los ministerios. *Ley 520. Ley de Reforma Parcial a la Constitución Política de la República de Nicaragua*, 2005. Disponible en [http://legislacion.asamblea.gob.ni/SILEG/Gacetan.nsf/15a7e7ceb5efa9c6062576eb0060b321/beecf4ef2cb508e106257fe-6004f6001/\\$FILE/2005-01-13-%20G-%20Ley%20No.%20520,%20Ley%20de%20reforma%20parcial%20a%20la%20Constituci%C3%B3n%20Pol%C3%ADtica%20de%20Nicaragua.pdf](http://legislacion.asamblea.gob.ni/SILEG/Gacetan.nsf/15a7e7ceb5efa9c6062576eb0060b321/beecf4ef2cb508e106257fe-6004f6001/$FILE/2005-01-13-%20G-%20Ley%20No.%20520,%20Ley%20de%20reforma%20parcial%20a%20la%20Constituci%C3%B3n%20Pol%C3%ADtica%20de%20Nicaragua.pdf)

Tabla 51. Cronología de las leyes de seguridad social y las relacionadas con sus derogaciones

Nombre de la ley	Aprobada	Publicada en la Gaceta	Descripción
Ley Orgánica de Seguridad Social (1955)	11 de noviembre de 1955	2 de enero de 1956*	Determina la creación del INSS
Ley 974. Ley de Seguridad Social (1982)	11 de febrero de 1982	1 de marzo de 1982	Ley de Seguridad Social Vigente
Ley 975. Reglamento General de la Ley de Seguridad Social	11 de febrero de 1982	1 de marzo de 1982	Reglamento vigente, con modificaciones por las reformas de 2019
Ley 976. Ley de Anexión al I.N.S.S. de las atribuciones del Ministerio de Bienestar Social	23 de febrero de 1982	5 de marzo de 1982	Transformación del INSS en INSSBI
Decreto 1-95 de la Presidencia de la República.	10 de enero de 1995	10 de enero de 1995	Transformación del INSSBI en INSS / Creación del FONIF
Ley 539. Ley de Seguridad Social (2005)	12 de mayo de 2005	20 de noviembre de 2006	A partir de la crisis de 2005, FSLN y PLC acuerdan la Ley 539, la cual obligaba el otorgamiento de importantes beneficios económicos para los asegurados. / Esta Ley fue suspendida por la Ley 558.
Ley 558. Ley Marco para la Estabilidad y Gobernabilidad del País	19 de octubre de 2005	20 de octubre de 2005	Suspende la Ley 539 (Ley de Seguridad Social de 2005) hasta el 20 de enero de 2007 y establece que las nuevas autoridades electas en el 2006, Presidente de la República y Asamblea Nacional, tendrán las facultades de aceptar o rechazar estas leyes antes de o hasta la fecha señalada.
Ley 568. Ley de Derogación de la Ley 340, Ley de Sistema de Ahorro para Pensiones y Ley 388, Ley Orgánica de la Superintendencia de Pensiones	25 de noviembre de 2005	6 de enero de 2006	Derogación de la Ley 340, "Ley del Sistema de Ahorro para Pensiones", publicada en La Gaceta, el 11 y 12 de abril de 2000, y la Ley 388, "Ley Orgánica de la Superintendencia de Pensiones", publicada en La Gaceta, el 8 de mayo de 2001.
Sentencia N° 1 del 10 de enero del 2008	10 de enero del 2008	10 de enero del 2008	La Ley 558 (Ley Marco) y la Ley 539 (Ley de Seguridad Social) son Declaradas como Inconstitucionales por la Corte Suprema de Justicia / Se verifica la Ley 974 de 1982 como la ley vigente.

Nota: *La Ley Orgánica de Seguridad Social, acordada el 11 de noviembre de 1955 y publicada en gaceta el 2 de enero de 1956, establece en su artículo transitorio 153 que, "la presente ley, empezará a regir desde la fecha de su publicación en La Gaceta, Diario Oficial; pero la obligación de pagar las contribuciones por parte de los patronos y los asegurados y el derecho de éstos a reclamar las prestaciones del Seguro Social, no entrarán en vigor antes del 1° de Julio de 1956." Sin embargo, el INSS no comenzó a operar sino a partir de 1957.

Fuente: Elaboración propia a partir de la revisión de las propias leyes.

A pesar de que no se logró la implantación de la agenda neoliberal en el ámbito de las pensiones, el sistema de salud siguió funcionando con base en la provisión de servicios a cargo principalmente de empresas privadas con fines de lucro, las EMP. Además, el gobierno Bolaños mostró interés en reformar el sistema de seguridad social para garantizar su sostenibilidad financiera, por lo que se emprendió un diagnóstico actuarial sobre el funcionamiento del INSS.

Así, en 2005 se presentó el Informe final de Consultoría Actuarial,¹³⁵ en el que se argumentó que la estructura de mercado y la precarización salarial restringían los ingresos del Instituto. Además, se estimaba que ante el envejecimiento poblacional que ocurriría en las siguientes décadas subirían notablemente los costos del seguro de Enfermedad y Maternidad, incluso más que los del IVM. También, apuntaba dificultades para ampliar la cobertura de servicios a patologías complejas, como cardíacas, vasculares, neurológicas, cáncer, insuficiencia renal, entre otras. Es por esta razón que, hasta antes de 2006, esas patologías estuvieron excluidas de los servicios de salud del INSS, pero en los años posteriores se comenzaron a dar a los contribuyentes y pensionados. De hecho, el sistema de salud, entre 2002 y 2007, operó con base en el Paquete Básico de Servicios de Salud (PBSS), establecido en la Ley General de Salud (Ley 423), pero el mismo, según Muiser, nunca llegó a implantarse de forma integral en la práctica.¹³⁶

Otro factor que presionaba las finanzas del INSS eran los altos niveles de opacidad y actos de corrupción que se cometieron desde 1990.¹³⁷

Esto no sólo repercutió en la situación financiera, sino que también afectó la funcionalidad y credibilidad del Instituto.

El retorno de Daniel Ortega a la presidencia en 2007, ahora por la vía electoral, dio pie a la reorganización del sistema de seguridad social. Los cambios estuvieron centrados en el regreso de la rectoría del Instituto sobre funciones que en los gobiernos anteriores habían sido conferidas a instituciones privadas, como el caso de la distribución y pago de cheques para los pensionados (los bancos cobraban una comisión de aproximadamente 30 centavos de dólar por cada cheque cobrado).

8.5.3. El impulso sandinista: entre la ampliación y la sostenibilidad

8.5.3.1. El crecimiento del gasto en salud

Como se mostró en la segunda sección de este capítulo, el gasto del gobierno en salud se incrementó de manera muy notable entre los años 2007 y 2017 (ver la Gráfica 119). Entre 2000 y 2006, se mantuvo cercano al 2.6 % del PIB, pero a partir de ahí fue creciendo hasta llegar al 5 % en 2017, lo que situó a Nicaragua como el sexto más alto en este rubro de los países comparados del continente (ver la Gráfica 120),¹³⁸ a pesar de ser uno de los países más pobres. Este cambio también se comprueba en la composición del gasto gubernamental. Así, de representar el 38 % del gasto social en 2007, para 2013 ya concentraba el 52 %.¹³⁹

¹³⁵ INSS, *Informe final de Consultoría Actuarial, Cálculo de Certificado de Traspaso, Costos específicos de coberturas de Riesgos Profesionales, de Invalidez, Vejez y Muerte, fondo de reserva de contingencia (prestación médica a jubilados) y otros*, 2005.

¹³⁶ Jorine Muiser et al., "Sistema de salud de Nicaragua", *Salud Pública de México*, núm. 53, enero de 2011, Instituto Nacional de Salud Pública, Ciudad de México. Disponible en http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0036-36342011000800018&lng=es&nrm=iso&tlng=es

¹³⁷ Véase Julio Francisco Báez Cortés, "La seguridad social en Nicaragua. Diagnóstico y recomendaciones para su reforma. Presentación", en Carmelo Mesa-Lago (ed.), *La Seguridad Social en Nicaragua...*, op. cit.

¹³⁸ Sólo se encuentra por debajo de Estados Unidos, Canadá, Argentina, Uruguay y Costa Rica, pero su gasto en salud está muy por encima que el realizado por otros países, como Guatemala (2.1 %), República Dominicana y México (2.8 %).

¹³⁹ Banco Mundial, *Nicaragua: Estudio de gasto público social y sus instituciones*, Washington D. C., 2016, p. 54.

El incremento se debió a la reorientación de la política en la materia, con la publicación de la Política Nacional de Salud en 2008. Este cambio se justificó a través de un diagnóstico del MINSA, con el análisis de cifras de la OPS para 2005 y 2007, en el que se subrayó la existencia de una enorme inequidad en el financiamiento de la salud. Particularmente, se señaló que el 45 % del gasto en salud provenía de los hogares, y que el 58 % de la población estaba excluida del sistema.¹⁴⁰ El Ministerio argumentaba que estos problemas se relacionaban con los altos niveles de pobreza en el país y a una inequitativa distribución de los recursos,¹⁴¹ de manera que los servicios de salud no llegaban o lo hacían de forma muy raquítica a ciertas regiones rurales del país.¹⁴² La nueva política apuntó como una prioridad para el gobierno el aumento en la inversión, toda vez que las administraciones anteriores habían privilegiado a la población de los quintiles más ricos, sobre todo, a través de la privatización de los servicios de salud en las unidades del MINSA.

A raíz de esto, se modificó sustancialmente la provisión de servicios mediante la sustitución de las EMP por dos organismos. Por una parte, se formaron las Clínicas Médicas Previsionales (CMP), que es una empresa estatal adscrita al MINSA que provee servicios médicos gratuitos a la población, pero con autonomía administrativa y financiera. Su creación fue financiada por fondos propios del

MINSA.¹⁴³ Por otra parte, se establecieron las Instituciones Proveedoras de Servicios de Salud (IPSS), las cuales venden sus servicios médicos al INSS. Dentro de las IPSS se incluyen las CMP, las empresas privadas y organizaciones sin fines de lucro.¹⁴⁴

Además, se estableció que el Estado debería garantizar el servicio gratuito y universal a los servicios de salud, equilibrando la atención curativa con las necesidades de prevención y promoción de la salud. En este sentido, un aspecto de primera importancia fue la transformación del Sistema Nacional de Salud a través del desarrollo de un nuevo Modelo de Salud Familiar y Comunitario (MOSAFC).¹⁴⁵

Los objetivos del MOSAFC son:

- 1) Construir servicios de salud eficaces, efectivos y eficientes que generen una mejora equitativa de la situación de salud de la población.
- 2) Alcanzar mayores niveles de satisfacción de los usuarios.
- 3) Alcanzar mejoras en el nivel de protección financiera. Los pilares del modelo son la prestación de servicios integrales de salud, la gestión descentralizada y desconcentrada a través de los Sistemas Locales de Atención Integral en Salud (SILAIS), y la reinstalación de la gratuidad de los servicios de salud del MINSA.

¹⁴⁰ MINSA, *Política Nacional de Salud*, Managua, 2008, p. 7.

¹⁴¹ "La pobreza extrema es mayor en las poblaciones indígenas y en municipios del Atlántico y fronterizos. La falta de acceso a los servicios de salud afecta entre el 35 % y el 40 % de la población. Las necesidades insatisfechas en salud son mayores en la Región Autónoma del Atlántico Norte (RAAN), Región Autónoma del Atlántico Sur (RAAS), Río San Juan, Jinotega y Matagalpa, esto coincide con el perfil de los más excluidos: las y los jóvenes, los campesinos, los miembros de hogares de los quintiles más pobres, los que residen en la región central y atlántica y las etnias de esta última región.", *ibid.*, p. 8.

¹⁴² "La razón de mortalidad materna presenta grandes disparidades a lo interno del país, siendo más alta en los municipios de las zonas rurales y las regiones autónomas del Atlántico, que concentran comunidades étnicas y son zonas donde la población tiene dificultad para tener acceso a las unidades de salud, posee bajos niveles de escolaridad y alto nivel de pobreza. Estos factores, asociados al analfabetismo, se vinculan con altas tasas de embarazo en adolescentes, partos atendidos principalmente en el domicilio y abortos." MINSA, *op. cit.*, p. 10.

¹⁴³ USAID, *Nicaragua: Una Alianza Modelo entre El Instituto Nicaragüense de Seguridad Social y el Ministerio de Salud*, Washington D. C., 2010.

¹⁴⁴ Jorine Muiser, María del Rocío Sáenz y Juan Luis Bermúdez, *op. cit.*

¹⁴⁵ Definido como "concepción integral y moderna de la atención en salud, con enfoque de promoción de la salud y la prevención de riesgos, dando respuesta así a la complejidad de la situación epidemiológica de la población y los determinantes de la salud, adaptando las intervenciones de salud a las características geográficas, políticas, culturales y étnicas de la población; rescatando la medicina popular y tradicional". MINSA, *op. cit.*, p. 5.

Además, se reemplazó el PBSS, que sólo se pudo implementar parcialmente entre 2002 y 2007, por el Conjunto de Prestaciones de Salud (CPS), a las que tiene acceso toda la población. De esta manera se restituyó el derecho a la salud, y se reorientó la participación ciudadana de un enfoque "utilitario" hacia uno de gestión comunitaria de la salud.¹⁴⁶

Las prestaciones a las que brinda acceso el CPS se describe detalladamente en el Manual de Organización y Funcionamiento del Sector 2008,¹⁴⁷ pero brevemente se puede mencionar que incluye acciones de promoción de la salud, prevención de enfermedades, curación y rehabilitación. Los beneficios se distinguen en tres grupos:

- a) Servicios públicos en salud (acciones de salud pública, vigilancia, fomento y promoción de la salud).
- b) Servicios de protección y prevención en salud.
- c) Servicios para la atención oportuna del daño (recuperación y rehabilitación de la salud). Además, se establece el acceso gratuito a medicamentos para toda la población.¹⁴⁸

De esta manera, la implementación del MO-S AFC fue la causa del enorme incremento del gasto de gobierno en salud y tuvo consecuencias relevantes en el crecimiento de las capacidades institucionales de Nicaragua para la atención de la salud de la población.

Para entender lo que esto ha significado para el desarrollo de las capacidades del sector salud en Nicaragua conviene detenerse en los siguientes datos: el número de doctores en medicina

“ Se estableció que el Estado debería garantizar el servicio gratuito y universal a los servicios de salud, equilibrando la atención curativa con las necesidades de prevención y promoción de la salud. En este sentido, un aspecto de primera importancia fue la transformación del Sistema Nacional de Salud a través del desarrollo de un nuevo Modelo de Salud Familiar y Comunitario. ”

en el sector público se duplicó de 2717 en 2005 a 5794 en 2015, mientras que el número de enfermeras aumentó de 2228 a 4726; un incremento de al menos el 50 % para ambos grupos durante este periodo (ver Tabla 52).¹⁴⁹ Estos aumentos tuvieron como consecuencia el mejoramiento de la relación de médicos por habitantes durante ese periodo: de 4.98 a 9.32 médicos por 10 000 habitantes, y de 4.09 a 7.60 enfermeras por 10 000 habitantes. Además, según información de Latinobarómetro, de 2007 y 2011 la satisfacción general con los hospitales se incrementó considerablemente, de 53 % a 72 %, lo que se explica sobre todo por la disposición gratuita del servicio, las pruebas y los medicamentos.¹⁵⁰

¹⁴⁶ Muiser *et al.*, *op. cit.*

¹⁴⁷ Véase MINSA, *Modelo de Salud Familiar y Comunitario. Manual de organización y funcionamiento del sector*, 2008. Disponible en <http://www.minsa.gob.ni/index.php/repository/Descargas-MINSA/Divisi%C3%B3n-General-Planificaci%C3%B3n-y-Desarrollo/Modelo-de-Salud-Familiar-Comunitaria/Manual-de-Organizaci%C3%B3n-y-Funcionamiento-del-Sector/>

¹⁴⁸ En el sector público nicaraguense los medicamentos son gratuitos. El CPS incluye una lista básica de medicamentos para el primer nivel de atención, así como un listado de métodos anticonceptivos y vacunas. El INSS también cuenta con un listado básico obligatorio de medicamentos que las IPSS deben proveer a los asegurados.

¹⁴⁹ Banco Mundial, *Nicaragua: Estudio de gasto público social y sus instituciones*, Washington D. C., 2016.

¹⁵⁰ Latinobarómetro, *Mediciones en América Latina y el Caribe sobre satisfacción de los usuarios con los servicios médicos 2007 y 2011*.

Tabla 52. Personal de salud contratado en MINSa, Nicaragua, 2005 y 2015

Personal	2005	2015	Cambio en %
Doctor en Medicina en Servicio Social	288	986	70.79
Doctor en Medicina Especialista y Sub especialista	962	2077	53.68
Doctor en Medicina Práctica General	1141	1915	40.42
Residencia de Doctor en Medicina	326	816	60.05
Totales	2717	5794	53.11
Enfermeras en Servicio Social	n. a.	468	100
Enfermera Especialista	358	1827	80.41
Enfermeras en Práctica General	1233	1864	33.85
Enfermeras con funciones de coordinación	637	567	-12.35
Totales	2228	4726	52.86
Asistentes de Enfermería	4066	3944	-3.09
Técnicos en salud	3240	4448	27.16
Dentista	246	259	5.02
Servicios administrativos y generales	9231	12951	28.72

Fuente: Banco Mundial, *Nicaragua: Estudio de gasto público social y sus instituciones*, Washington D. C., 2016.

Otro indicador que resulta ilustrativo sobre la concepción de la salud como derecho que incluye la prevención y no sólo el tratamiento de las patologías (visión asociada al modelo de salud como negocio en las administraciones anteriores) es el que tiene que ver con la asignación presupuestaria del gobierno para la compra de anticonceptivos. De 2006 a 2016 la asignación de MINSa del presupuesto total para la obtención de métodos anticonceptivos aumentó de 0.60 % en 2006 a 77.16 % en 2014.¹⁵¹

Además, entre 2006 y 2013 se duplicó la cantidad de consultas de atención médica primaria, de 8.5 millones a 16.7. Durante el mismo periodo, las consultas desde hospitales aumen-

tó un 125 % (de 1.3 millones en 2006 a 3.1 millones en 2013), mientras que las altas hospitalarias se incrementaron en un 46 %, y las cirugías efectuadas aumentaron un 120 %. Como resultado de los elementos inclusivos del modelo de atención de salud de Nicaragua, creció el uso de servicios de atención médica para el quintil más pobre de la población de 41 % en 2006 a 65 % en 2013.¹⁵²

En síntesis, la nueva política de salud del gobierno de Daniel Ortega, iniciada en 2008, provocó un incremento y una mejora notable de los servicios de salud. Como se explica a continuación, también se modificó el sistema de pensiones para ampliar la cobertura.

¹⁵¹ Banco Mundial, *Nicaragua...*, op. cit.

¹⁵² *Idem*.



8.5.3.2. Movimientos contradictorios en el sistema de pensiones

La ampliación de la cobertura

En 2013 se reformó el sistema previsional y se creó la *pensión de vejez reducida proporcional*. Esta reforma (de manera similar a lo que sucedió con las que hubo en Chile y Uruguay en 2008) buscó ampliar el acceso a esta prestación. En específico, mediante el Decreto 28-2013, emitido en julio, se reformó el Reglamento General de la Ley de Seguridad Social para permitir que las personas de 60 años que no hayan cotizado las 750 semanas para obtener un beneficio regular puedan acceder a una pensión reducida: de 2800 NIO cuando acumulan entre 601 y 749 semanas de cotización;

2000 NIO cuando son entre 451 y 600, y 1200 NIO con entre 250 y 400 semanas. Además, se estableció el derecho a que las personas puedan acceder a una pensión por invalidez si tienen menos de 60 años, han cotizado al menos 150 semanas en los últimos seis años o 250 semanas sin considerar un periodo específico.

No obstante, la solvencia financiera también era una preocupación del gobierno y a finales de 2013, mediante un acuerdo al que llegó con la Cosep, se estableció lo siguiente: "a) aumento gradual de la cotización del empleador de 7 % a 10 % entre 2014 y 2017; b) incremento del salario máximo imponible; c) pensiones mínimas ajustadas según el aumento de los salarios y ajuste de las pensiones de al menos dos salarios mínimos según la tasa de cambio C\$ por 1 US\$; d) recono-

cimiento por el gobierno de una deuda de US\$500 millones acumulados en el pago del 0.25 % a EM, a ser abonada en 50 años.¹⁵³ La negociación de estos cambios, tal como sucedió con la creación de las pensiones reducidas, se dio únicamente entre el gobierno y la Cosep, sin consultar a organizaciones de trabajadores o expertos en la materia.¹⁵⁴

En 2015, mediante el Decreto núm. 12-2015, se actualizaron los montos de la pensión reducida y los tres rangos de ingreso por cotización se dividieron en cinco, con montos notablemente superiores a los de los años previos (ver Tabla 46). Para las personas que acceden a la prestación, hay una actualización del monto el 30 de noviembre, que se calcula según la devaluación del Córdoba respecto del dólar estadounidense.

En 2013 se estimó que el número de beneficiarios de dicha pensión sería 8 000, pero, según cálculos de Mesa-Lago, en 2017 había 51 208 (25 % del total de pensionados). En tanto, Alberto Arenas de Mesa identificó que entre 2013 y 2017, la cobertura del sistema creció en 16.1 puntos porcentuales, al pasar del 17.9 % al 34 %.¹⁵⁵ No obstante, la cobertura puede ser mayor, dado que este investigador toma como grupo de referencia a las personas de 65 años o más. Aun así, todavía queda un trecho enorme para alcanzar una cobertura universal.

Sostenibilidad financiera y estallido social

Los problemas de falta de institucionalidad y crisis financiera que se venían arrastrando no se solucionaron con la reforma paramétrica de 2013 e inclusive parecen haberse incrementado, de manera que, para enfrentar el enorme déficit del instituto, en abril de 2018, el gobierno de Ortega dio a conocer una nueva reforma paramétrica. A través del Decreto 03-2018 se trató de aumentar la tasa de cotización, reducir la tasa de reemplazo, y es-

tablecer un pago para un seguro de salud de las personas jubiladas.

Al igual que las modificaciones de 2013 y 2015, el gobierno no consultó a organizaciones civiles o de trabajadores, y hubo un amplio rechazo al decreto, el cual provocó manifestaciones masivas y un conflicto social muy importante, en el que participaron grupos de la sociedad civil, empresariales y estudiantiles, lo que llevó a una derogación casi inmediata del decreto. Sin embargo, esto no impidió el estallido social que provocó múltiples muertes.

Casi un año después, el Ejecutivo emitió el Decreto Presidencial 06-2019, con el que se aumentó la tasa de cotización (tabla siguiente), se eliminó el límite máximo de remuneración exenta de cotizaciones y se modificó el cálculo del monto de las pensiones. Con esto, se afectó a los asegurados de manera retroactiva y significativa, ya que se disminuyó el monto de las futuras pensiones hasta en un promedio del 50 %. Lo que, en los hechos, resultó muy cercano a la reforma impulsada en 2018.

“ En 2013 se reformó el sistema previsional y se creó la pensión de vejez reducida proporcional. Esta reforma (de manera similar a lo que sucedió con las que hubo en Chile y Uruguay en 2008) buscó ampliar el acceso a esta prestación. ”

¹⁵³ Mesa-Lago, *op. cit.*, p. 66.

¹⁵⁴ Mesa-Lago, *op. cit.*, p. 70.

¹⁵⁵ Alberto Arenas de Mesa, *op. cit.*, p. 171.

Tabla 53. Cotizaciones al INSS, antes y después de la reforma 2019

Regímenes para asalariados	Trabajador			Empleador			Estado			Total			
	Programas	Antes	Después	Diferencia	Antes	Después	Diferencia	Antes	Después	Diferencia	Antes	Después	Diferencia
Enfermedad-Maternidad		2.3%	2.3%	0.0%	6.0%	6.0%	0.0%	0.3%	1.8%	1.5%	8.5%	10.0%	1.5%
Pensiones IVM		4.0%	4.8%	0.80%	10.0%	12.5/13.5%	2.5% / 3.5%	No aplica	No aplica	No aplica	14.0%	17.25%/18.25%	3.25% / 4.25%
Riesgos profesionales		No aplica	No aplica	No aplica	15%	15%	0.0%	No aplica	No aplica	No aplica	15%	15%	0.0%
Víctimas de guerra		No aplica	No aplica	No aplica	15%	15%	0.0%	No aplica	No aplica	No aplica	15%	15%	0.0%
Total régimen integral		6.3%	7.0%	0.75%	19.0%	21.5%/22.5%	2.5% / 3.5%	0.3%	1.8%	1.5%	25.5%	30.25%/31.25%	4.75% / 5.75%
Regímenes para no asalariados													
Régimen facultativo integral		18.3%	22.3%	4.00%	No aplica	No aplica	No aplica	No aplica	No aplica	No aplica	18.3%	22.3%	4.0%
Régimen facultativo IVM		10.0%	14.0%	4.00%	No aplica	No aplica	No aplica	No aplica	No aplica	No aplica	10.0%	14.0%	4.0%
Régimen facultativo EM		8.3%	8.3%	0.00%	No aplica	No aplica	No aplica	0.3%	1.8%	1.5%	8.5%	10.0%	1.5%

Fuente: Carmelo Mesa-Lago, *La Seguridad Social en Nicaragua. Diagnóstico y recomendaciones para su reforma*, Instituto Nicaragüense de Investigaciones y Estudios Tributarios, Managua, 2020, p. 49. Disponible en <https://www.iniet.org/wp-content/uploads/2020/03/Seguridad-Social-Diagn%C3%B3stico-Carmelo-Mesa-Lago-INIET-2020.pdf>



Como se expone en la tabla, la cotización al INSS se incrementó entre 4.75 a 5.75 puntos sobre el total de la remuneración sin tope. Esto significó un aumento en la tasa que pagan los trabajadores de 0.75 puntos, de 1.5 puntos para la aportación del Estado en EM y de entre 2.5 a 3.5 puntos para los empleadores en la cotización a IVM.

En opinión de un grupo de expertos comandados por Carmelo Mesa-Lago,¹⁵⁶ la reforma de 2019 no presenta una solución a los problemas financieros del sistema de seguridad social. Esto por varias razones, entre las que destaca la ausencia de un estudio actuarial que estimara los efectos de los cambios implementados, por lo que indicaron que el "proyecto aparentemente fue preparado por una comisión del Ministerio de Hacienda con el objetivo central de demorar el colapso financiero del INSS y el rescate inmediato por Hacienda".¹⁵⁷ También, la baja cobertura del sistema entre la población en edad de trabajar, que apenas pasó del 24.2 al 31.4 % entre 2007 y 2017, lo que supone serias restricciones de ingresos al sistema. Además, el Estado ha sido históricamente moroso con las aportaciones que debe hacer al sistema, como queda claro al con-

siderar el reconocimiento de la deuda que tiene para financiar el seguro de Enfermedad y Maternidad y su promesa de saldarla en 50 años, misma que no cumplió entre 2014 y 2016,¹⁵⁸ por lo que parece complicado que pueda cumplir con los nuevos montos de aportación, que son siete veces el que había antes del decreto de 2019, de 1.75 % frente al 0.25 % anterior. Además, se identifica un déficit de diálogo social en la elaboración de la reforma. Como se mencionó antes, el decreto de 2013 sólo se negoció con el Cosep, pero la reforma fallida de 2018 y la de 2019 se elaboró de manera unilateral por el gobierno, en particular, la redactó el Consejo Directivo del INSS sin consulta alguna.¹⁵⁹

Estas características del proceso de reforma sugieren que en el futuro cercano será necesario atender de fondo los problemas de sostenibilidad financiera del sistema, pero también la baja cobertura entre las personas en edad de trabajar y la adulta mayor. Es imprescindible que este tipo de cambios se procesen de manera democrática y plural, pues la historia reciente indica la fragilidad de los cambios emprendidos al marco regulatorio del sistema.

¹⁵⁶ "Recomendaciones para la reforma del sistema", en Mesa-Lago, 2020, *op. cit.*

¹⁵⁷ *Ibid.*, p. 70.

¹⁵⁸ *Ibid.*, p. 54.

¹⁵⁹ *Ibid.*, p. 70.



El sistema de seguridad social nicaragüense ha tenido un desarrollo limitado, debido a diversos factores externos e internos entre los que se encuentra el establecimiento de un régimen autoritario manejado de manera patrimonial por la familia Somoza, en el que la seguridad social se creó para tratar de conseguir un mínimo de legitimidad, especialmente entre los sectores urbanos y de trabajadores formales —que continúan siendo minoría—, mientras que se reprimía a los grupos disidentes y se excluía a la mayoría de las personas de cualquier beneficio social. La represión selectiva de la oposición, los altos niveles de población rural y la dependencia de una economía agroexportadora supuso un escaso desarrollo de las fuerzas productivas y organizaciones de trabajadores que en otros países americanos presionaron por la fundación y expansión de los sistemas de seguridad social. El sistema nicaragüense continuó con las mismas características por dos décadas y media, hasta el triunfo de la revolución sandinista.

Este cambio significó una reconfiguración completa en la provisión estatal de bienestar: se alcanzaron los niveles más altos de cobertura en pensiones, se hizo una fuerte inversión en salud y se estableció un sistema unificado con prestaciones similares para todas las personas, y se creó una institución para proveer prestaciones monetarias tanto a las personas con empleo formal como a las que estaban en condición de pobreza, el INSSBI. Las contradicciones mismas del

gobierno y el acoso de las fuerzas conservadoras (muchas veces apoyadas por gobiernos extranjeros) hicieron colapsar al régimen revolucionario y dieron paso al desmantelamiento de la nueva estructura de la política social.

Sin embargo, esto no supuso únicamente el restablecimiento de la estructura excluyente que caracterizó a la seguridad social del régimen dictatorial de la familia Somoza, sino la privatización de los servicios de salud y el intento por establecer un régimen privado de capitalización individual en pensiones. En esto último fue determinante la influencia de organismos multilaterales y de técnicos extranjeros. Sin embargo, al poco tiempo quedó claro que la privatización no era una opción viable para el país, que los diagnósticos y recomendaciones no eran adecuados, lo que llevó a dar marcha atrás al modelo de cuentas individuales incluso antes de que se implantara. En cambio, el sistema de salud funcionó de manera altamente privatizada y se redujo su cobertura debido a la aplicación del programa neoliberal que agudizó la crisis económica e hizo crecer el desempleo.

Con el retorno del sandinismo al poder volvió a cambiar la orientación del sistema. Se reformuló la política de salud y se hizo una enorme inversión pública, tanto en recursos financieros como en personal, al tiempo que se privilegió la atención en el primer nivel de atención. Esto ubicó a Nicaragua como uno de los países que más gasta en salud, a pesar de ser uno de los de

menor PIB per cápita. También hubo avances en pensiones mediante la creación de la opción de una prestación reducida para quienes no cumplieran con las semanas de cotización mínimas para acceder a una prestación, pero hubieran alcanzado la edad legal. Esto incrementó notablemente la cobertura en pensiones, aunque alrededor de seis de cada diez personas permanecen excluidas de la protección del ingreso en la vejez.

Es notable el esfuerzo que hizo el gobierno por ampliar la cobertura del sistema, a pesar de las características demográficas, económicas y laborales del país: una población relativamente joven, un bajo nivel de industrialización, una alta informalidad laboral y una gran cantidad de personas en situación de pobreza. Sin embargo, estas condiciones, particularmente el alto nivel de informalidad y la frágil situación financiera del

sistema, han impuesto la necesidad de emprender un cambio que garantice la sostenibilidad del sistema.

No obstante parece que, desde finales de los noventa, los intentos de reforma no se basaron en diagnósticos adecuados que permitieran llegar a soluciones viables que garantizaran al mismo tiempo la sostenibilidad y el derecho humano a la seguridad social. Además, un déficit importante en el procesamiento de los cambios ha sido la falta de un diálogo social amplio e incluyente que permita llegar a transformaciones con el respaldo popular.

La orientación general del sistema a partir de 2007 es adecuada, sin embargo, se debe emprender un esfuerzo decidido por incorporar a más grupos que han permanecido excluidos de la seguridad social, y, sobre todo, por garantizar la sostenibilidad con bienestar.

Aprendizajes

y recomendaciones





Este informe deja en claro tanto la necesidad de invertir recursos y esfuerzos para universalizar el acceso a las prestaciones de la seguridad social como la importancia de abatir las desigualdades en los niveles de protección ante riesgos sociales que hay entre quienes acceden a mecanismos contributivos y quienes cuentan con la cobertura de programas de contribución indirecta (no contributivos). En la actualidad, porciones importantes de la población permanecen excluidas de los sistemas de seguridad social debido a su situación laboral, lugar de residencia, nivel de ingreso, sexo, condición de ciudadanía o edad. También se presentan claras inequidades en las transferencias y servicios que hay en los sistemas financiados por aportaciones de las personas trabajadoras formales, en relación con las que se ofrecen a sectores poblacionales en condición de pobreza o vulnerabilidad. Todo esto afecta, de forma contundente, la garantía del derecho humano a la seguridad social de grupos que, en muchas ocasiones, son mayoritarios en los países del continente. Además de esta conclusión general, el ISSBA permitió llegar a algunos aprendizajes que se exponen a continuación, junto con un recuento de los temas que se han estudiado en cada capítulo.

En el Capítulo 1 se presentó un recorrido histórico del desarrollo de la seguridad social. Comprender los principales avances y las características de los sistemas en función del mo-

mento histórico y los procesos económicos de las sociedades permite no sólo encontrar tendencias y contrastar los planteamientos teóricos, sino reconocer momentos clave en los cuales la historia de la seguridad social dio giros importantes. Uno de los hitos más tempranos se dio en la Alemania de Bismarck —a finales del siglo XIX—. Su importancia radicó sobre todo en que se legislaron derechos de protección a las personas trabajadoras, esto hizo posible asignar, con claridad, responsabilidades a los empleadores, así como cuotas y montos. A partir de entonces, en distintos países de Europa y América surgieron leyes similares, en especial sobre pensiones por vejez y viudez, así como beneficios por enfermedad o accidentes laborales. A principios del siglo XX, algunos países de América Latina —como Argentina, Brasil, Chile y Uruguay— comenzaron a crear sistemas de seguridad social, de forma temprana, durante esta época, marcada por momentos de bonanza que terminaron con la crisis de la década de los treinta. Estas dificultades significaron que países como Estados Unidos pusieran en marcha programas de reactivación económica que incluyeron mayor protección a las personas trabajadoras, así, crearon el sistema de pensiones que existe hasta la fecha, el mayor programa de seguridad social en ese país. Otros optaron por modelos económicos de industrialización que ampliaron la base trabajadora urbana, sobre la cual fueron tomando forma sus sistemas de seguridad social.

La Segunda Guerra Mundial marcó la década de 1940 no sólo en Europa —el principal campo de batalla— sino en todas las regiones, en especial en países con lazos comerciales con los involucrados en el conflicto, lo que abonó a la reestructuración de los modelos económicos y de producción en buena parte de América Latina. A esto se sumó la influencia que tuvo el Informe Beveridge, solicitado por el gobierno de Reino Unido con miras a la reconstrucción en la posguerra. El informe planteaba la creación de un sistema de protección social solidario, universal y “de la cuna a la tumba”. Estos principios fueron debatidos y en parte adoptados por muchos países en Europa en los años siguientes, y además influyó en las recomendaciones y asistencias técnicas que haría la OIT en las siguientes décadas. Por lo tanto, los sistemas que se crearon entre 1940 y 1970 —décadas de crecimiento económico importante y del “auge de la seguridad social”— fueron menos fragmentados que los que surgieron al inicio de siglo con prestaciones amplias y —en muchos casos— generosas. De igual manera, los países “pioneros” buscaron mecanismos para ampliar el acceso. Así, se reforzó la aspiración de universalismo de la seguridad social, consagrada también como un derecho humano en la Declaración de 1948.

La búsqueda de coberturas universales en el continente se encontró con la realidad laboral de América Latina, en cuyos países no se logró formalizar la gran mayoría de los empleos, como sucedió en otras regiones, particularmente en América del Norte y Europa. Hacia finales de los setenta, algunos sistemas ya mostraban signos de insostenibilidad. A esto se sumó un periodo de crisis económicas que dieron pie a un periodo de “neoliberalización” de la economía y las políticas sociales, incluyendo la seguridad social. Esta época, analizada en el Capítulo 2, se caracterizó por recortes al gasto público y la privatización y des-

centralización de los servicios, especialmente los de salud y pensiones. Es decir, hubo un retraimiento no sólo del gasto y las prestaciones entonces establecidas —por ejemplo, en la focalización de las asignaciones familiares—, sino de la rectoría del Estado en la provisión de bienestar. Si bien estos cambios se dieron en modos y grados distintos en cada país, se observaron en toda América.

Asimismo, estas reformas aumentaron la pobreza y la desigualdad, situación que intentó rectificarse en los primeros años del presente siglo con la creación de nuevos programas sociales. Entre ellos se cuentan numerosos esfuerzos por ampliar la cobertura de pensiones y salud mediante programas financiados, parcial o totalmente por impuestos generales o la creación de programas de transferencias condicionadas para familias con hijos. Aunque estos mecanismos han sido fundamentales para reducir la exclusión y los niveles de pobreza, no han logrado igualar la calidad de los beneficios y servicios que brinda la seguridad social contributiva. De esta manera, se crearon sistemas duales, en los que, a pesar de tener mayor cobertura que en etapas previas, persiste una gran desigualdad en la extensión y el nivel de las prestaciones.

En el Capítulo 3 se elaboraron cuatro índices para estudiar de manera comparativa los sistemas de seguridad social de 19 países americanos¹ en 2009 y 2016:

1. El Índice de Presión (IP), que captura factores demográficos, sociales y laborales que empujan a la ampliación de los sistemas.
2. El Índice de Cobertura (IC), que incluyó principalmente indicadores referentes a la extensión de las prestaciones por vejez y asistencia a la salud.
3. El Índice de Eficacia (IE), en el que se incorporaron variables relacionadas con la protección de los ingresos de las personas mayores

¹ Argentina, Bolivia, Brasil, Canadá, Chile, Colombia, Costa Rica, República Dominicana, Ecuador, El Salvador, Estados Unidos, Guatemala, Honduras, México, Nicaragua, Panamá, Perú, Paraguay y Uruguay.

y ante gastos en servicios médicos, y resultados en salud.

4. El Índice de Desempeño de los Sistemas de Seguridad Social (IDSS), que agrega los resultados de los tres índices y presenta una medida sintética del desempeño de los sistemas.

Mediante estos índices, se identificó que en las últimas dos décadas y, sobre todo entre 2009 y 2016, creció la cobertura de pensiones y salud en la mayoría de los 19 países estudiados, y que muchas veces esto se debió a un incremento de los factores demográficos, sociales y laborales que presionan para dicha ampliación. Sin embargo, también se identificaron casos en los que no se ensanchó el sistema de pensiones ni de salud, de tal forma que pese al aumento en la proporción de personas mayores, no se acrecentó el número de pensionados. Asimismo, en ese capítulo pudo identificarse que a un crecimiento de la cobertura le siguió uno de la eficacia, aunque igualmente se encontraron algunas excepciones. Como se expuso al final del capítulo, esto puede relacionarse con el hecho de que, en pensiones y salud, el crecimiento de la población beneficiada se consiguió por medio de esquemas de contribución indirecta que otorgan menores niveles de protección.

Para profundizar en las relaciones entre presión, cobertura y eficacia, se seleccionaron cuatro casos para un análisis cualitativo a profundidad, uno por cada grupo identificado en el IDSS. Además, se decidió elaborar un capítulo para analizar los sistemas de seguridad social de los países de la Comunidad del Caribe (Caricom), dado que no se pudieron obtener datos estadísticos suficientes como para incluirlos en el análisis cuantitativo.

Así, en el Capítulo 4 se pudo identificar que los países de la Caricom fundaron sus sistemas de seguridad social de manera relativamente tardía, principalmente en la década de los sesenta,

casi al mismo tiempo que se independizaron del Reino Unido. Hubo una gran influencia de factores externos en la configuración de estos sistemas. Uno de ellos fue, por supuesto, la tradición jurídica inglesa, que regularmente no supone la codificación de derechos sociales en las constituciones, pero también influyó el modelo del sistema de salud inglés, el NHS —por sus siglas en inglés—, y los principios enarbolados por el Informe Beveridge. Además, fue muy relevante la asistencia técnica que brindó la OIT. De esta manera, se establecieron sistemas mucho más unificados que los creados en otros países americanos en las décadas previas y, en general, sistemas de salud que brindan atención a las personas sin necesidad de hacer cotizaciones basadas en el salario. Una característica muy importante de estos sistemas es un mecanismo de portabilidad de derechos de la seguridad social, en especial, en prestaciones de largo plazo, entre los países que integran la Caricom. Sin embargo, la aplicación del acuerdo es muy limitada todavía, lo que probablemente se deba a una falta de conocimiento sobre su funcionamiento, disparidades en las características de los sistemas o una falta de inclusión de la población migrante en el empleo formal.

En el Capítulo 5, se expusieron los enormes avances que hubo recientemente en Uruguay en el camino a la universalización de la seguridad social. El sistema de este país se fundó de manera temprana, vinculado a un proyecto de modernización política, social y económica que requería el desarrollo de sectores medios y de una mano de obra proletarizada. Al finalizar los cincuenta ya se había establecido la cobertura legal universal en pensiones y se habían creado prestaciones familiares y por desempleo. El sistema continuó expandiéndose hasta que se instauró la dictadura en 1973, periodo en el que se deterioraron algunas prestaciones, en particular, las pensiones por vejez, pero que no supuso su privatización. Los intentos más importantes en este sentido vendrían con los gobiernos democráticos, en especial en

los noventa. Así, se desreguló el sector salud, lo que generó grandes inequidades, y se reformó el sistema de pensiones para introducir un pilar privado que complementa al régimen público que cubre a la mayoría de la población. Con el cambio de siglo, Uruguay se enfrentó a la peor crisis económica en los últimos cuarenta años, la cual, en buena medida, permitió un cambio en el gobierno que condujo a la ampliación del sistema.

En efecto, se creó el Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS), se flexibilizó el acceso a las pensiones por vejez —puesto que la reforma de los noventa implicaría una reducción en la cobertura de las personas mayores—, se estableció un extenso programa de prestaciones familiares y se reformó el seguro de desempleo. Este periodo también dio paso a una innovación importante en el sistema de bienestar uruguayo: la instauración del Sistema Nacional Integrado de Cuidados (SNIC). Sin embargo, desde 2017 se ha discutido la necesidad de reformar el sistema, particularmente en lo que se refiere a pensiones por vejez, para hacerlo más sostenible financieramente. No cabe duda de que esto es fundamental, pero es imprescindible que cualquier transformación garantice y dé continuidad a la protección integral de las personas ante los riesgos sociales, la cual ubicó a Uruguay en el estrato de desempeño alto con indicadores que muestran una baja exclusión de grupos poblacionales de la seguridad social.

En el capítulo 6 se estudió a Chile, que también fundó un sistema de seguridad social de manera temprana —en la década de los veinte— y alcanzó una cobertura muy alta hacia la mitad del siglo XX. Sin embargo, tras el impulso universalista que dio el gobierno de la Unidad Popular, empezó un periodo de franco retroceso comandado por el régimen militar de la dictadura. Así, se privatizó completamente el sistema de pensiones y, de manera parcial, el de salud, lo cual generó grandes inequidades en los niveles de protección, una reducción en la cobertura y el empoderamiento de intereses privados que, décadas después, se-

rían un poder de veto ante intentos de mejorar la equidad en el sistema de seguridad social.

De esta manera, en los 2000 estos intereses se convirtieron en francos obstáculos para mejorar el acceso a las pensiones y bloquearon la creación de una administradora pública que compitiera con las privadas, por lo que únicamente se consiguió establecer un pilar solidario que permitió la sobrevivencia del régimen por una década más. En salud, si bien se consiguió un avance importante al establecer un paquete mínimo de prestaciones al que todas las personas deben tener acceso, persistió el sistema dual, con servicios privados para quienes tienen mayores niveles de ingreso y menores riesgos de salud, y una opción pública para las personas en condición de pobreza o de vulnerabilidad. En buena medida, los avances del periodo se deben al impulso ideológico que dieron gobiernos afines a una mayor intervención estatal en la provisión de bienestar, pero también se debe destacar la reforma del primer gobierno de Sebastián Piñera para el establecimiento del sistema de prestaciones por maternidad más ambicioso de la región latinoamericana.

Sin embargo, el sistema parece estar llegando a sus límites. Así lo indican, por lo menos, los reclamos para desmontar la herencia neoliberal de la dictadura, que se promovieron en medio del estallido social en la segunda parte de 2019. En el futuro inmediato, los representantes populares deberán discutir la manera de solucionar el desafío de las pensiones, atendiendo a las demandas de mayor protección en la vejez, al mismo tiempo que se garantiza la sostenibilidad del sistema y sin que los intereses privados puedan impedir transformaciones que produzcan bienestar generalizado.

En contraste, la fundación del sistema de seguridad social de República Dominicana (Capítulo 7) inició hasta la segunda mitad de los años cuarenta y tuvo un desarrollo mínimo en las siguientes cinco décadas. Esto se debió principalmente

a las características del régimen dictatorial de Rafael Trujillo (1930-1938, 1942-1952, y que gobernó de manera indirecta entre 1938-1942 y 1952-1961), que recurrió a acciones clientelares y asistenciales para obtener un mínimo de legitimidad, por lo que no dio un impulso serio al establecimiento de un sistema amplio. El clientelismo perduró incluso después del fin de la dictadura y bloqueó cualquier opción de desarrollo del sistema en los siguientes años.

Fue hasta el 2000 que se dio una transformación radical, como resultado de cambios en la integración del Poder Legislativo, de una intensa discusión política y social sobre la necesidad de un sistema de seguridad social, y la influencia de organismos multilaterales como la OPS, el BID y el BM. De esta manera, se creó un marco regulatorio que establece un sistema integral, plural y con aspiraciones universales, que contrasta con las prácticas clientelares del pasado.

Entonces, a la par del régimen contributivo, que tuvo siempre una cobertura muy limitada, se estableció un régimen subsidiado para las personas de bajos ingresos y sin empleo formal, y uno contributivo-subsidiado para quienes trabajan por cuenta propia y tienen un nivel de ingreso medio o alto. Sin embargo, ha sido lenta la instrumentación del marco legal. Por ejemplo, fue hasta finales de 2019 cuando comenzó el programa de pensiones subsidiadas para personas mayores, y todavía no se implementa el régimen contributivo-subsidiado. En estos retrasos ha sido muy importante la oposición de intereses privados, sobre todo en el sector sanitario, que se habían fortalecido en el pasado por su papel de principales proveedores de salud ante la ausencia de una amplia política y regulación estatal. Incluso el CNSS se ha enfrentado a intentos de bloqueo por parte de intereses privados, ante esfuerzos por ampliar la cobertura y, en general, el bienestar de la población.

En el Capítulo 8 se puede observar que la fundación del sistema nicaragüense de seguridad

social también se dio de manera relativamente tardía, hasta la segunda mitad de los cincuenta. El sistema de Nicaragua surgió notablemente más unificado que los fundados en décadas previas, pues aspiraba a cubrir a todas las personas ocupadas tanto en el sector privado como en el público, salvo algunas categorías especiales de funcionarios. Sin embargo, su aplicación fue mínima. Como en el caso dominicano, esto se debió a las características del régimen autoritario. Aquí también el establecimiento del sistema respondió al interés de la coalición en el poder (la familia Somoza) por obtener un mínimo de legitimidad ante los grupos urbanos, mientras mantenía una política represiva contra cualquier asomo de oposición. Además, el sistema funcionaba sin bases actariales y técnicas sólidas, pues los beneficios se otorgaban según disposiciones gubernamentales y no en función de procedimientos establecidos y regulados con claridad.

Con el triunfo de la Revolución sandinista en 1979, se reconfiguró notablemente el sistema y se amplió la cobertura. En salud, se estableció un sistema único para proveer de servicios sanitarios a toda la población, abatiendo la exclusión basada en la condición laboral. Se creó el INSSBI para proveer de prestaciones monetarias tanto a las personas afiliadas a la seguridad social como para administrar los programas de atención a la pobreza.

No obstante, con la salida del poder del sandinismo, en 1990, se volvió a transformar la estructura y funcionamiento del sistema. Se eliminó el sistema único de salud y se privatizó la provisión de servicios, por lo que el INSS se convirtió en un financiador de servicios —que proveen principalmente organizaciones privadas— y las personas sin cobertura contributiva accedían a servicios gratuitos de menor calidad. Además, de acuerdo con las recomendaciones de los organismos multilaterales, particularmente del BM, y del entonces superintendente de pensiones de Chile, Julio Bustamante, se aprobó la privatización del



sistema y el establecimiento de un régimen de capitalización individual. Sin embargo, el mismo BM desaconsejaría tiempo después instrumentar dicha reforma, dado que los costos de transición serían demasiado altos y el país no contaba con las condiciones mínimas para su funcionamiento, por lo que siguió en operación el sistema público de reparto.

Con el retorno del FSLN al Poder Ejecutivo se dio un nuevo impulso a la ampliación de la cobertura. En primer lugar, se reformó a fondo la política de salud, por lo que se dio una gran inversión que trajo un incremento de los recursos financieros y el personal médico, además de que se priorizó la atención primaria a la salud y se adoptó un enfoque preventivo. También se creó la opción de que las personas que hubieran cumplido 60 años, pero no contaran con las 750 semanas de cotización para acceder a un beneficio por retiro, pudieran acceder a una pensión reducida, lo que produjo un incremento sustancial de la cobertura entre las personas mayores. Sin embargo, no se han superado las deficiencias de origen del sistema: fragilidad financiera, reformas sin diagnósticos certeros, alta informalidad laboral y déficit de diálogo social para procesar los cambios. Esto ha obligado al gobierno en turno, de manera unilateral, a intentar reformas que contribuyan a la sostenibilidad financiera del sistema. Sin embargo, esto ocasionó una gran oposición que derivó en inestabilidad política.

Es importante que se atienda de fondo el problema con la intención de compatibilizar los objetivos de universalizar el acceso a la seguridad social con una suficiencia financiera, al tiempo que se atienden los problemas históricos recién mencionados y se abra la discusión con los diversos sectores sociales involucrados.

El origen y las transformaciones de los sistemas de seguridad social se han vinculado a lo largo de la historia con momentos de crisis. Por ejemplo, el gran impulso a su desarrollo en varios

países americanos vino después del colapso económico de 1929 y de la Segunda Guerra Mundial; las tareas de reconstrucción condujeron a la creación de sólidos Estados de bienestar en los países europeos, y aunque en América casi nadie participó en la conflagración, en esa época se dio un impulso sustancial al desarrollo de la seguridad social. En los ochenta, con la crisis de la deuda, la tendencia fue a reducir los sistemas, lo que ocasionó una crisis social de enormes proporciones. Ya en este siglo, la crisis financiera internacional de 2008 dio un fuerte impulso a las discusiones en organismos internacionales sobre cómo establecer sistemas de provisión universal de prestaciones mínimas, y también coincidió con un incremento sustancial de la cobertura de pensiones de contribución indirecta.

Ahora bien, la emergencia sanitaria y económica causada por la pandemia de COVID-19 pone a todos los países en una situación sin precedentes, que no sólo requiere sólidos sistemas de salud, sino instrumentos efectivos de protección de los ingresos para la satisfacción de las necesidades más vitales. Esto sitúa a los sistemas de seguridad social en una coyuntura que debe conducir a una amplia discusión y reforma para adaptar las prestaciones a los retos que impondrá el nuevo milenio —donde se cierne sombríamente la amenaza de un deterioro medioambiental de proporciones catastróficas—, al mismo tiempo que se garantiza la protección ante los denominados *viejos riesgos sociales*. La historia nos muestra que las transformaciones a los sistemas no están necesariamente determinadas por grandes fuerzas impersonales como el envejecimiento poblacional, las transformaciones laborales o los modelos de desarrollo, sino que dependen de factores contingentes y la capacidad de agencia de actores colectivos que, por medio de la lucha política, pueden llevar a arreglos que contribuyan al bienestar o, en caso contrario, a francos deterioros y a la agudización de las exclusiones e inequidades sociales —por ejemplo, mediante el poder de veto de intereses

privados o los cambios emprendidos de manera unilateral por los gobiernos, que en ocasiones pasaron sin resistencia y sin considerar sus efectos negativos en la población—. En este sentido, es impostergable una amplia discusión democrática, plural y con fundamentación técnica para que los pueblos de nuestra América consigan forjar sistemas de seguridad social que pongan en el centro a las personas y su bienestar, de tal manera que se salden las centenarias deudas históricas.

Más allá de apuntar a objetivos loables y necesarios —como la universalización de las prestaciones o el bienestar de las personas y las colectividades—, a continuación se presentan algunos aprendizajes y recomendaciones puntuales derivadas del análisis desarrollado en los ocho capítulos de este informe.

Fortalecimiento de la regulación y rectoría estatal

En la mayoría de los casos, los intereses privados se han convertido en poderes capaces de vetar o al menos obstaculizar reformas para ampliar la cobertura o hacer más equitativo el acceso a las prestaciones de la seguridad social. De igual forma han bloqueado las modificaciones al sistema de pensiones para incentivar la competencia mediante la introducción de proveedores públicos, que el establecimiento de paquetes de servicios médicos homogéneos y accesibles para toda la población. De esta manera, la búsqueda de lucro se ha convertido en una barrera que vulnera el bienestar de la población, lo cual quedó claro en la mayoría de los casos, pero sobre todo en los bloqueos que impusieron los intereses privados a las reformas en Chile y República Dominicana.

En este sentido, se recomienda establecer marcos regulatorios y desarrollar capacidades estatales que permitan contener a los intereses privados cuando amenazan el desarrollo de los

sistemas de seguridad social. El lucro no debe desplazar a la universalidad, la solidaridad y el bienestar como principios que guían el funcionamiento de los sistemas. Esto es de crucial importancia en los sistemas en los que empresas privadas y con fines de lucro desempeñan funciones de administración y provisión de servicios, donde la rectoría estatal es imprescindible e inaplazable.

Sostenibilidad financiera y eficiencia en la gestión

Es fundamental que los sistemas sean sostenibles financieramente y operen con eficiencia. Sin esto, existe el riesgo de colapsos parciales o totales y, en consecuencia, la desprotección de las personas. Sin embargo, la búsqueda de la sostenibilidad no debe significar limitaciones en el acceso a las prestaciones o, peor aún, retrocesos en la garantía del derecho a la seguridad social, como sucedió en la década de los ochenta y noventa.

El proceso de envejecimiento poblacional impone a los sistemas el doble desafío de ampliar la cobertura entre las personas mayores a la vez que se reduce la población en edad de trabajar que puede contribuir al financiamiento de los sistemas. En este sentido, uno de los principales retos será hacer compatibles la sostenibilidad y la universalización, y la solución debe formularse mediante un amplio diálogo social en el que puedan participar todas las partes interesadas, en igualdad de condiciones, por lo que se debe evitar que las transformaciones que afectan a amplios grupos de la población se tomen mediante procesos opacos y controlados por equipos técnicos aislados de los problemas y las demandas sociales.

Esto no significa, en ningún sentido, depreciar la técnica. De hecho, ésta es fundamental

para garantizar la construcción de instituciones sólidas. Es de particular importancia la instalación y el desarrollo de capacidades actuariales en todos los sistemas de seguridad social, las cuales deben considerar las condiciones sociales y adaptarse a ellas. Es importante, pues, que su interés no sea sólo tener finanzas sanas, sino que éstas estén dirigidas a establecer las condiciones necesarias para el bienestar y la protección de las personas.

Cabe resaltar que de nada sirven estudios actuariales situados socialmente y con las mejores prácticas internacionales si los tomadores de decisiones no implementan las recomendaciones que emanen de ellos. Así pues, se necesita una gestión integral de los sistemas, basada en evidencia y que considere, de forma permanente, su objetivo social.

La necesidad de diagnósticos certeros

De la mano de lo anterior, es importante que cualquier tipo de cambio se fundamente en un diagnóstico que cumpla con los más altos estándares técnicos. Aunque pareciera un asunto del pasado o de países con burocracias poco desarrolladas, lo cierto es que la privatización de los fondos de pensiones en los ochenta y noventa dejó claro que incluso los organismos multilaterales más prestigiados pueden cometer errores de cálculo y llevar a que los países comprometan modificaciones que benefician, principalmente, a los intereses financieros y hacen poco por el bienestar de las personas. Los errores en el diagnóstico y en la elaboración de propuestas implicaron dar marcha atrás al establecimiento del régimen de cuentas individuales en Nicaragua, y su reversión en Argentina ante los altos costos de transición.

Establecimiento de sistemas de información

Por supuesto, este tipo de diagnósticos sólo se pueden desarrollar si se cuenta con información confiable y actualizada. Como lo dejó claro el análisis cuantitativo del Capítulo 3, hay una falta de datos recolectados de manera sistemática, periódica, actualizada, confiable y comparable sobre las características más importantes de los sistemas de seguridad social, y sobre los factores sociales, económicos, demográficos y laborales que intervienen en su desarrollo y en los requerimientos de bienestar de las poblaciones de cada país.

Por consiguiente, es necesario que los gobiernos nacionales, las instituciones de seguridad social, las oficinas nacionales de estadísticas, los organismos internacionales y las instituciones de investigación colaboren para recolectar, sistematizar y difundir información pertinente para la toma de decisiones con miras a fortalecer los sistemas de seguridad social. Es fundamental que en esta tarea se priorice la información referente a grupos poblacionales que históricamente han permanecido excluidos y que lamentablemente se encuentran invisibilizados de las estadísticas e información pública disponible.

Fortalecimiento de los sistemas públicos de pensiones

La experiencia de casi 40 años de sistemas de cuentas individuales ha evidenciado las limitaciones de este modelo, hasta el grado de que las demandas por su reforma se incluyeron en el reciente estallido social en Chile. Incluso, se han revertido total o parcialmente en la mayoría de los países de Europa oriental donde se instauraron. En América Latina han sido bastantes resilientes a pesar

de haber favorecido reducciones en la cobertura y el monto de los beneficios, incrementado los gastos de administración y generado onerosas cargas fiscales a los Estados, por no mencionar la agudización de las inequidades de género.

Ante el inminente envejecimiento poblacional en la región latinoamericana, es improrrogable una discusión profunda sobre las alternativas para conseguir sistemas de pensiones que garanticen una vida digna a las personas mayores. La sostenibilidad financiera no debe ser el único horizonte normativo que se planteen los países, sino que debe conjugarse con la búsqueda de bienestar para todas las personas mayores. En este sentido, la CISS recomienda fortalecer los componentes públicos y solidarios donde los hay, y su establecimiento donde no, puesto que la búsqueda del lucro por parte del capital financiero no puede ser la base del bienestar. Así, se establece la necesidad de revertir los procesos de privatización impulsados en el continente durante las últimas décadas y se propone el establecimiento de modelos mixtos de pensiones —en línea con las recomendaciones de otros organismos internacionales como la OIT—, que tengan como cimiento a los pilares de las pensiones solidarias y de beneficio definido —financiadas mediante capitalización colectiva—, los cuales podrán ser complementados con los de capitalización individual y otros esquemas previsionales acordados entre empleadores y personas trabajadoras. Estos modelos deberán estar acotados a la realidad social e institucional de cada país, así como a estudios técnicos y actuariales que les brinden viabilidad y sostenibilidad financiera.

La necesidad de la protección ante el desempleo

Pese a los desafíos que enfrentan los sistemas de pensiones en el continente, las personas mayores son, en general, las que cuentan con un mejor

nivel de protección, como lo prueba el hecho de que este grupo etario sea el que tiene los menores niveles de pobreza en comparación con el total de la población. Esto indica que hay un déficit importante en la atención a otros grupos, uno de los cuales es el de las personas en edad productiva. Por ejemplo, sólo en dos de los cuatro casos estudiados hay un esquema de seguro por desempleo (Chile y Uruguay), y la cobertura es muy limitada. La emergencia ocasionada por la pandemia de COVID-19 ha mostrado la importancia de este tipo de protecciones, dado que son fundamentales para garantizar un poder adquisitivo que permita a las familias cubrir sus necesidades básicas, sobre todo ante la pérdida total o parcial de los ingresos monetarios por trabajo.

Por lo tanto, es impostergable el establecimiento de mecanismos que aseguren a las personas contra el desempleo, donde no los haya, y que se amplíe su cobertura donde ya existan. Ésta tiene que ser una de las prioridades en los años próximos.

La protección de las niñas y los niños

Uno de los grupos más desprotegidos es el de niños, niñas y jóvenes. En todos los casos de es-

tudio, la pobreza afecta principalmente a este grupo poblacional. Esto vulnera el bienestar de las personas en una de las etapas más importantes de su vida y puede tener consecuencias devastadoras en sus posibilidades de inserción laboral o de tener una vida sana. Si bien se ha avanzado sustancialmente en el establecimiento de mecanismos públicos para garantizar un nivel de consumo mínimo para las niñas y los niños —principalmente por medio de los programas de transferencias condicionadas que han proliferado en la mayoría de los países del continente, y atienden principalmente a los hogares de menores ingresos—, los niveles de pobreza entre este grupo de edad siguen siendo muy altos.

Los sistemas de seguridad social, y en general los gobiernos, deben diseñar estrategias de atención a niñas y niños que permitan tratar este problema. Naturalmente, uno de los principales instrumentos son las transferencias monetarias, pero también se requieren otros mecanismos que provean de servicios fundamentales, de tal manera que se establezcan estrategias integrales y multidimensionales. Es decir, se necesita fortalecer la provisión de servicios sanitarios, educativos y alimenticios para este grupo y, sobre todo, se debe impulsar una política de cuidados que garantice su bienestar y facilite la inserción laboral de sus madres y padres.



La importancia de los sistemas de cuidado

Los sistemas de cuidado son esenciales no sólo para proteger a niñas y niños, sino a todas las personas en situación de dependencia: adultas mayores o con discapacidad. Este tipo de políticas son imprescindibles para proveer bienestar a tales grupos poblacionales; sin embargo, son una deuda pendiente en la mayoría de los países americanos y sólo recientemente se ha empezado su construcción, tal como sucede en Uruguay.

Es importante que los gobiernos del continente emprendan decididamente el establecimiento de políticas de cuidado para atender a los grupos en situación de dependencia, y que lo hagan con instrumentos en los que se les conciba como sujetos de derecho y no como meros beneficiarios de asistencia social.

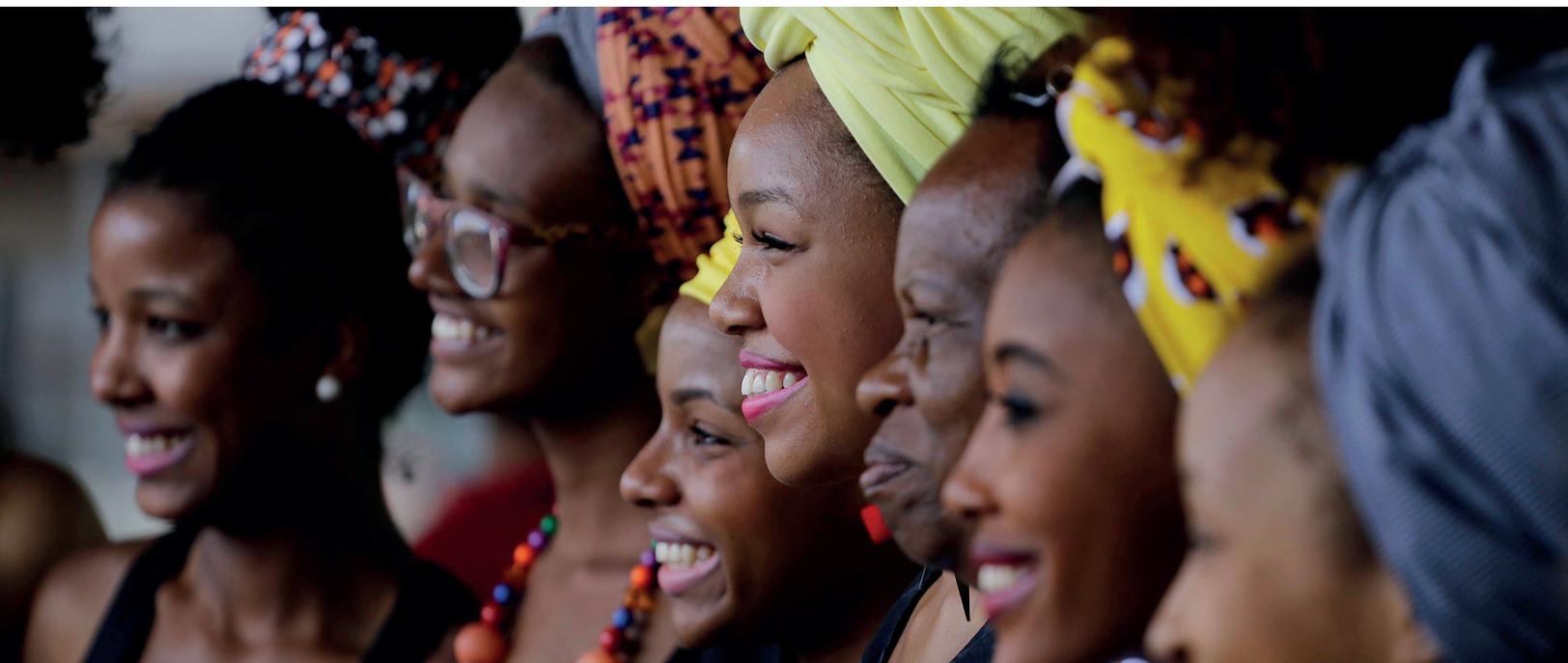
El combate a las inequidades de género

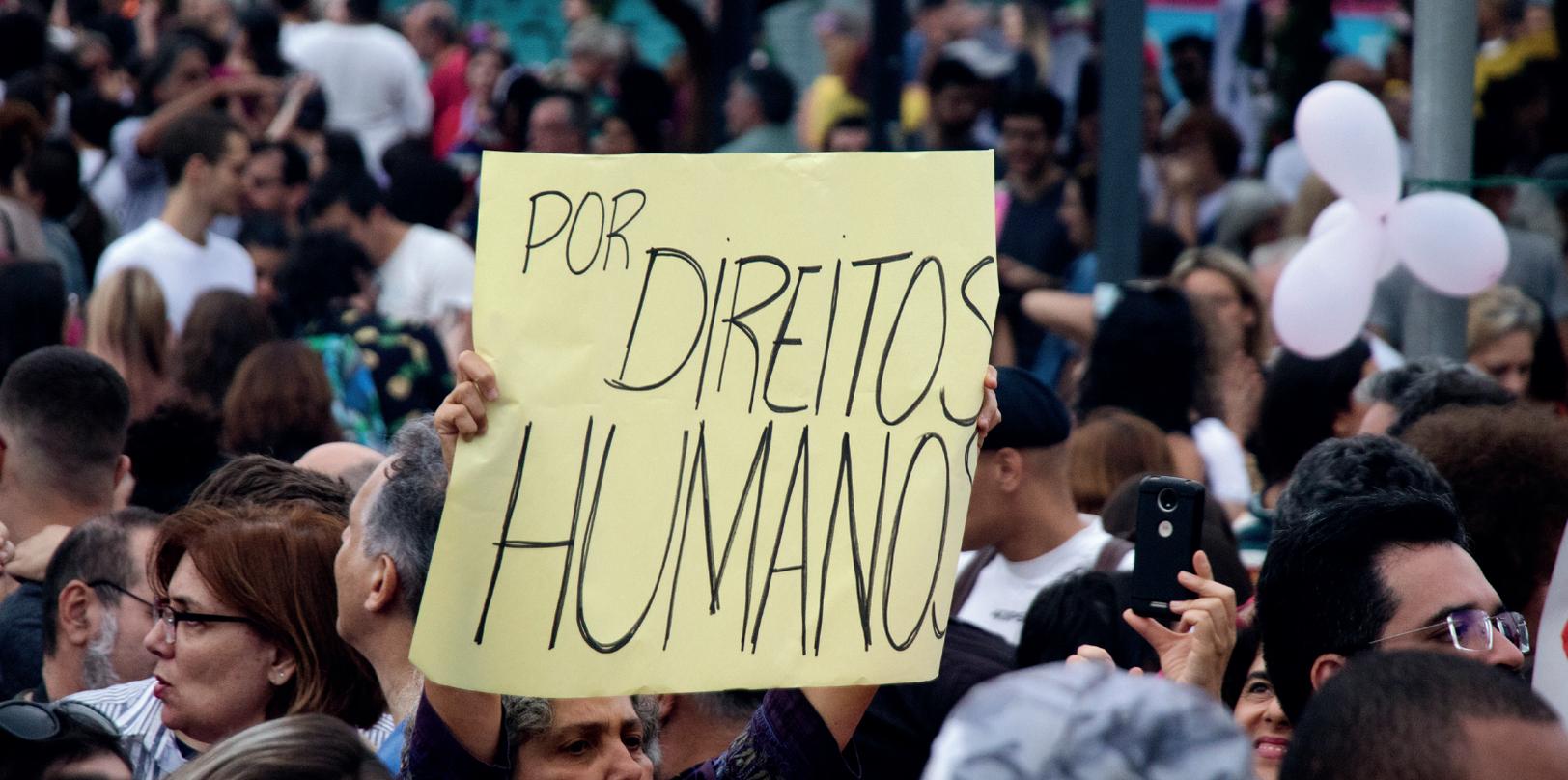
En este informe se presentaron diversas evidencias de que las mujeres tienen menor acceso a la seguridad social; en parte debido a su menor in-

corporación al mercado laboral. Es imprescindible que los gobiernos y las instituciones de seguridad social emprendan esfuerzos decididos por abatir esta desigualdad. En este sentido, son muy útiles los mecanismos compensatorios que se establecieron, por ejemplo, para incrementar su acceso a las pensiones por vejez, o las políticas de cuidado que pueden modificar la división de los trabajos de cuidado, que las mujeres desempeñan mayoritariamente y sin remuneración. Por ello, todas las prestaciones, programas y políticas instrumentadas desde las instituciones de seguridad social deben contemplar las barreras de acceso y permanencia en los sistemas, para eliminarlas y promover una igualdad de condiciones entre mujeres y hombres a partir de la transversalización de una perspectiva de género y un enfoque de derechos que atiendan el problema de manera integral.

La necesidad de un enfoque de derechos

Sin duda, es importante desarrollar un marco legislativo con base en una perspectiva de derechos, que aspire a garantizar el mayor nivel de protección para todas las personas. Sin embargo, esto no es suficiente, como lo dejó en claro el análisis





del Sistema Dominicano de Seguridad Social. Es necesario que la legislación se traduzca en políticas públicas, presupuestos, programas y acciones concretas que hagan efectiva la cobertura legal.

Tampoco es suficiente proveer servicios y transferencias monetarias si no se apegan a un marco normativo en el que se privilegie la garantía de los derechos humanos y, en particular, de los económicos, sociales y culturales.

De igual manera, es pertinente la ratificación de los convenios y los instrumentos jurídicos internacionales que establecen obligaciones para los Estados, así como estándares mínimos a cumplir en el funcionamiento de los sistemas de seguridad social. Resultan de especial relevancia el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, el Convenio 102 de la OIT y sus demás convenios especializados en prestaciones de la seguridad social: el 130, sobre asistencia médica y prestaciones monetarias por enfermedad; el 168, sobre fomento del empleo y la protección contra el desempleo; el 128, sobre las prestaciones de invalidez, vejez y sobrevivientes; el 121, sobre prestaciones en caso de accidentes del trabajo y enfermedades profesionales; el 183, sobre la protección de la maternidad.

Atención a la dualidad de los sistemas

Históricamente, la fragmentación institucional ha sido una de las principales características de la mayoría de los sistemas americanos. Por lo general, esto ha implicado la estratificación de los beneficios y, por ende, una gran inequidad en el disfrute del derecho a la seguridad social. La fragmentación no es fortuita, sino el resultado de procesos políticos, económicos y sociales que han influido de manera decisiva en el rumbo de la seguridad social en el continente, y la experiencia indica que sólo se ha podido superar mediante cambios radicales al sistema, en los que se rompen los mecanismos institucionales que refuerzan la dependencia de ruta. Lo más importante no es si está fragmentado o no, sino las inequidades en el disfrute del derecho; es decir, el problema es que el acceso a las prestaciones mediante programas operados por distintas instituciones se traduzca en niveles de protección notablemente desiguales, y que esto afecte principalmente a personas y grupos en condición de pobreza o de vulnerabilidad.

Como se estableció desde el inicio de este informe, estos aprendizajes y recomendaciones deben considerarse a la luz del punto de quiebre que representa el año 2020, marcado por la emergencia sanitaria de COVID-19 y la agudización de los efectos del deterioro medioambiental en el futuro próximo. Estas circunstancias son un reto importante para los sistemas de seguridad social del siglo XXI, que se ven en la necesidad de replantear su aproximación a los viejos y nuevos riesgos sociales para proteger a las personas. Aunque estos últimos afectarán a toda la población, es innegable que sus consecuencias serán desproporcionadas en los grupos de la sociedad que a lo largo de la historia han estado excluidos de la seguridad social, y que se enfrentan a condiciones de vulnerabilidad y pobreza.

Por tanto, la discusión debe orientarse hacia el diseño y la implementación de mecanismos que permitan satisfacer los requerimientos de bienestar de las sociedades americanas, tales como las demandas vinculadas al seguro de desempleo, la renta básica universal o el ingreso mínimo vital, sistemas de cuidado, entre otros. Esto de ninguna manera excluye la posibilidad de innovar y de consolidar instrumentos que vayan más allá, cuidando siempre la estabilidad entre la sostenibilidad financiera y la universalización del derecho humano a la seguridad social.

Sirvan, pues, este informe y su coyuntura para replantearnos el camino a seguir, reflexionar sobre el pasado y construir —mediante el diálogo social— un futuro diferente para los pueblos de las Américas. Tal vez estamos en la víspera de un nuevo amanecer de la seguridad social.

Anexos

Anexo 1. Metodología de los índices de seguridad social para las Américas

El objetivo de este Anexo es presentar el proceso de elaboración y resultados de los índices sobre los sistemas de seguridad social de 19 países americanos para los años 2009 y 2016. Los índices resumen la información de la presión, la cobertura, la eficacia y el desempeño de tales sistemas.

En este documento, el desempeño de los sistemas de seguridad social se trata desde tres ejes: (1) La presión para que crezca la cobertura del sistema de seguridad social; (2) la capacidad de los sistemas para dar cobertura en servicios de salud y pensiones por vejez de forma efectiva, y (3) la eficacia que tienen los sistemas de salud y pensiones para proteger a las personas ante la disminución o pérdida de ingreso y proveer servicios sanitarios.

La estrategia de análisis se divide en dos fases: primero, construir los índices de presión, cobertura y eficacia; segundo, integrar con ellos el Índice de Desempeño de los Sistemas de Seguridad Social (IDSSS).

En la primera fase, la dimensión de la presión se operacionalizó en dos índices: el Índice de Presión (IP) y el Índice de Presión Específica (IPE). El primero da cuenta de la presión para que el siste-

ma incremente su cobertura y el segundo refiere a factores relacionados con la exclusión de la seguridad social. Además, el segundo índice sólo se construye para el año 2016 y excluye a Canadá, debido a la falta de información. Asimismo, en la segunda fase se crearon dos índices de desempeño, uno incluye al IP y otro al IPE.

Análisis de Componentes Principales

Los índices se construyeron con la técnica de Análisis de Componentes Principales (ACP), la cual permite reducir un conjunto de variables correlacionadas a uno o varios componentes, en función de la varianza explicada.

El ACP prevé que las variables incluidas en el índice estén correlacionadas; de lo contrario, se aconseja eliminarlas del análisis, debido a que aportan poca información a los índices. En este sentido, se analizaron las matrices de correlaciones de los distintos índices de seguridad social. La inspección de las tablas A, B, C, D, E y F muestra que la mayoría de las variables tienen correlaciones moderadas o altas, y todas son positivas.

Tabla A. Presión

2009				
	Población urbana como porcentaje de la población total	Tasa de desempleo	Población de 65 años o más como porcentaje de la población total	Empleos en servicios (porcentaje del total de empleos)
Población urbana como porcentaje de la población total	1.000			
Tasa de desempleo	0.685	1.000		
Población de 65 años o más como porcentaje de la población total	0.754	0.565	1.000	
Empleos en servicios como porcentaje del total de empleos	0.7953	0.709	0.809	1.000
2016				
	Población urbana como porcentaje de la población total	Tasa de desempleo	Población de 65 años o más como porcentaje de la población total	Empleos en servicios como porcentaje del total de empleos
Población urbana como porcentaje de la población total	1.000			
Tasa de desempleo	0.592	1.000		
Población de 65 años o más como porcentaje de la población total	0.729	0.327	1.000	
Empleos en servicios como porcentaje del total de empleos	0.787	0.558	0.810	1.000

Tabla B. Presión específica

2016					
	Población rural como porcentaje de la población total	Tasa de crecimiento poblacional	Tasa de informalidad	Razón de dependencia demográfica	Trabajadores familiares que contribuyen
Población rural como porcentaje de la población total	1.000				
Tasa de crecimiento poblacional	0.685	1.000			
Tasa de informalidad	0.773	0.616	1.000		
Razón de dependencia demográfica	0.624	0.416	0.607	1.000	
Trabajadores familiares que contribuyen	0.645	0.554	0.796	0.545	1.000



Tabla C. Cobertura de la seguridad social

2009				
	Partos atendidos por personal capacitado	Gasto del gobierno en salud como porcentaje del PIB	Porcentaje de personas de 65 años o más que reciben una pensión	Gasto público en protección social como porcentaje del PIB
Partos atendidos por personal capacitado	1.000			
Gasto del gobierno en salud como porcentaje del PIB	0.484	1.000		
Porcentaje de personas de 65 años o más que reciben una pensión	0.347	0.531	1.000	
Gasto público en protección social como porcentaje del PIB	0.519	0.436	0.662	1.000
2016				
	Partos atendidos por personal capacitado	Gasto del gobierno en salud como porcentaje del PIB	Porcentaje de personas de 65 años o más que reciben una pensión	Gasto público en protección social como porcentaje del PIB
Partos atendidos por personal capacitado	1.000			
Gasto del gobierno en salud como porcentaje del PIB	0.495	1.000		
Porcentaje de personas de 65 años o más que reciben una pensión	0.491	0.485	1.000	
Gasto público en protección social como porcentaje del PIB	0.441	0.394	0.587	1.000

Tabla D. Eficacia de la seguridad social

2009				
	Tasa de participación laboral de las personas de 65 años o más	Tasa de mortalidad infantil	Gasto de bolsillo como porcentaje del gasto total en salud	Población de 65 años o más en situación de pobreza
Tasa de participación laboral de las personas de 65 años o más	1.000			
Tasa de mortalidad infantil	0.678	1.000		
Gasto de bolsillo como porcentaje del gasto total en salud	0.602	0.588	1.000	
Población de 65 años o más en situación de pobreza	0.548	0.520	0.448	1.000
2016				
	Tasa de participación laboral de las personas de 65 años o más	Tasa de mortalidad infantil	Gasto de bolsillo como porcentaje del gasto total en salud	Población de 65 años o más en situación de pobreza
Tasa de participación laboral de las personas de 65 años o más	1.000			
Tasa de mortalidad infantil	0.580	1.000		
Gasto de bolsillo como porcentaje del gasto total en salud	0.522	0.682	1.000	
Población de 65 años o más en situación de pobreza	0.587	0.605	0.499	1.000

Tabla E. Desempeño de la seguridad social

2009			
	Presión	Cobertura	Eficacia
Presión	1.000		
Cobertura	0.915	1.000	
Eficacia	0.827	0.764	1.000
2016			
	Presión	Cobertura	Eficacia
Presión	1.000		
Cobertura	0.815	1.000	
Eficacia	0.884	0.799	1.000



Tabla F. Desempeño específico de la seguridad social

	2016		
	Presión	Cobertura	Eficacia
Presión Especifica	1.000		
Cobertura	0.757	1.000	
Eficacia	0.904	0.779	1.000

Para tener mayor certeza en la construcción de los índices, se realizó la prueba de adecuación muestral de KaiserMeyerOlkin (KMO) y la prueba de esfericidad de Barlett. La primera contrasta la magnitud de los coeficientes de correlación observados con la magnitud de los coeficientes de correlación parcial, para determinar si la relación de las variables permitiría hallar factores subyacentes. Un valor cercano a 1 de la prueba KMO indica que la relación entre las variables es alta.¹ En la segunda, se prueba la forma (identidad) de la matriz de correlaciones para identificar si las variables están relacionadas y, por tanto, son adecuadas para utilizarlas. Los valores de significancia menores a 0.10 indican que el ACP puede ser de utilidad con los datos.

Los resultados de la prueba KMO y de esfericidad de Barlett en la Tabla H indican que es

factible construir los índices con las variables seleccionadas. En la prueba KMO, la mayoría de los índices tiene valores que se encuentran entre 0.7 (aceptable), 0.8 (bueno) y 0.9 (muy bueno), salvo por el KMO del índice de cobertura de 2009, que es igual a 0.65 (bajo); además, en la prueba de Barlett, el *p-value* es igual a 0.

Posteriormente, se obtuvieron los componentes mediante la técnica de ACP (Tabla G). En los resultados destaca que, en casi todos los índices, el primer componente con autovalor mayor que 1 explica la mayor parte de la varianza, con más del 70 %, salvo por el caso del índice de cobertura, en el cual se explica el 62 % y el 61 % en 2009 y 2016 respectivamente. De manera que al acumular la mayor parte de la varianza en un solo componente era adecuado construir el índice sólo con el primero.²

¹ Si el KMO ≥ 0.9 el test es muy bueno; KMO ≥ 0.8 es bueno; KMO ≥ 0.7 es aceptable; KMO ≥ 0.6 es bajo; y si el KMO es < 0.5 es muy bajo.

² El criterio para retener el número de componentes fue el de raíz latente, que considera aquellos con autovalor mayor que 1.

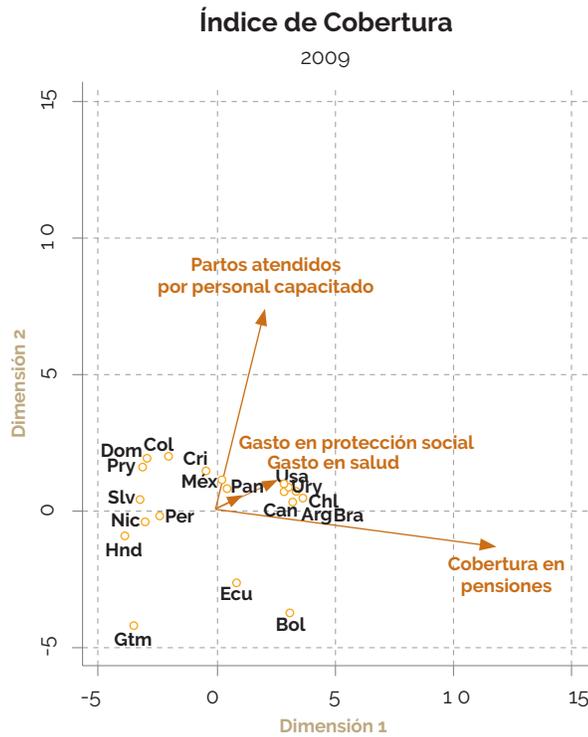
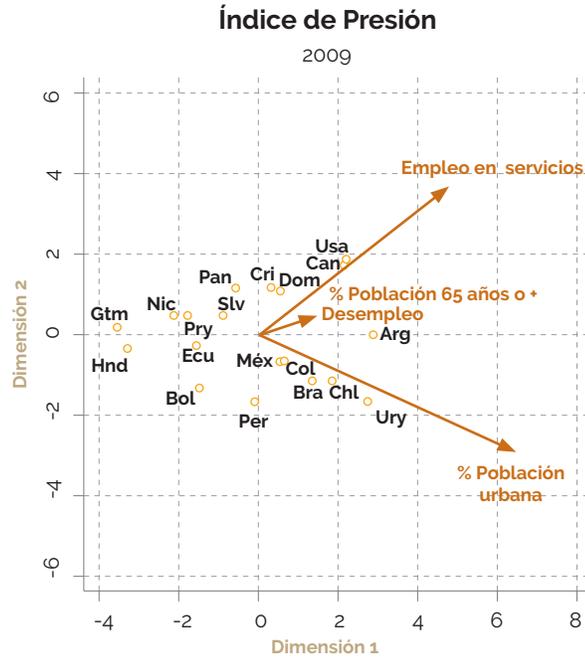
Tabla G. Importancia de los componentes

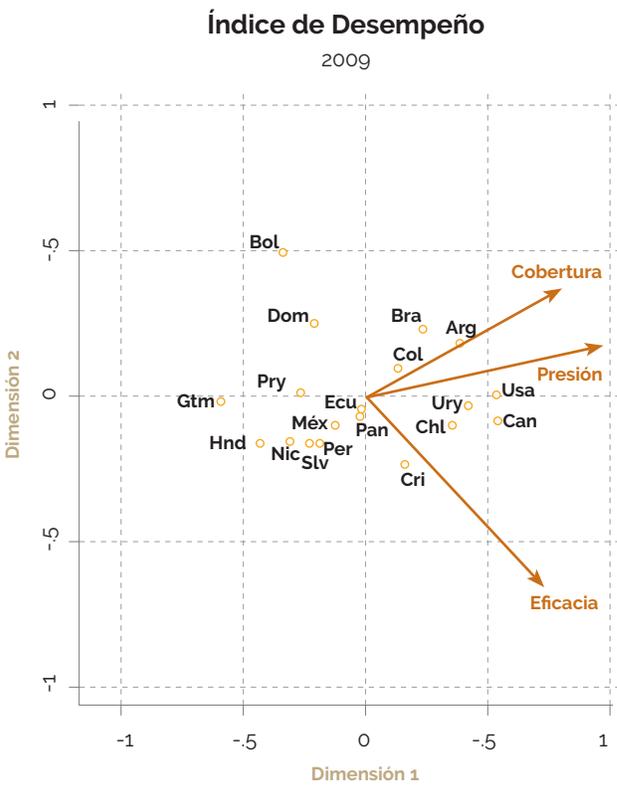
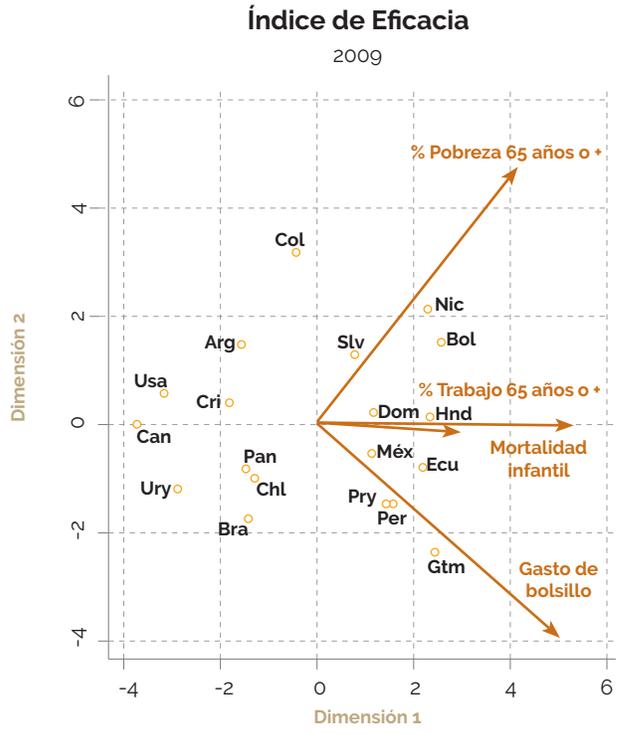
		2009	2016
Índice de Presión	Autovalor	3.165	2.933
	Proporción de la varianza	0.79	0.73
	KMO	0.775	0.729
	Prueba de esfericidad de Barlett (p-value)	0.000	0.000
Índice de Presión Específica	Autovalor	NA	3.523
	Proporción de la varianza	NA	0.70
	KMO	NA	0.899
	Prueba de esfericidad de Barlett (p-value)	NA	0.000
Índice de Cobertura	Autovalor	2.495	2.449
	Proporción de la varianza	0.62	0.61
	KMO	0.653	0.752
	Prueba de esfericidad de Barlett (p-value)	0.001	0.006
Índice de Eficacia	Autovalor	2.699	2.740
	Proporción de la varianza	0.67	0.68
	KMO	0.865	0.813
	Prueba de esfericidad de Barlett (p-value)	0.000	0.000
Índice de Desempeño de los Sistemas de Seguridad Social	Autovalor	2.673	2.667
	Proporción de la varianza	0.89	0.89
	KMO	0.711	0.754
	Prueba de esfericidad de Barlett (p-value)	0.000	0.000
Índice de Desempeño Específico de los Sistemas de Seguridad Social	Autovalor	NA	2.628
	Proporción de la varianza	NA	0.87
	KMO	NA	0.729
	Prueba de esfericidad de Barlett (p-value)	NA	0.000

En la prueba (gráficas A y B), se visualiza la distribución de los países (puntos), así como la dirección y la magnitud de las variables (vectores-flechas). Esta prueba se realiza para inspeccionar la direccionalidad de los indicadores utilizados en cada uno de los índices. Se espera que

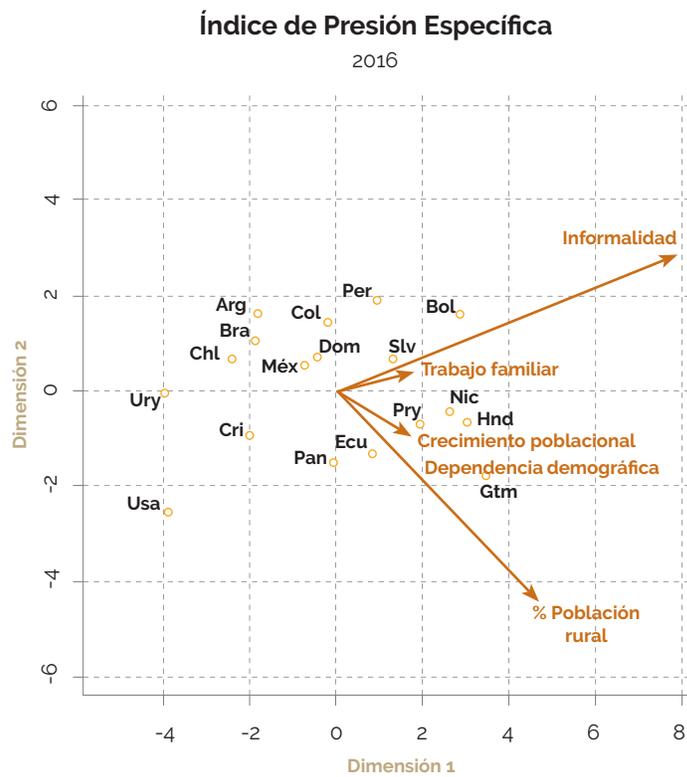
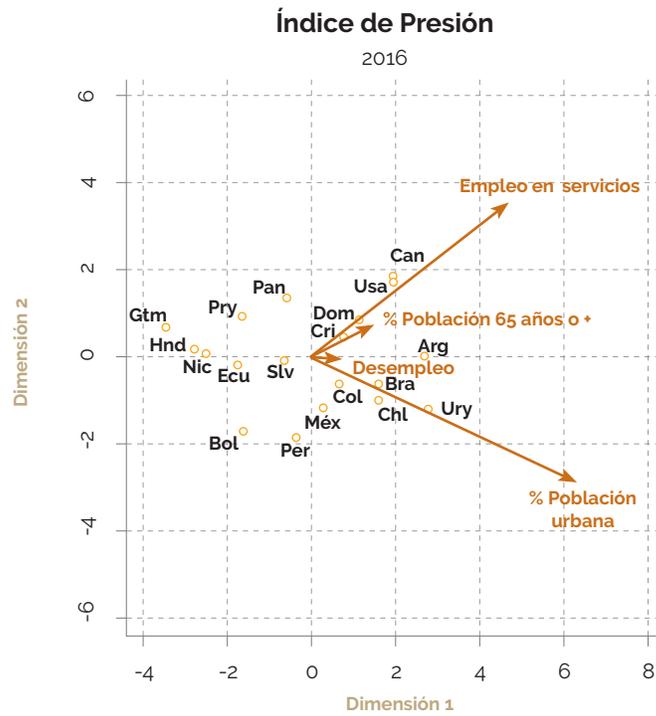
se dirijan hacia la primera dimensión (primer componente), ya que con el método de ACP se pretende explicar la mayor parte de la varianza con un solo componente. Los resultados indican que, para todos los índices, las variables tienen la misma direccionalidad.

Gráfica A. Representación bidimensional de los índices de 2009



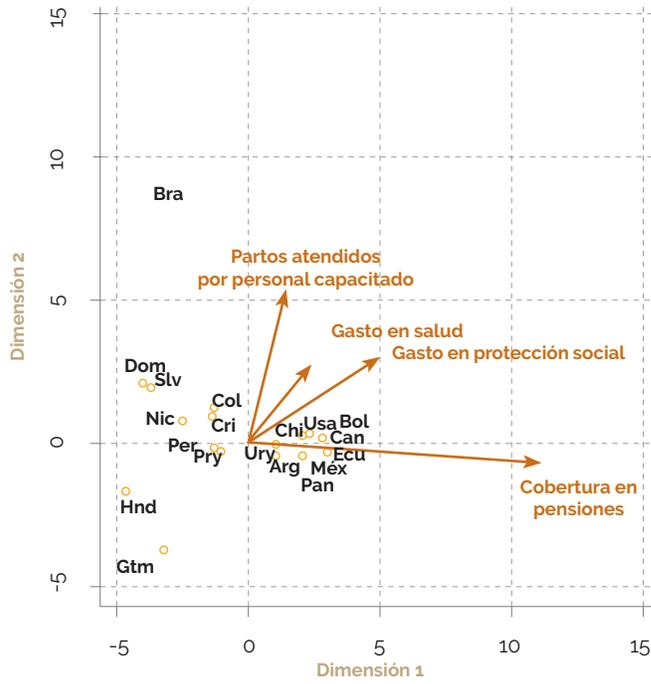


Gráfica B. Representación bidimensional de los índices de 2016



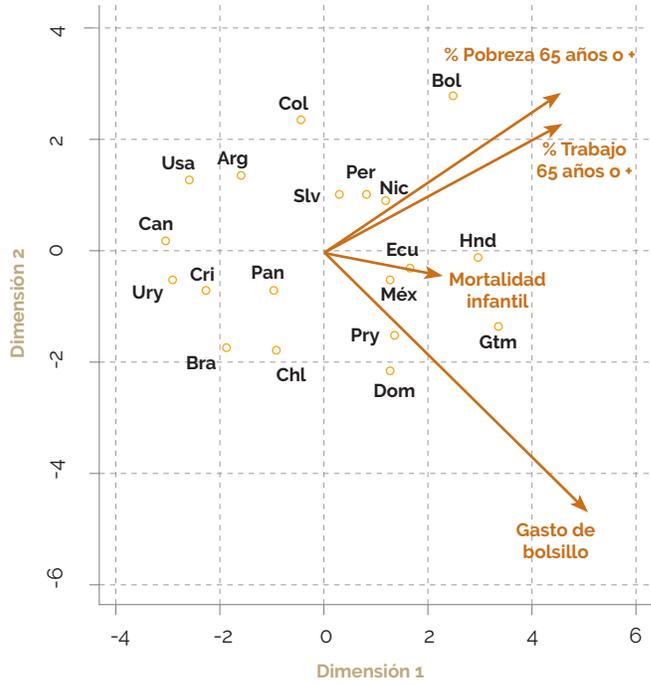
Índice de Cobertura

2016

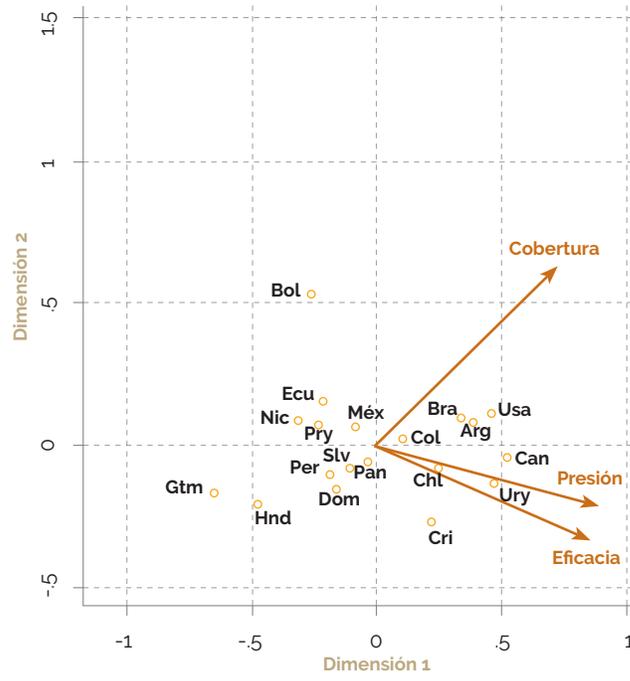


Índice de Eficacia

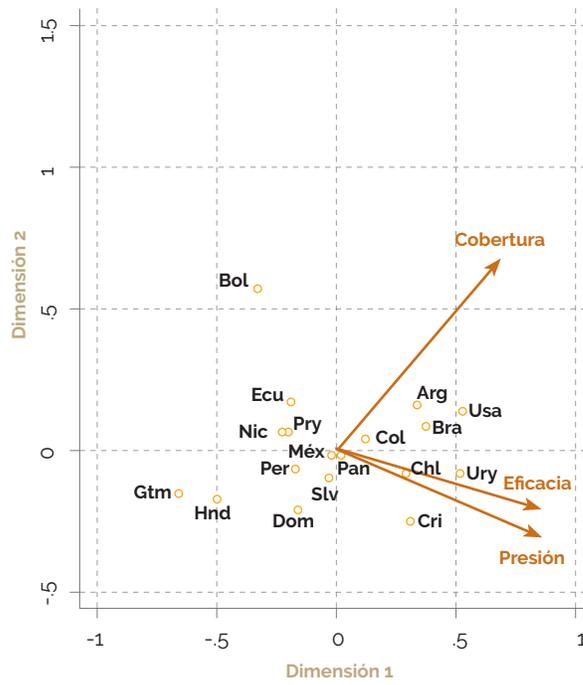
2016



Índice de Desempeño 2016



Índice de Desempeño Específico 2016



Al seleccionar el primer componente con la técnica de ACP, el índice se construye como una combinación lineal de las variables utilizadas, donde el ponderador está dado por el coeficiente (pesos) de cada una de las variables. En la Tabla H se presentan los pesos de las variables para cada uno

de los índices; en todos los casos, los pesos son aproximadamente iguales entre ellos, lo cual indica que la aportación de las variables al índice es semejante. Para procurar la comparabilidad de los índices se utilizaron los coeficientes de 2016 para el cálculo de ambos años.

Tabla H. Pesos de las variables

		2016
Índice de Presión	Población urbana como porcentaje de la población total	0.536
	Tasa de desempleo	0.406
	Población de 65 años o más como porcentaje de la población total	0.500
	Empleo en servicios como porcentaje del empleo total	0.546
Índice de Presión Específica	Población rural como porcentaje de la población total	0.476
	Tasa de crecimiento poblacional	0.414
	Tasa de informalidad	0.486
	Razón de dependencia demográfica	0.400
	Trabajadores familiares que contribuyen	0.453
Índice de Cobertura	Partos atendidos por personal capacitado	0.494
	Gasto del gobierno en salud como porcentaje del PIB	0.480
	Porcentaje de personas de 65 años o más que reciben una pensión	0.529
	Gasto público en protección social como porcentaje del PIB	0.495
Índice de Eficacia	Tasa de participación laboral de las personas de 65 años o más	0.489
	Tasa de mortalidad infantil	0.527
	Gasto de bolsillo como porcentaje del gasto total en salud	0.494
	Población de 65 años o más en situación de pobreza	0.490
Índice de Desempeño de los Sistemas de Seguridad Social	Presión	0.585
	Cobertura	0.565
	Eficacia	0.581
Índice de Desempeño Específico de los Sistemas de Seguridad Social	Presión específica	0.585
	Cobertura	0.554
	Eficacia	0.590

Una vez contruidos los índices, para mejorar su comparabilidad, los puntajes se normalizaron con la técnica de mínimos-máximos.

Estratificación de los índices

Se utilizó la técnica de Dalenius-Hodges para estratificar los índices en niveles o grados de presión, cobertura, eficacia y desempeño de los sistemas

de seguridad social. Esta técnica "consiste en la formación de estratos de manera que la varianza obtenida sea mínima al interior de cada estrato y máxima entre cada uno de ellos, es decir, formar estratos lo más homogéneos posible".³ En la Tabla I, se presentan los límites de la estratificación de los índices en 2016, los cuales se utilizaron para el año 2009, con el propósito de hacer comparable las agrupaciones.

³ Véase INEGI, "Nota técnica. Estratificación Univariada", Ciudad de México, 2010.

Tabla I. Estratificación de los índices de seguridad social

Niveles	Presión	Presión específica	Cobertura	Eficacia	Desempeño	Desempeño específico
Muy bajo	3.847	3.890	3.677	4.311	3.640	3.451
Bajo	7.694	7.780	7.353	8.621	7.280	6.902
Medio	11.542	11.670	11.030	12.932	10.920	10.352
Alto	15.389	15.560	14.707	17.242	14.560	13.803





- 180, "Reforma de la Caja Militar: "resultados malos y procedimientos peores", 21 de octubre de 2018. Disponible en https://www.180.com.uy/articulo/76614_reforma-de-la-caja-militar-resultados-malos-y-procedimientos-peores
- Abu Sharkh, Miriam e Ian Gough, "Global Welfare Regimes: A Cluster Analysis", *Global Social Policy*, núm. 10, 2010, pp. 27-58.
- Administración de los Servicios de Salud del Estado, "¿Cómo me afilio?", 2020. Disponible en <http://afiliaciones.asse.com.uy/web/guest/prestacion>
- AFC Chile, "Seguro de cesantía". Disponible en <https://www.afc.cl/descripcion-del-seguro/seguro-cesantia-solidario/>
- AFP, "Piñera lanza reforma en salud en respuesta a demanda social", *Milenio*, Santiago de Chile, 5 de enero de 2020. Disponible en <https://www.milenio.com/internacional/chile-sebastian-pinera-lanza-reforma-fondo-salud>
- Akin, John S., Nancy Birdsall y David M. de Ferranti, *Financing Health Services in Developing Countries*, The World Bank, Washington D. C., 1987.
- Alegre, Pablo y Fernando Filgueira, "Assessment of a Hybrid Reform Path: Social and Labour Policies in Uruguay", *International Labour Review*, núm. 148, 2009.
- Almandoz, Arturo, "Despegues sin madurez: Urbanización, industrialización y desarrollo en la Latinoamérica del siglo XX", *EURE*, núm. 102, vol. 34, agosto de 2008, pp. 61-76.
- Altamirano Escobar, Alberto Jerónimo, *El Régimen Jurídico de las Empresas Médicas Previsionales en Nicaragua*, León, Nicaragua, UNAN, 2002. Disponible en <http://riul.unanleon.edu.ni:8080/jspui/retrieve/670>
- Altamirano Montoya, Álvaro *et al.*, *Presente y futuro de las pensiones en América Latina y el Caribe*, BID, Washington D. C., 2015.
- Altman, David, y Rossana Castiglioni, "Determinants of Equitable Social Policy in Latin America (1990-2013)", *Journal of Social Policy*, 2019.
- Álvarez García, M. (ed.), *La seguridad social en Cuba*, CISS, Ciudad de México, 1998.
- Amarante, Verónica y Victoria Tenenbaum, "Mercado laboral y heterogeneidad productiva en Uruguay", en Verónica Amarante y Ricardo Infante (eds.), *Hacia un desarrollo inclusivo: el caso de Uruguay*, CEPAL/OIT, 2016, Santiago de Chile.
- Andrenacci, Luciano, "From Developmentalism to Inclusionism: On the Transformation of Latin American Welfare Regimes in the Early 21st Century", *Journal Für Entwicklungspolitik*, XXVIII, 2012, pp. 35-57.
- Anria, Santiago, y Sara Niedzwiecki, "Social Movements and Social Policy: The Bolivian Renta Dignidad", *APSA 2012 Annual Meeting Paper*, 2012.
- Antigua and Barbuda Social Security Board, "Performance Highlights. January – June 2019". Disponible en http://www.socialsecurity.gov.ag/_content/publications/statistics/abssb-performance-highlights-jan-to-jun-2019.pdf
- Antón Pérez, José Ignacio, "La reforma de la seguridad social en Nicaragua: una propuesta de pensión no contributiva". *Cuadernos PROLAM/USP* 1: 37-66, 2007. Disponible en <https://www.revistas.usp.br/prolam/article/view/82289/85262>
- Antón Pérez, José Ignacio, *Análisis económico de la reforma de la seguridad social en Nicaragua: Una propuesta de pensión no contributiva en Nicaragua*, ResearchGate, s. f. Disponible en https://www.researchgate.net/publication/5087669_Analisis_economico_de_la_reforma_de_la_seguridad_social_en_Nicaragua_Una_propuesta_de_pension_no_contributiva_en_Nicaragua

- Arenas de Mesa, Alberto, *Los sistemas de pensiones en la encrucijada. Desafíos para la sostenibilidad en América Latina*, CEPAL, Santiago de Chile, 2019. Disponible en http://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/44851/S1900521_es.epub
- Arenas de Mesa, Alberto, *Los sistemas de pensiones en la encrucijada. Desafíos para la sostenibilidad en América Latina*, Santiago de Chile, 2019.
- Avedaño, Nestor, *Seguridad Social... ¿para quién? Costos y obstáculos de la Seguridad Social en Nicaragua*. Managua: Comité de Servicio de los Amigos (AFSC), 2004. Disponible en https://www.paho.org/nic/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=publicaciones-antiores&alias=337-seguridad-social-para-quien&Itemid=235
- Báez Cortés, Julio Francisco, *La Seguridad Social en Nicaragua. Diagnóstico y recomendaciones para su reforma*. Presentación, en Carmelo Mesa-Lago (ed.). *La Seguridad Social en Nicaragua. Diagnóstico y recomendaciones para su reforma*. Instituto Nicaragüense de Investigaciones y Estudios Tributarios, Managua, 2020. Disponible en <https://www.iniet.org/wp-content/uploads/2020/03/Seguridad-Social-Diagn%C3%B3stico-Carmelo-Mesa-Lago-INIET-2020.pdf>
- Bailey, Clive y John Turner, "Social Security in Africa: A Brief Review", *Journal of Aging and Social Policy*, núm. 1, vol. 14, 2002, pp. 105-114.
- Baker, George W., "The Wilson Administration and Nicaragua, 1913-1921". *The Americas* 22 (4): 339-376, 1966. Disponible en <http://www.jstor.org/stable/979017>
- Banco Central de Nicaragua. s. f. *Tipo de cambio dólar, córdoba*. Disponible en https://www.bcn.gob.ni/estadisticas/mercados_cambiarioros/tipo_cambio/cordoba_dolar/index.php
- Banco Central de República Dominicana, *Boletín Trimestral de la Encuesta Continua de Empleo 2020-I*, Santo Domingo, 2020.
- Banco Central de República Dominicana, *Encuesta Nacional de Fuerza de Trabajo, 2014*, Santo Domingo, 2020.
- Banco Mundial, "Age dependency ratio (% of working-age population)", *Banco de Datos*, <https://data.worldbank.org/indicator/SP.POP.DPND?locations=UY>
- Banco Mundial, "Age dependency ratio, old (% of working-age population)", *Banco de Datos*, 2020. Disponible en <https://data.worldbank.org/indicator/SP.POP.DPND.OL?locations=UY>
- Banco Mundial, "Age dependency ratio, young (% of working-age population)", <https://data.worldbank.org/indicator/SP.POP.DPND.YG?locations=UY>
- Banco Mundial, "Área de tierra (kilómetros cuadrados)", *Banco de Datos*, 2020. Disponible en <https://datos.bancomundial.org/indicador/AG.LND.TOTL.K2>
- Banco Mundial, "Área de tierra (kilómetros cuadrados)", *Banco de datos*. Disponible en <https://datos.bancomundial.org/indicador/AG.LND.TOTL.K2?locations=CL>
- Banco Mundial, "Área de tierra" (kilómetros cuadrados)-Nicaragua. Disponible en <https://datos.bancomundial.org/indicador/AG.LND.TOTL.K2?locations=NI>
- Banco Mundial, "Crecimiento de la población (% anual)", *Banco de Datos*, 2020. Disponible en <https://datos.bancomundial.org/indicador/SP.POP.GROW>
- Banco Mundial, "Crecimiento del PIB (% anual)-Latin America & Caribbean", *Banco de Datos*. Disponible en <https://datos.bancomundial.org/indicador/NY.GDP.MKTP.KD.ZG?end=2019&locations=ZJ&start=2000>
- Banco Mundial, "Crecimiento del PIB (% anual)", *Banco de Datos*, 2020. Disponible en <https://datos.bancomundial.org/indicador/NY.GDP.MKTP.KD.ZG?locations=DO>
- Banco Mundial, "Crecimiento del PIB (% anual)", *Banco de Datos*, 2020. Disponible en <https://datos.bancomundial.org/indicador/NY.GDP.MKTP.KD.ZG?locations=UY>
- Banco Mundial, "Crecimiento del PIB (% anual)", *Banco de datos*. Disponible en <https://datos.bancomundial.org/indicador/NY.GDP.MKTP.KD.ZG?end=2012&locations=CL&start=1999>
- Banco Mundial, "Crecimiento del PIB anual", *Banco de Datos*, 2020. Disponible en <https://datos.bancomundial.org/indicador/NY.GDP.MKTP.KD.ZG?>
- Banco Mundial, "Current health expenditure (% of GDP)-United States", *Banco Mundial*, 2020. Disponible en <https://data.worldbank.org/indicator/SH.XPD.CHEX.GD.ZS?locations=US>
- Banco Mundial, "Desempleo como porcentaje de la población activa", *Banco de datos*. Disponible en <https://datos.bancomundial.org/indicador/SL.UEM.TOTL.MA.ZS?locations=CL>
- Banco Mundial, "Domestic general government health expenditure (% of general government expenditure)", *Banco de Datos*, 2020. Disponible en <https://datos.bancomundial.org/indicador/SH.XPD.GHED.GE.ZS?locations=NI&view=chart>
- Banco Mundial, "Empleo en agricultura (% del empleo total)", *Banco de Datos*, 2020. Disponible en <https://datos.bancomundial.org/indicador/SL.AGR.EMPL.ZS>
- Banco Mundial, "Empleos en la industria (% del total de

- empleos)", *Banco de Datos*, 2020. Disponible en <https://datos.bancomundial.org/indicador/SL.IND.EMPL.ZS>
- Banco Mundial, "Empleos en servicios (% del total de empleos)", *Banco de Datos*, 2020. Disponible en <https://datos.bancomundial.org/indicador/SL.SRV.EMPL.ZS>
- Banco Mundial, "Empleos en servicios (% del total de empleos)", *Banco de Datos*, 2020. Disponible en <https://datos.bancomundial.org/indicador/SL.SRV.EMPL.ZS>
- Banco Mundial, "Empleos en servicios (% del total de empleos)", *Banco de Datos*, 2020. Disponible en <https://datos.bancomundial.org/indicador/SL.SRV.EMPL.ZS>
- Banco Mundial, "Empleos en servicios (% del total de empleos)", *Banco de Datos*, 2020. Disponible en <https://datos.bancomundial.org/indicador/SL.SRV.EMPL.ZS>
- Banco Mundial, "Esperanza de vida al nacer, total (años)", *Banco de Datos*, 2020. Disponible en <https://datos.bancomundial.org/indicador/SP.DYN.LE00.IN>
- Banco Mundial, "Gasto de bolsillo (% del gasto en salud)", *Banco de Datos*, 2020. Disponible en <https://datos.bancomundial.org/indicador/SH.XPD.OOPC.CH.ZS>
- Banco Mundial, "Gasto de bolsillo (% del gasto en salud)", *Banco de Datos*, 2020. Disponible en <https://datos.bancomundial.org/indicador/SH.XPD.OOPC.CH.ZS>
- Banco Mundial, "Gasto de bolsillo como porcentaje del gasto total en salud", *Indicadores de Desarrollo del Banco Mundial*, 2000-2018. Disponible en <https://databank.bancomundial.org/source/world-development-indicators>
- Banco Mundial, "Gasto interno en salud del gobierno general (% del PIB)", *Banco de Datos*, 2020. Disponible en <https://data.worldbank.org/indicador/SH.XPD.GHED.GD.ZS>
- Banco Mundial, "Gasto interno en salud del gobierno general (% del PIB)", *Banco de Datos*, 2020. Disponible en <https://data.worldbank.org/indicador/SH.XPD.GHED.GD.ZS>
- Banco Mundial, "Gasto interno en salud del gobierno general (% del PIB)", *Banco de Datos*, 2020. Disponible en <https://data.worldbank.org/indicador/SH.XPD.GHED.GD.ZS>
- Banco Mundial, "Gasto interno en salud del gobierno general (% del gasto total en salud)", *Banco de Datos*, 2020. Disponible en <https://data.worldbank.org/indicador/SH.XPD.GHED.CH.ZS>
- Banco Mundial, "Gasto total en salud (% del PIB)" *Banco de Datos*, 2020. Disponible en <https://data.worldbank.org/indicador/SH.XPD.CHEX.GD.ZS>
- Banco Mundial, "Indicador de Crecimiento del PIB (% anual)", *Banco de Datos*, 2020. Disponible en <https://datos.bancomundial.org/indicador/NY.GDP.MKTP.KD.ZG?locations=NI>
- Banco Mundial, "Indicador de PIB per cápita (US\$ a precios actuales)", *Banco de Datos*, 2020. Disponible en <https://datos.bancomundial.org/indicador/NY.GDP.PCAP.CD?locations=NI>
- Banco Mundial, "*Índice de Gini*", *Banco de datos*. Disponible en <https://datos.bancomundial.org/indicador/SL.POV.GINI?locations=CL&topics=4>
- Banco Mundial, "Informalidad laboral", *Indicadores de Desarrollo del Banco Mundial*, 2000-2018. Disponible en <https://databank.bancomundial.org/source/world-development-indicators>
- Banco Mundial, "Out-of-pocket expenditure (% of current health expenditure)", *Indicadores de Desarrollo del BM*, 2000-2018. Disponible en <https://data.worldbank.org/indicador/SH.XPD.OOPC.CH.ZS>
- Banco Mundial, "PIB per cápita (US\$ a precios actuales)", *Banco de Datos*, 2020. Disponible en <https://datos.bancomundial.org/indicador/NY.GDP.PCAP.CD?locations=UY>
- Banco Mundial, "PIB per cápita (US\$ a precios constantes de 2010)", *Banco de datos*. Disponible en: <https://datos.bancomundial.org/indicador/NY.GDP.PCAP.KD>
- Banco Mundial, "Población activa, total", *Banco de datos*. Disponible en <https://datos.bancomundial.org/indicador/SL.TLF.TOTL.IN?locations=CL>
- Banco Mundial, "Población de 65 años de edad y más (% del total) – Uruguay", *Banco de Datos*, 2020. Disponible en <https://datos.bancomundial.org/indicador/SP.POP.65UP.TO.ZS?locations=UY>
- Banco Mundial, "Población de 65 años de edad y más (% del total)", *Banco de Datos*, 2020. Disponible en <https://datos.bancomundial.org/indicador/SP.POP.65UP.TO.ZS>
- Banco Mundial, "Población de 65 años y más (% del total)", *Banco de Datos*, 2020. Disponible en <https://datos.bancomundial.org/indicador/SP.POP.65UP.TO.ZS>
- Banco Mundial, "Población de 65 años y más (% del total)", *Banco de Datos*, 2020. Disponible en <https://datos.bancomundial.org/indicador/SP.POP.65UP.TO.ZS>
- Banco Mundial, "Población entre 0 y 14 años de edad (% del total) – Uruguay", *Banco de datos*, 2020. Disponible en <https://datos.bancomundial.org/indicador/SP.POP.0014.TO.ZS>
- Banco Mundial, "Población entre 15 y 64 años de edad (% del total) – Uruguay", *Banco de Datos*, 2020. Disponible en <https://datos.bancomundial.org/indicador/SP.POP.1564.TO.ZS?locations=UY>

- Banco Mundial, "Población rural (% de la población total)", *Banco de Datos*, 2020. Disponible en <https://datos.bancomundial.org/indicador/SP.RUR.TOTL.ZS>
- Banco Mundial, "Población urbana (% de la población total)", *Banco de Datos*, 2020. Disponible en <https://datos.bancomundial.org/indicador/SP.URB.TOTL.IN.ZS>
- Banco Mundial, "Población urbana (% de la población total)", *Banco de Datos*, 2020. Disponible en <https://datos.bancomundial.org/indicador/SP.URB.TOTL.IN.ZS>
- Banco Mundial, "Población urbana (% de la población total)", *Banco de Datos*, 2020. Disponible en <https://datos.bancomundial.org/indicador/SP.URB.TOTL.IN.ZS>
- Banco Mundial, "Población urbana (% del total)", *Banco de datos*. Disponible en <https://datos.bancomundial.org/indicador/SP.URB.TOTL.IN.ZS?locations=CL>
- Banco Mundial, "Población, hombres (% del total)", *Banco de Datos*, 2020. Disponible en <https://datos.bancomundial.org/indicador/SP.POP.TOTL.MA.ZS>
- Banco Mundial, "Población, mujeres (% del total)", *Banco de Datos*, 2020. Disponible en <https://datos.bancomundial.org/indicador/SP.POP.TOTL.FE.ZS>
- Banco Mundial, "República Dominicana: panorama general", 13 de mayo de 2020. Disponible en <https://www.bancomundial.org/es/country/dominicanrepublic/overview>
- Banco Mundial, "Tasa de crecimiento poblacional", *Indicadores de Desarrollo del Banco Mundial*, 2000-2018. Disponible en <https://databank.bancomundial.org/source/world-development-indicators>
- Banco Mundial, "Tasa de dependencia demográfica", *Indicadores de Desarrollo del Banco Mundial*, 2000-2018. Disponible en <https://databank.bancomundial.org/source/world-development-indicators>
- Banco Mundial, "Tasa de mortalidad infantil", *Indicadores de Desarrollo del Banco Mundial*, 2000-2018. Disponible en <https://databank.bancomundial.org/source/world-development-indicators>
- Banco Mundial, "Tasa de mortalidad infantil", *Indicadores de Desarrollo del Banco Mundial*, 2000-2018. Disponible en <https://databank.bancomundial.org/source/world-development-indicators>
- Banco Mundial, "Tasa de mortalidad, bebés (por cada 1000 nacidos vivos)", *Banco de Datos*, 2020. Disponible en <https://datos.bancomundial.org/indicador/SP.DYN.IMRT.IN>
- Banco Mundial, "Tasa de participación en la fuerza laboral, total", *Banco de datos*. Disponible en datos.bancomundial.org/indicador/SL.TLF.CACT.NE.ZS?locations=CL
- Banco Mundial, "Trabajadores familiares que contribuyen (% del empleo total)", *Banco de Datos*, 2020. Disponible en <https://data.worldbank.org/indicator/SL.FAM.WORK.MA.ZS>
- Banco Mundial, "Trabajadores familiares que contribuyen, total (% del empleo total) – Uruguay", *Banco de Datos*, 2020. Disponible en <https://datos.bancomundial.org/indicador/SL.FAM.WORK.ZS?locations=UY>
- Banco Mundial, "World Bank Country and Lending Groups". Disponible en <https://datahelpdesk.worldbank.org/knowledgebase/articles/906519-world-bank-country-and-lending-groups>
- Banco Mundial, Área de tierra (kilómetros cuadrados), *Banco de datos*. Disponible en <https://datos.bancomundial.org/indicador/AG.LND.TOTL.K2?locations=DO>
- Banco Mundial, *Nicaragua: Estudio de gasto público social y sus instituciones*, Washington D. C., 2016.
- Banco Mundial, PIB per cápita (US\$ a precios actuales), *Banco de Datos*, 2020. Disponible en <https://datos.bancomundial.org/indicador/NY.GDP.PCAP.CD?end=2019&start=1960&view=chart>
- Banco Mundial, Población urbana (% del total), *Banco de datos*. Disponible en <https://datos.bancomundial.org/indicador/SP.URB.TOTL.IN.ZS?locations=DO>.
- Banco Mundial, *Reforma y reestructuración de los sistemas de pensiones. Evaluación de la asistencia prestada por el Banco Mundial*, Washington D. C., 2006. Disponible en <http://documents1.worldbank.org/curated/es/293631468339012872/pdf/355210PUB0SPAN1sions1evaluation1esp.pdf>
- Banco Mundial, Tasa de participación en la fuerza laboral, mujeres (% de la población femenina mayor de 15 años) (estimación nacional)-Dominican Republic, *Banco de datos*, 2020. Disponible en <https://datos.bancomundial.org/indicador/SL.TLF.CACT.FE.NE.ZS?locations=DO>
- Banco Mundial, Tasa de participación en la fuerza laboral, total (% de la población total mayor de 15 años) (estimación nacional)-Dominican Republic, *Banco de datos*, 2020. Disponible en <https://datos.bancomundial.org/indicador/SL.TLF.CACT.NE.ZS?locations=DO>
- Banco Mundial, Tasa de participación en la fuerza laboral, varones (% de la población masculina mayor de 15 años) (estimación nacional)-Dominican Republic, *Banco de Datos*, 2020. Disponible en <https://datos.bancomundial.org/indicador/SL.TLF.CACT.NE.ZS?locations=DO>

- bancomundial.org/indicador/SL.TLF.CACT.MA.NE.ZS?locations=DO
- Barba Solano, Carlos, "América Latina: regímenes de bienestar en transición", en Calva José Luis (coord.), *Agenda para el desarrollo*, vol. 11: Empleo, ingreso y bienestar, Cámara de Diputados/Miguel Ángel Porrúa/UNAM, Ciudad de México, 2007.
- Barba Solano, Carlos, "Welfare Regimes in Latin America: Thirty Years of Social Reforms and Conflicting Paradigms", en Gibrán Cruz-Martínez (ed.), *Welfare and Social Protection in Contemporary Latin America*, Routledge, Nueva York, 2019.
- Barrientos, Armando, "Getting Better after Neoliberalism: Shifts and Challenges of Health Policy in Chile", en Peter Lloyd-Sherlock (ed.), *Healthcare Reform and Poverty in Latin America*, Institute of Latin American Studies, Londres, 2000.
- Barrientos, Armando, "Social Protection in Latin America: One Region, Two Systems", en Gibrán Cruz-Martínez (ed.), *Welfare and Social Protection in Contemporary Latin America*, Routledge, Londres y Nueva York, 2019.
- Báscolo, Ernesto, Natalia Houghton, y Amalia Del Riego, Types of health systems reforms in Latin America and results in health access and coverage, *Revista Panamericana de Salud Pública*, 42, 2018.
- Baylen, Joseph O., American Intervention in Nicaragua, 1909-33: An Appraisal of Objectives and Results. *The Southwestern Social Science Quarterly* 35(2): 128-154, 1954. Disponible en <http://www.jstor.org/stable/42865823>.
- Béland, Daniel y Alex Waddan, "Why are There no Universal Social Programs in the United States? A Historical Institutional Comparison with Canada", *World Affairs*, 2017, pp. 64-92.
- Belize Social Security Board, *Annual Report 2018*. Disponible en <https://www.socialsecurity.org.bz/wp-content/uploads/2019/08/Annual-Report-2018-website-min.pdf>
- Benavides, Paula e Ingrid Jones, "Sistema de Pensiones y otros Beneficios Pecuniarios de las Fuerzas Armadas y de Orden y Seguridad Pública y Gendarmería de Chile", *Estudio de Finanzas Públicas*, Dirección de Presupuestos, Gobierno de Chile, 2012.
- Benito Sánchez, Ana Belén, "Pobres y electores. Universalidad y focalización de la política social en la República Dominicana 2006-2012", *Revista Internacional de Sociología*, núm. 3, vol. 77, 2019.
- Bernal, Richard, Mark Figueroa y Michael Witter, "Caribbean Economic Thought: The Critical Tradition", *Social and Economic Studies*, núm. 2, vol. 33, junio de 1984, pp. 5-96.
- Bértola, Luis, Fernando Isabella y Carola Saavedra, "El ciclo económico del Uruguay, 1998-2013", CEPAL, Santiago de Chile, 2014.
- Bértola, Luis, y José Antonio Ocampo, *El desarrollo económico de América Latina desde la independencia*, Fondo de Cultura Económica, Ciudad de México, 2013.
- Bértola, Luis, y José Antonio Ocampo, *Una historia Económica de América Latina desde la independencia. Desarrollo, vaivenes y desigualdad*, Secretaría General Iberoamericana, Madrid, 2010.
- Bertranou, Fabio M., Carmen Solorio y Wouter van Ginneken, "La protección social a través de las pensiones no contributivas y asistenciales en Américas Latina", en Fabio M. Bertranou, Carmen Solorio y Wouter van Ginneken (eds.), *Pensiones no contributivas y asistenciales: Argentina, Brasil, Chile, Costa Rica y Uruguay*, OIT, Santiago de Chile, 2002.
- Bertranou, Fabio, "Protección social, mercado laboral e institucionalidad de la seguridad social", en OIT, *Uruguay: empleo y protección social. De la crisis al crecimiento*, Santiago de Chile, 2005.
- Biblioteca del Congreso Nacional de Chile. *Crea comisión asesora presidencial "Mujer, Trabajo y Maternidad"*. Ministerio Secretaría General de la Presidencia, 2010.
- Biblioteca del Consejo Nacional de Chile, "Ley de Autoridad Sanitaria N° 19.937", Legislación Chilena. Disponible en http://www.supersalud.gob.cl/normativa/668/articles-2621_recurso_1.pdf
- BID, *Sistema de Información de Mercados Laborales y Seguridad Social*. Disponible en <https://www.iadb.org/es/sectores/inversion-social/sims/inicio>
- Bierbaum, Mira, Cäcilie Schildberg y Michael Cichon, *Social Protection Floor Index 2017: Update and Country Studies*, Friedrich Ebert Stiftung, 2017.
- Bizberg, Ilán, "El régimen de bienestar mexicano, del corporativismo al asistencialismo", en I. Bizberg y M. Scott, *El Estado de Bienestar ante la globalización, el caso de Norteamérica*, El Colegio de México, Ciudad de México, 2012.
- Bizberg, Ilán, "Tipos de capitalismo y sistemas de protección social", en Ilán Bizberg (coord.), *Variaciones del capitalismo en América Latina: los casos de México, Brasil, Argentina y Chile*, El Colegio de México, Ciudad de México, 2015.
- Böeger, Tobias y Lutz Leisering, "A New Pathway to Universalism? Explaining the Spread of 'Social' Pensions

- in the Global South, 1967-2011", *Journal of International Relations and Development*, 2018.
- Boissoneault, Lorraine, "Bismarck Tried to End Socialism's Grip-By Offering Government Healthcare", *Smithsonian Magazine*, julio 14 de 2017. Disponible en <https://www.smithsonianmag.com/history/bismarck-tried-end-socialisms-grip-offering-government-healthcare-180964064/#KgRguCv14EBLbA2W.99>
- Bonilla, Alejandro, and Colin Gillion. "La privatización de un régimen nacional de pensiones: el caso chileno". *Revista Internacional del Trabajo*, núm. 111.2, 1992, pp. 193-221.
- Bonino-Gayoso, Nicolás, y Ulises García Repetto, *Seguro de paro y protección a los desempleados en Uruguay (1958-2014): legislación y desempeño*, Serie Documentos de Trabajo Instituto de Economía, núm. 16, 2015.
- Bonino, María, Huck-ju Kwon y Alexander Peyre Dutrey, "Uruguay's Social and Economic Challenges and Its Policy Responses", en Manuel Riesco (ed.), *Latin America: A New Developmental Welfare State Model in the Making?*, Palgrave Macmillan/UNRISD, Nueva York, 2007.
- Bonnefoy, Juan Cristóbal, y Marianela Armijo, *Indicadores de desempeño en el sector público*, CEPAL/GTZ, Santiago de Chile, 2005.
- Bonoli, Guiliano, "The Politics of New Social Policies: Providing Coverage against New Social Risks in Mature Welfare States", *Policy & Politics*, núm. 33, 2005, pp. 431-449.
- Borzutzky, Silvia, *Vital connections: Politics, social security, and inequality in Chile*, University of Notre Dame Press, Paris, 2002.
- BPS, "Pensión por vejez", 2020. Disponible en <https://www.bps.gub.uy/3488/pension-por-vejez.html>
- BPS, "Tarjeta Uruguay Social", 2020. Disponible en <https://www.gub.uy/ministerio-desarrollo-social/politicas-y-gestion/programas/tarjeta-uruguay-social>
- BPS, *Boletín Estadístico 2018*, Montevideo, 2018.
- BPS, *Prestaciones de actividad 2019*, Montevideo, 2019.
- Brachet, Viviane, *El pacto de dominación: Estado, clase y reforma social en México (1910-1995)*, El Colegio de México, Ciudad de México, 1996.
- Brodie, Janine, "The Welfare State in Canada", en Christian Aspalter (ed.), *Welfare Capitalism around the World*, Casa Verde Publishing, Hong Kong, Taipei y Seul, 2003.
- Brown, Dennis, *Social policy in the Caribbean, its History and Development: The Evolution of Social Policy and its Modern Influences in the Caribbean*, CEPAL, Puerto España, 2003.
- Burawoy, Michael, *El consentimiento en la producción. Los cambios del proceso productivo en el capitalismo monopolista*, MTSS, Madrid, 1989.
- Burguess, Alex, "Nicaragua. Seguridad Social: una historia de latrocinio contra la clase trabajadora", *El Socialista Centroamericano* (blog), 25 de septiembre de 2011. Disponible en <https://www.elsoca.org/index.php/america-central/nicara/2123-nicaragua-seguridad-social-una-historia-de-latrocinio-contra-la-clase-trabajadora>.
- Busquets, José Miguel, y Marcela Schenck, "La política pública de seguridad social en el gobierno del presidente Mujica: novedades y frenos", en Nicolás Betancur y José Miguel Busquets (coords.), *El decenio progresista: Las políticas públicas de Vázquez a Mujica*, Editorial Fin de Siglo, Montevideo, 2016.
- Caetano, Gerardo, *Historia mínima de Uruguay*, El Colegio de México, Ciudad de México, 2019.
- Cafaro Mango, Laura, "El Sistema Nacional Integrado de Cuidados en Uruguay: ¿Acceso equitativo para la ciudadanía en tanto derecho universal?", *CUHSO Cultura-Hombre-Sociedad*, núm. 29, 2019.
- Calderón, Víctor Orellana. "In Chile, the Post-Neoliberal Future is Now: In the laboratory of neoliberalism, Chileans are rejecting the commodification of humanity and widening the cracks that will tear the system down", *NACLA Report on the Americas*, núm. 52.1, 2020, pp. 100-108.
- Calvo, Juan José, "La demografía presente y futura del Uruguay", en Rafael Rofman, Verónica Amarante e Ignacio Apella (eds.), *Cambio demográfico y desafíos económicos y sociales en el Uruguay del siglo XXI*, CEPAL/BM, Santiago de Chile, 2016.
- Cañete Alonso, Rosa, y Olaya O. Dotel, *Política social en República Dominicana 1930-2007: ¿Inclusión o asistencialismo?*, Centro de Estudios Sociales Padre Juan Montalvo, S. J., BID, Santo Domingo, 2007.
- Cañón, Oscar, Magdalena Rathe y Úrsula Giedion, "Estudio de caso del Plan de Servicios de Salud PDSS de la República Dominicana", *Nota Técnica IDB-TN-683*, BID, 2014.
- Caribbean Community Secretariat, "The West Indies Federation". Disponible en https://web.archive.org/web/20130929234257/http://www.caricom.org/jsp/community/west_indies_federation.jsp?menu=community.

- Caricom, *Caricom Reciprocal Agreement on Social Security*, 1996. Disponible en https://www.nibtt.net/Downloads/caricom_rec_agreement.pdf
- Caricom, *Revised Treaty of Chaguaramas establishing the Caribbean Community including the Caricom Single Market and Economy*, 2001. Disponible en https://caricom.org/documents/4906-revised_treaty-text.pdf
- Carlos Gerardo Molina (ed.), *Universalismo básico: una nueva política social para América Latina*, BID-Planeta, Washington, 2006.
- Carnes, Matthew E., e Isabela Mares, "Coalitional Realignment and the Adoption of Non-Contributory Social Insurance Programmes in Latin America", *Socio-Economic Review*, núm. 12, 2014, pp. 695-722.
- Carnes, Matthew, e Isabela Mares, "Coalitional Realignment and the Adoption of Non-Contributory Social Insurance Programmes in Latin America", *Socio-Economic Review*, 12 (2014), pp. 695-722.
- Castiglioni, Rossana, "The Right and Work-Family Policies: The Expansion of Maternity Leave under the Piñera Administration", Documento de Trabajo ICSO-No. 58, Universidad Diego Portales, Santiago de Chile, 2019.
- Castiglioni, Rossana, "Las políticas sociales de la nueva (vieja) izquierda uruguaya", *Woodrow Wilson Center Update on the Americas*, núm. 6, 2010.
- Castiglioni, Rossana, *The Politics of Social Policy Change in Chile and Uruguay: Retrenchment versus Maintenance, 1973-1998*, Routledge, Nueva York, 2005.
- Catálogo de Datos Abiertos, "Datos de monto promedio de pensiones no contributivas por vejez e invalidez otorgadas por el BPS", 2017. Disponible en <https://catalogodatos.gub.uy/dataset/mides-indicador-11488/resource/3a5ed39c-45e0-4280-abfo-98180347b149>
- Cecchini, Simone *et al.*, "Derecho y ciclo de vida: reordenando los instrumentos de protección social", en S. Cecchini *et al.* (eds.), *Instrumentos de protección social: caminos latinoamericanos hacia la universalización*, CEPAL, Santiago de Chile, 2015.
- Cecchini, Simone, Fernando Filgueira y Claudia Robles, *Sistemas de protección social en América Latina y el Caribe: una perspectiva comparada*, CEPAL, Santiago de Chile, 2014.
- Cecchini, Simone, y María Nieves Rico, "El enfoque de derechos en la protección social", en Cecchini *et al.* (eds.), *Instrumentos de protección social: caminos latinoamericanos hacia la universalización*, CEPAL, Santiago de Chile, 2015.
- Cecchini, Simone, y Rodrigo Martínez, *Protección social inclusiva en América Latina: Una mirada integral, un enfoque de derechos*, CEPAL-Ministerio Federal de Cooperación Económica y Desarrollo-GIZ, Santiago de Chile, 2011.
- CEPAL "Gasto público según clasificación por funciones del gobierno (en porcentajes del PIB)", 2020. Disponible en <https://cepalstat-prod.cepal.org/cepalstat/tabulador/ConsultaIntegrada.asp?idIndicador=3127&idioma=e>
- CEPAL, "Banco de Datos de Encuestas de Hogares (BADEHOG)", *CEPALSTAT*. Disponible en <https://cepalstat-prod.cepal.org/cepalstat/tabulador/ConsultaIntegrada.asp?idIndicador=3328&idioma=e>.
- CEPAL, "Chile: perfil nacional socio-demográfico," *CEPALSTAT*, base de datos y publicaciones estadísticas. Disponible en https://estadisticas.cepal.org/cepalstat/Perfil_Nacional_Social.html?pais=DOM&idioma=spanish
- CEPAL, "Esperanza de vida al nacer", *CEPALSTAT*, 2020. Disponible en <https://cepalstat-prod.cepal.org/cepalstat/tabulador/ConsultaIntegrada.asp?idIndicador=38&idioma=e>
- CEPAL, "Gasto público según clasificación por funciones del gobierno (en porcentajes del PIB)", *CEPALSTAT*, 2020. Disponible en <https://cepalstat-prod.cepal.org/cepalstat/tabulador/ConsultaIntegrada.asp?idIndicador=3127&idioma=e>
- CEPAL, "Población en situación de pobreza extrema y pobreza según edad, sexo y área geográfica", *CEPALSTAT*, 2020. Disponible en <https://cepalstat-prod.cepal.org/cepalstat/tabulador/ConsultaIntegrada.asp?idIndicador=3341&idioma=e>
- CEPAL, "Población en situación de pobreza extrema y pobreza según edad, sexo y área geográfica", *CEPALSTAT*, 2020. Disponible en <https://cepalstat-prod.cepal.org/cepalstat/tabulador/ConsultaIntegrada.asp?idIndicador=3341&idioma=e>
- CEPAL, "Población en situación de pobreza extrema y pobreza según área geográfica", *CEPALSTAT*, 2020. Disponible en <https://cepalstat-prod.cepal.org/cepalstat/tabulador/ConsultaIntegrada.asp?idIndicador=3328&idioma=e>
- CEPAL, "Población en situación de pobreza extrema y pobreza según edad, sexo y área geográfica", *CEPALSTAT*, 2020. Disponible en <https://cepalstat-prod.cepal.org/cepalstat/tabulador/ConsultaIntegrada.asp?idIndicador=3341&idioma=e>

- CEPAL, "Población en situación de pobreza extrema y pobreza según área geográfica", *CEPALSTAT*. Disponible en <https://cepalstat-prod.cepal.org/cepalstat/tabulador/ConsultaIntegrada.asp?idIndicador=3328&idioma=e>.
- CEPAL, "Población en situación de pobreza extrema y pobreza según área geográfica", *CEPALSTAT*. Disponible en <https://cepalstat-prod.cepal.org/cepalstat/tabulador/ConsultaIntegrada.asp?idIndicador=3328&idioma=e>.
- CEPAL, "Población en situación de pobreza extrema y pobreza según área geográfica", *CEPALSTAT*. Disponible en <https://cepalstat-prod.cepal.org/cepalstat/tabulador/ConsultaIntegrada.asp?idIndicador=3328&idioma=e>.
- CEPAL, "Población, por grupos de edad, según sexo", *CEPALSTAT*, 2020. Disponible en <https://cepalstat-prod.cepal.org/cepalstat/tabulador/ConsultaIntegrada.asp?idIndicador=31&idioma=e>.
- CEPAL, "Tasa de desocupación por sexo", *CEPALSTAT*. Disponible en <https://cepalstat-prod.cepal.org/cepalstat/tabulador/ConsultaIntegrada.asp?idIndicador=127&idioma=e>.
- CEPAL, "Tasa global de fecundidad", *CEPALSTAT*, 2020. Disponible en <https://cepalstat-prod.cepal.org/cepalstat/tabulador/ConsultaIntegrada.asp?idIndicador=37&idioma=e>.
- CEPAL, "Tipos de hogares por sexo del jefe de hogar según área geográfica", *CEPALSTAT*. Disponible en <https://cepalstat-prod.cepal.org/cepalstat/tabulador/ConsultaIntegrada.asp?idIndicador=2465&idioma=e>.
- CEPAL, "Tipos de hogares por sexo del jefe de hogar según área geográfica", *CEPALSTAT*, 2020. Disponible en <https://cepalstat-prod.cepal.org/cepalstat/tabulador/ConsultaIntegrada.asp?idIndicador=2465&idioma=e>.
- CEPAL, *América Latina y el Caribe: Estimaciones y proyecciones de población*. Disponible en <https://www.cepal.org/es/temas/proyecciones-demograficas/estimaciones-proyecciones-poblacion-total-urbana-rural-economicamente-activa>.
- CEPAL, *Chile: perfil nacional socio-demográfico*, CEPALSTAT, base de datos y publicaciones estadísticas. Disponible en https://estadisticas.cepal.org/cepalstat/Perfil_Nacional_Social.html?pais=CHL&idioma=spanish.
- CEPAL, *Enfrentar los efectos cada vez mayores del COVID-19 para una reactivación con igualdad: nuevas proyecciones*, Informe Especial, núm. 5, 15 de julio.
- CEPAL, *Protección social de cara al futuro: Acceso, financiamiento y solidaridad*, Montevideo, 2006.
- Cetrángolo, Oscar (ed.), *La seguridad social en América Latina y el Caribe* [Documento de proyecto], Santiago, CEPAL-PNUD, 2009, pp. 22 y 106-107.
- Chasquetti, Daniel, "Tres experimentos constitucionales. El complejo proceso de diseño del Poder Ejecutivo en el Uruguay", *Revista Uruguaya de Ciencia Política*, núm. 1, vol. 27, 2018.
- Chavez, Daniel, *Nicaragua and the Politics of Utopia: Development and Culture in the Modern State*. Nashville: Vanderbilt University Press, 2015. Disponible en https://www.amazon.com/Nicaragua-Politics-Utopia-Development-Culture-ebook/dp/B018AFU42U/ref=sr_1_65?dchild=1&keywords=Nicaragua&qid=1592700563&s=digital-text&sr=1-65.
- Chile Atiende, "Subsidio Maternal". Disponible en <https://www.chileatiende.gob.cl/fichas/33807-subsidio-maternal>.
- Chile Atiende, "Subsidio por Incapacidad Laboral". Disponible en <https://www.chileatiende.gob.cl/fichas/8949-subsidio-por-incapacidad-laboral>.
- CINVE, "Cobertura del Sistema de Seguridad Social en el Uruguay: Situación actual y Evolución reciente", *Observatorio de la Seguridad Social*, Informe núm. 1, 2018.
- CINVE, "Nivel y heterogeneidad de las jubilaciones y pensiones del sistema de seguridad social en el Uruguay", *Observatorio de la Seguridad Social*, Informe núm. 2, 2018.
- Collier, David, y Richard Messick, "Prerequisites versus Diffusion: Testing Alternative Explanations of Social Security Adoption", *American Political Science Review*, núm. 69, diciembre de 1975, pp. 1299-1315.
- Collier, Ruth Berins y David Collier, *Critical Junctures, the Labor Movement, and Regime Dynamics in Latin America*, University of Notre Dame Press, Notre Dame, 2002.
- Collier, Ruth Berins, y David Collier, *Shaping the Political Arena: Critical Junctures, the Labor Movement, and Regime Dynamics in Latin America*, University of Notre Dame Press, Notre Dame, 1991.
- Comisión de Usuarios del Seguro de Cesantía, Informe 2018-2019, Ministerio del Trabajo y Previsión Social. Disponible en <https://www.comisionsegurodecesantia.cl/>
- Congreso de los Estados Unidos de América, *United States Code: Social Security Act, 42 U.S.C. §§ 301- Suppl. 4 1934. 1934*. Disponible en línea en <https://www.loc.gov/item/uscode1934-005042007>

- Consejo Nacional de Seguridad Social, "Resoluciones de la sesión ordinaria No. 482", 24 de octubre de 2019.
- Consejo Nacional de Seguridad Social, *Boletín Estadístico Diciembre 2019*, Santo Domingo, 2019.
- Constitución Política de la República de Nicaragua de 1987, Artículo 114, reformado por la Ley-192 de 1995. Disponible en <https://pdba.georgetown.edu/Constitutions/Nica/nica95.html>
- Cox, Gary, y Scott Morgenstern, "Latin America's Reactive Assemblies and Proactive Presidents", *Comparative Politics*, 33 (2001), pp. 171-189.
- Cruz-Martínez, Gibrán, "Comparative Social Policy in Contemporary Latin America: Concepts, Theory and a Research Agenda", en Gibrán Cruz-Martínez (ed.), *Welfare and Social Protection in Contemporary Latin America*, Routledge, Londres y Nueva York, 2019.
- Dalenius, Tore, y Joseph L. Hodges, "Minimum Variance Stratification", *Journal of the American Statistical Association*, núm. 54, 1959, pp. 88-101.
- Dávila, Mireya, *Health Reform in Contemporary Chile: Does Politics Matter?*, MA Thesis, Department of Political Science, University of North Carolina at Chapel Hill, Chapel Hill, 2005.
- Davy, Ulrike, "How Human Rights Shape Social Citizenship: On Citizenship and the Understanding of Economic and Social Rights", *Washington University Global Studies Law Review*, núm. 2, vol. 13, 2014, pp. 201-263.
- De Barros, Juanita y Sean Stilwell, "Introduction: Public Health and the Imperial Project", *Caribbean Quarterly*, núm. 4, vol. 49, (Colonialism and Health in the Tropics), diciembre de 2003.
- De Barros, Juanita, "Sanitation and Civilization in Georgetown, British Guiana", *Caribbean Quarterly*, núm. 4, vol. 49, diciembre de 2003.
- De la Garza, Enrique, "Las transiciones políticas en América Latina, entre el corporativismo sindical y la pérdida de imaginarios colectivos", en De la Garza (ed.), *Los sindicatos frente a los procesos de transición política*, CLACSO, Buenos Aires, 2001.
- Deacon, Bob, *Global Social Policy & Governance*, SAGE, Londres, 2007.
- Dean, Andrés, *Análisis del seguro de desempleo en el Uruguay*, CEPAL, Santiago de Chile, 2016.
- Decreto 01-95. *Creación del Fondo Nicaragüense de la Niñez y la Familia*, 1995. Disponible en <https://www.refworld.org/es/pdfid/5d7f7be292.pdf>
- Decreto 03-2018. *De Reforma al Decreto 975, Reglamento General de la Ley de Seguridad Social*, 2018. Disponible en [http://legislacion.asamblea.gob.ni/normaweb.nsf/\(\\$All\)/23723CB2B03CC9EB-0625827200610BA3?OpenDocument](http://legislacion.asamblea.gob.ni/normaweb.nsf/($All)/23723CB2B03CC9EB-0625827200610BA3?OpenDocument)
- Decreto 06-2019. *Decreto de Reformas al Decreto 975 «Reglamento General de la Ley de Seguridad Social» aprobado por el Consejo Directivo del Instituto Nicaragüense de Seguridad Social (INSS)*, 2019. Disponible en <http://legislacion.asamblea.gob.ni/normaweb.nsf/b92aaea87dac762406257265005d21f7/a306b-32137b84b40062583970057deg7?OpenDocument>
- Decreto 1488. *Ley que concede beneficios a los combatientes defensores de nuestra patria y su soberanía*, 1984. Disponible en <http://legislacion.asamblea.gob.ni/normaweb.nsf/doc69e2c91d9955906256a400077164a/aebefe-53486d266d062570c0005ee95c?OpenDocument>
- Decreto 25-2005. *Reformas y Adiciones al Reglamento General de la Ley de Seguridad Social de 1982, Ley 975*, 2005. Disponible en https://inss-princ.inss.gob.ni/images/stories/1194993817_Decreto-25-2005.pdf
- Decreto 38A-2008. *Adiciones al Decreto 33-2008, Reforma Parcial al Decreto 97-2007 «Reformas y Adiciones al Decreto 4-91, Reglamento de la Ley que concede beneficios a las Víctimas de Guerra»*, Publicado en la *gaceta 195 del 11 de octubre del 2007*, 2008. Disponible en <https://www.legal-tools.org/doc/db2cf8/pdf/>
- Decreto 39-2013. *De Reforma al Decreto 975, Reglamento General a la Ley de Seguridad Social*, 2013. Disponible en <http://legislacion.asamblea.gob.ni/normaweb.nsf/b92aaea87dac762406257265005d21f7/1c4aa-3fa1aaff3506257c5c005ca997?OpenDocument>
- Decreto 39-2014. *Reglamento de la Ley 837, Ley de la Dirección General de Bomberos de Nicaragua*, 2014. Disponible en [http://legislacion.asamblea.gob.ni/Normaweb.nsf/\(\\$All\)/CA6124F9E8B-1390906257D3C0059D0DF?OpenDocument](http://legislacion.asamblea.gob.ni/Normaweb.nsf/($All)/CA6124F9E8B-1390906257D3C0059D0DF?OpenDocument)
- Decreto 4-91. *Reglamento de la Ley que concede beneficios a las Víctimas de Guerra*, 1991. Disponible en [http://legislacion.asamblea.gob.ni/normaweb.nsf/\(\\$All\)/21922EC7C0709CAF062570A10057D-7D3?OpenDocument](http://legislacion.asamblea.gob.ni/normaweb.nsf/($All)/21922EC7C0709CAF062570A10057D-7D3?OpenDocument)
- Decreto 47-2006. *Reglamento Especial de Jubilación por años de Servicio de la Policía Nacional*, 2006. [http://legislacion.asamblea.gob.ni/Normaweb.nsf/\(\\$All\)/8B8A503EBCF9CBD10625755F007BF4F2?OpenDocument](http://legislacion.asamblea.gob.ni/Normaweb.nsf/($All)/8B8A503EBCF9CBD10625755F007BF4F2?OpenDocument). Disponible en
- Decreto 97-2007. *Reformas y adiciones al Decreto 4-91, Reglamento de la Ley que concede beneficios a las Víctimas de Guerra publicado en la Gaceta 29 del 11*

- de febrero de 1991, 2007. Disponible en [http://legislacion.asamblea.gob.ni/normaweb.nsf/\(\\$ALL\)/7B-6B92240E72761F0625737E00530B57?OpenDocument](http://legislacion.asamblea.gob.ni/normaweb.nsf/($ALL)/7B-6B92240E72761F0625737E00530B57?OpenDocument)
- Departamento de Estadísticas e Información de Salud, "Atenciones sector privado 2017", Ministerio de Salud. Disponible en <http://www.deis.cl/remsas-2017/>
- Departamento de Estadísticas e Información de Salud, "Resúmenes Estadísticos Mensuales 2017-2018", Ministerio de Salud. Disponible en http://web-deis.minsal.cl/rem2018/?serie=1&rem=4&seccion_id=27&tipo=3®iones=0&servicios=-1&periodo=2017&mes_inicio=1&mes_final=12
- Departamento de Seguridad Social, Oficina Internacional del Trabajo, *Social Security for All: Investing in Social Justice and Economic Development*, Ginebra, 2009.
- DGJP, *Boletín Estadístico Trimestral, trimestre abril-junio 2020*. 2020. Disponible en <https://www.dgjp.gob.do/documents/38678/86632/Boleti%C3%81n+T2+2020.pdf/e8ff97ee-8804-0ed6-9aa8-812cadecb258>
- Díaz Cayeros, Alberto, Federico Estévez y Beatriz Magaloni, *The Political Logic of Poverty Relief: Electoral Strategies and Social Policy in Mexico*, Cambridge University Press, Cambridge, 2017.
- Díaz, Arismendi, *Cómo se diseñó y concertó la ley de seguridad social*. Santo Domingo, 2004.
- DIDA, "Dirección General de Información y Defensa de los Afiliados a la Seguridad Social | DIDA". Disponible en <http://dida.gob.do/index.php/preguntasfre-p>
- DIPRECA, "Misión Institucional", Ministerio del Interior y Seguridad Pública. Disponible en <https://www.dipreca.cl/web/guest/misi%C3%B3n-institucional>
- Dominica Social Security Board, *Annual Report for the Year ended December 31, 2015*. Disponible en <https://www.dss.dm/wp-content/uploads/DSS-AR2015-print-WEB.pdf>
- Dospital, Michelle, La construcción del Estado Nacional en Nicaragua: el proyecto sandinista 1933-1934. *Revista de Historia-IHNCA*, 2017. Disponible en <http://ihncahis.uca.edu.ni/revistas/index.php/historia/article/view/70>
- Drago, Marcelo "La reforma al sistema de salud chileno desde la perspectiva de los derechos humanos", *Serie Políticas Sociales*, núm. 121, CEPAL, Santiago de Chile, 2006, pp. 1-94.
- El Observador*, "El Poder Ejecutivo promulgó la Ley de Urgente Consideración", 10 de julio de 2020. Disponible en <https://www.elobservador.com.uy/nota/el-poder-ejecutivo-promulgo-la-ley-de-urgente-consideracion-2020710125059>
- El Observador*, "La OIT pide que se "revisen" los artículos de la LUC sobre piquetes", 23 de mayo de 2020. Disponible en <https://www.elobservador.com.uy/nota/la-oit-pide-que-se-revisen-los-articulos-de-la-luc-sobre-piquetes--202052217560>
- El Observador*, "Vázquez se puso al hombro la reforma de la caja militar y cerró la discusión en el Ejecutivo", 16 de octubre de 2018. Disponible en <https://www.elobservador.com.uy/nota/vazquez-se-puso-al-hombro-reforma-de-caja-militar-y-cerro-la-discusion-en-el-ejecutivo-2018101519030>
- El País*, "Gobierno reformará la seguridad social para evitar la quiebra", 17 de noviembre de 2017. Disponible en <https://www.elpais.com.uy/informacion/gobierno-reformara-seguridad-social-evitar-quiebra.html>
- Espinal, Rosario, "Economic Restructuring, Social Protest, and Democratization in the Dominican Republic", *Latin American Perspectives*, núm. 3, vol. 22, pp. 63-79, 1995.
- Espinal, Rosario, "República Dominicana. El retorno del PRD al poder", *Nueva Sociedad*, núm. 178, 2002.
- Esping-Andersen, Gøsta, *Social Foundations of Postindustrial Economies*, Oxford University Press, Oxford, 1999.
- Esping-Andersen, Gøsta, *The Three Worlds of Welfare Capitalism*, Polity Press, Cambridge, 1990.
- Ewig, Christina y Stephen Kay, "Postretrenchment Politics: Policy Feedback in Chile's Health and Pension Reforms", *Latin American Politics and Society*, núm. 53, 2011, pp. 67-99.
- Ewig, Cristina, "Reform and Electoral Competition: Convergence Toward Equity in Latin American Health Sectors", *Comparative Political Studies*, 49 (2015), pp. 184-218.
- FAO, *FAOSTAT*. Disponible en <http://www.fao.org/faostat/en/#country/157>
- FAO, *Perfil general de Nicaragua*. Disponible en <http://www.fao.org/3/ad666s/ad666s03.htm>
- Feres, Juan Carlos, *La pobreza en Chile en el año 2000*, Estudios estadístico prospectivos, CEPAL, Santiago de Chile, 2001.
- Ferreira-Coimbra, Natalia, y Álvaro Forteza, *Protección social en Uruguay: financiamiento, Cobertura y Desempeño 1990-2002*, OIT, Ginebra, 2004.
- Ferrero Blanco, María Dolores, *La Nicaragua de los Somozas: 1936-1979*. Servicio de Publicaciones de la Universidad de Huelva, 2016.

- Ferrero Blanco, María Dolores, Las relaciones interdependientes de los Somoza de Nicaragua con EE. UU (1936-1979). *Revista de Historia Contemporánea*, núm. 10, 2012. Disponible en <http://hispanianova.rediris.es/10/articulos/10a003.pdf>
- Filgueira, Fernando, "A Century of Social Welfare in Uruguay: Growth to the Limit of the Batllista Social State", *Democracy and Social Policy Series*, Working Paper, núm. 5, 1995.
- Filgueira, Fernando, "El nuevo modelo de las prestaciones sociales en América Latina: eficiencia, residualismo y ciudadanía estratificada", en Bryan Roberts, *Centroamérica en reestructuración: ciudadanía y política social*, San José de Costa Rica, 1998.
- Filgueira, Fernando, A Century of Social Welfare in Uruguay: Growth to the Limit of the Batllista Social State, *Working Paper Democracy and Social Policy Series*, núm. 5, 1995.
- Filgueira, Fernando, Carlos Gerardo Molina, Jorge Papadópulos y Federico Tobar, "Universalismo básico: una alternativa posible y necesaria para mejorar las condiciones", en Carlos Gerardo Molina (ed.), *Universalismo básico: una nueva política social para América Latina*, BID-Planeta, Washington, 2006.
- Filgueira, Fernando, *Cohesión, riesgo y arquitectura de protección social en América Latina*, CEPAL, Santiago de Chile, 2007.
- Filgueira, Fernando, *Hacia un modelo de protección social universal en América Latina*, CEPAL, Santiago de Chile, 2014.
- Flamand, Laura, y Carlos Moreno Jaimes, *Seguro Popular y federalismo en México: Un análisis de política pública*, CIDE, Ciudad de México, 2014.
- FMI, Nicaragua: Declaración final de la visita del personal técnico del FMI. IMF, 2018. Disponible en <https://www.imf.org/es/News/Articles/2018/02/06/ms020618-nicaragua-staff-concluding-statement-of-an-imf-staff-visit>
- Fonasa, "Boletín Estadístico 2017-2018", Gobierno de Chile. Disponible en <https://www.fonasa.cl/sites/fonasa/documentos>
- Fonasa, "Bonos". Disponible en <https://www.fonasa.cl/sites/fonasa/beneficiarios/bonos>
- Forteza, Álvaro, *The Portability of Pension Rights: General Principals and the Caribbean Case*, Social Protection and Labor Discussion Paper, Banco Mundial, mayo de 2008.
- Freije, Samuel, *Informal Employment in Latin America and the Caribbean: Causes, Consequences and Policy Recommendations*, Banco Interamericano de Desarrollo, Washington D. C., 2002.
- Galbraith, John K., "How Keynes came to America", en Andrea D. Williams (ed.), *The essential Galbraith*, Houghton Mifflin, Boston, 2001.
- Garay, Candelaria, *Social Policy Expansion in Latin America*, Cambridge University Press, Nueva York, 2016.
- Garciamarín Hernández, Hugo, *La fundación de la Conferencia Interamericana de Seguridad Social (1942)*, CISS, Ciudad de México, 2019.
- Glassman, Amanda, et al., "Political Analysis of Health Reform in the Dominican Republic", *Health Policy and Planning*, núm. 2, vol. 14, Oxford, 1999, pp. 115-126.
- Global Multidimensional Poverty Index (MPI) 2011-2012, Oxford Poverty & Human Development Initiative. Disponible en <https://ophi.org.uk/multidimensional-poverty-index/>.
- Gobat, Michel, *Confronting the American Dream: Nicaragua under U. S. Imperial Rule*. Duke University Press Books, 2005. Disponible en https://www.amazon.com/Michel-Gobat-ebook/dp/B00EHNTK84/ref=sr_1_13?dchild=1&keywords=Nicaragua&qid=1592700328&s=digital-text&sr=1-13.
- González Arana, Roberto, Nicaragua. Dictadura y revolución, *Revista Digital de Historia y Arqueología desde el Caribe*, año 6, núm. 10, 2009. Universidad del Norte, Barranquilla. Disponible en <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/3013321.pdf>
- González Pier et al., 2006, citado en Laura Flamand y Carlos Moreno Jaimes, *Seguro Popular y Federalismo en México: Un análisis de política pública*, CIDE, Ciudad de México, 2014.
- Greer, Virginia, State Department Policy in Regard to the Nicaraguan Election of 1924. *The Hispanic American Historical Review* 34 (4): 445-467, 1954. Disponible en <http://www.jstor.org/stable/2509079>
- Greif, Mariana, "Danilo Astori: las medidas de la reforma de 2008 fueron a contrapelo de la transformación que necesita la seguridad social", *La Diaria*, 19 de diciembre de 2019. Disponible en <https://ladiaria.com.uy/politica/articulo/2019/12/danilo-astori-las-medidas-de-la-reforma-de-2008-fueron-a-contrape-lo-de-la-transformacion-que-necesita-la-seguridad-social/>
- Grenada National Insurance Board, *Annual Report 2016*. Disponible en http://www.nisgrenada.org/download.php?file=/downloads/NIS_ANNUAL_REPORT_2016.pdf

- Guyana National Insurance, *Annual Report 2016*. Disponible en <https://www.nis.org.gy/sites/default/files/2016%20Annual%20Report.pdf>
- Haggard, Stephan y Robert Kaufman, *Development, Democracy and Welfare States: Latin America, East Asia, and Eastern Europe*, Princeton University Press, Princeton y Oxford, 2008.
- Haggard, Stephan, y Robert Kaufman, *Development, Democracy and Welfare States: Latin America, East Asia, and Eastern Europe*, Princeton University Press, Princeton, 2008.
- Hall, Peter, y Rosemary Taylor, "Political Science and the Three New Institutionalisms", *Political Studies*, núm. 44, 1996, pp. 936-957.
- Harrison, Benjamin, The United States and the 1909 Nicaragua Revolution. *Caribbean Quarterly* 41 (3-4): 45-63, 1995. Disponible en <http://www.jstor.org/stable/40653942>
- Hart, Richard, *Labour Rebellions of the 1930s in the British Caribbean Region Colonies*, Jamaica Labour Weekly, 2002.
- Hecló, Hugh, *Modern Social Politics in Britain and Sweden: From Relief to Income Maintenance*, Yale University Press, New Heaven, 1974.
- Hernández, Rogelio, *El centro dividido: la nueva autonomía de los gobernadores*, El Colegio de México, Ciudad de México, 2008.
- Herrera González, P., "Las Conferencias Americanas del Trabajo y el debate sobre las condiciones laborales del proletariado de América Latina, 1936-1946", *Mundos do trabalho*, núm. 13, vol. 7, enero-junio de 2015, pp. 105-128.
- Herrera Zúniga, René, "Nicaragua: el desarrollo capitalista dependiente y la crisis de la dominación burguesa. 1950-1980", *Foro Internacional*, XX (1980), pp. 612-645. Disponible en <https://forointernacional.colmex.mx/index.php/fi/article/download/848/838>
- Hobsbawm, Eric, *Historia del siglo XX*, Crítica, Barcelona, 2007.
- Hoy Digital, "Una visión diferente de la salud pública", Santo Domingo, 23 de agosto de 2004. Disponible en <https://hoy.com.do/una-vision-diferente-de-la-salud-publica-2/>
- Huber, Evelyne and John D. Stephens. *Democracy and the left: social policy and inequality in Latin America*, University of Chicago Press, Chicago, 2012.
- Huber, Evelyne y John D. Stephens, "Successful Social Policy Regimes? Political Economy, Politics, and Social Policy in Argentina, Chile, Uruguay, and Costa Rica", en Scott Mainwaring y Timothy Scully (eds.), *Democratic Governance in Latin America*, Stanford University Press, Stanford, 2010.
- Huber, Evelyne, Jennifer Pribble y John D. Stephens, "The Chilean Left in Power: Achievements, Failures, and Omissions", en Kurt Weyland, Raúl L. Madrid and Wendy Hunter (eds.), *Leftist Governments in Latin America: Successes and Shortcomings*, Cambridge University Press, Nueva York, 2010.
- Huber, Evelyne, y John Stephens, *Democracy and the Left: Social Policy and Inequality in Latin America*, University of Chicago Press, Chicago, 2012.
- Huber, Evelyne, y John Stephens, *Development and Crisis of the Welfare State: Parties and Policies in Global Markets*, The University of Chicago Press, Chicago y Londres, 2001.
- Huenchuan, Sandra, *Envejecimiento, solidaridad y protección social en América Latina y el Caribe. La hora de avanzar hacia la igualdad*, CEPAL, Santiago de Chile, 2015.
- IDEA Internacional, *El estado de la democracia en el mundo*, 2019.
- IDOPPRIL, *Estadísticas Institucionales*, 2020. Disponible en <http://www.arlss.gov.do/Transparencia/Estadisticas/Estadisticas.aspx>
- Illanes, María Angélica y Manuel Riesco, "Developmentalism and Social Change in Chile", en Manuel Riesco (ed.), *Latin America: a New Developmental Welfare State in the Making?*, Palgrave Macmillan, New York, 2007.
- ILO, *Maternity and Paternity at Work. Law and practice across the world*, OIT, Ginebra, 2014.
- ILO, *Social Security for All: Investing in Social Justice and Economic Development*, Ginebra, 2009.
- ILO, *Women and Men in the Informal Economy: A Statistical Picture*, Ginebra, 2002.
- ILO, *Women and Men in the Informal Economy: A Statistical Picture*, Ginebra, 2013.
- ILO, *Women and Men in the Informal Economy: A Statistical Picture*, Ginebra, 2018.
- ILO, *World Social Protection Report 2014/15: Building Economy Recovery, Inclusive Development and Social Justice*, Ginebra, 2014.
- INAIPI, *Historia*. Disponible en <https://www.inaiipi.gob.do/index.php/sobre-nosotros-2>.
- INAIPI, *Memoria Institucional INAIPI 2019: Rindiendo cuentas con transparencia*, 2019.
- INAIPI, *Memoria Institucional INAIPI 2019. Rindiendo cuentas con transparencia*. 2020.

- INSS, *Anuario estadístico 2018*, 2019. Disponible en https://inss-princ.inss.gob.ni/images/anuario_estadistico_2018.pdf
- INSS, *Base Legal*. Disponible en <https://inss-princ.inss.gob.ni/index.php/instituto2-3/55-marcojuridico>
- INSS, *EcuRed*. Disponible en https://www.ecured.cu/Instituto_Nicarag%C3%BCense_de_Seguridad_Social
- INSS, *Informe final de Consultoría Actuarial, Cálculo de Certificado de Traspaso, Costos específicos de coberturas de Riesgos Profesionales, de Invalidez, Vejez y Muerte, fondo de reserva de contingencia (prestación médica a jubilados) y otros*. División de Planificación, INSS, 2005.
- INSS, *Ley 975. Reglamento General de la Ley de Seguridad Social*, 1982. Disponible en <https://extranet.who.int/nutrition/gina/sites/default/files/NIC%20Decreto%20975%20Reglamento%20Ley%20SS.pdf>
- INSS, *Resolución 2019 1/325*, 2019. Disponible en <https://inss-princ.inss.gob.ni/images/stories/file/Resolucion20190128.pdf>
- INSS, *Resolución 2019 1/325*, 2019. Disponible en <https://inss-princ.inss.gob.ni/images/stories/file/Resolucion20190128.pdf>
- INSS, Seguro de Enfermedad y Maternidad. Disponible en <https://inss-princ.inss.gob.ni/index.php/serguero-sinss-2/7-enfermedad-y-maternidad>
- INSS, *Seguro de Invalidez, Vejez y Muerte (IVM)*. Disponible en <https://inss-princ.inss.gob.ni/index.php/serguero-sinss-2/5-seguro-de-invalidez-vejez-y-muerte-ivm>
- INSS, *Seguro de Riesgos Profesionales (RP)*. Disponible en <https://inss-princ.inss.gob.ni/index.php/serguero-sinss-2/8-seguro-de-riesgos-profesionales-rp>
- Instituto de Previsión Social, "¿Qué son la Asignación Familiar y el Subsidio Familiar (SUF)?", Chile Atiende. Disponible en <https://www.chileatiende.gob.cl/fichas/36386-que-son-la-asignacion-familiar-y-el-subsidio-familiar-suf>
- Instituto de Previsión Social, "Aporte Previsional Solidario de Invalidez", Gobierno de Chile. Disponible en <https://www.ips.gob.cl/servlet/internet/content/1421810825211/aporte-previsional-solidario-invalidez>
- Instituto de Previsión Social, "Pensión Básica Solidaria de Invalidez (PBSI)", Gobierno de Chile. Disponible en <https://www.ips.gob.cl/servlet/internet/content/1421810823021/pension-basica-solidaria-invalidez>
- Instituto de Previsión Social, "Pensión Básica Solidaria", Gobierno de Chile. Disponible en <https://www.chileatiende.gob.cl/fichas/33958-pension-basica-solidaria-pbs>
- Instituto de Previsión Social, "Reconocimiento de cargas para Asignación Familiar", Chile atiende. Disponible en <https://www.chileatiende.gob.cl/fichas/25878-reconocimiento-de-cargas-para-asignacion-familiar-trabajadores-dependientes>
- Instituto Nacional de Estadística, "Lineas de Pobreza e Indigencia per cápita, para Montevideo, Interior Urbano e Interior Rural (en pesos uruguayos)", 2020. Disponible en <http://www.ine.gub.uy/linea-de-pobreza>
- Instituto Nacional de Estadística, Afiliados, por año, según AFAP, 2020. Disponible en <http://ine.gub.uy/seguridad-social>
- Instituto Nacional de Estadística, *Encuesta Continua de Hogares*. Disponible en <http://www.ine.gub.uy/web/guest/encuesta-continua-de-hogares1>
- Instituto Nacional de Estadística, *Microdatos de la Encuesta Continua de Hogares 2019*, Boletín Técnico, 1 de abril de 2020.
- Intendencia de Beneficios Sociales, *Protección a la maternidad en Chile: Evolución del Permiso Postnatal a cinco años de su implementación 2011-2016*, Superintendencia de Seguridad Social, 2016.
- James, Estelle, "How It's Done in Chile", *The Washington Post*, 13 de febrero de 2005. Disponible en <https://www.washingtonpost.com/archive/opinions/2005/02/13/how-its-done-in-chile/40c591ae-fe6e-4652-a235-d2cbb3f6cd81/>
- Jarquín, Leyla, "¿Cómo lo atienden en el Seguro Social?", *El Nuevo Diario*, Managua, 13 de agosto de 2014. Disponible en <https://www.elnuevodiario.com.ni/nacionales/327243-atienden-seguro-social/#:~:text=Detalla%20que%20independientemente%20del%20salario,atender%20a%20los%20687%2C804%20cotizantes>.
- Jenkins, Michael, "Social Security Trends in the English-Speaking Caribbean", *International Labour Review*, núm. 5, vol. 120, septiembre-octubre de 1981, pp. 631-643.
- Jennifer Tolbert, Kendal Orgera, Natalie Singery Anthony Damico, "Key Facts about the Uninsured Population", 13 de diciembre de 2019, <https://www.kff.org/uninsured/issue-brief/key-facts-about-the-uninsured-population/>
- Judt, Tony, *Postguerra: Una historia de Europa desde 1945*, Santillana, México, 2011.
- Junta Nacional de Cuidados, *Plan Nacional de Cuidados*, Montevideo, 2014.

- Kangas, Ollie E., "Testing Old Theories in New Surroundings: The Timing of First Social Security Laws in Africa", *International Social Security Review*, núm. 1, vol. 65, 2012, pp. 73-97.
- Kealey, Gregory, y Bryan Palmer, *Dreaming of What Might Be. The Knights of Labor in Ontario, 1880-1900*, Cambridge University Press, Cambridge, 1982.
- Korenzoni, Luca et al. "Health Systems Characteristics: A Survey of 21 Latin American and Caribbean Countries", *OECD Health Working Papers*, núm. 111, 2019
- Korpi, Walter, "Social Policy and Distributional Conflict in the Capitalist Democracies. A Preliminary Comparative Framework", *West European Politics*, núm.3, vol. 3, 1981, pp. 296-316.
- Korpi, Walter, *The Democratic Class Struggle*, Routledge, Londres, 1983.
- KPMG Centre for Universal Health Coverage, *Islands of Progress. The Caribbean's journey to Universal Health Coverage*, KPMG, 2018.
- Kus, Basak, "Neoliberalism, Institutional Change and the Welfare State: The Case of Britain and France", *International Journal of Comparative Sociology*, 2006, pp. 508-509.
- Lacalle Pou, Luis, *Lo que nos une: programa de gobierno 2020 / 2025*, agosto de 2019. Disponible en <https://lacallepou.uy/descargas/programa-de-gobierno.pdf>
- Latinobarómetro, *Mediciones en América Latina y el Caribe sobre satisfacción de los usuarios con los servicios médicos 2007 y 2011*. Disponible en <https://www.latinobarometro.org/latContents.jsp>.
- Laurell, Asa Cristina, y Ligia Giovanella, "Health Policies and Systems in Latin America", *Oxford Research Encyclopedia of Global Public Health*, Oxford University Press, 2018.
- Lavalleja, Martín, Ianina Rossi y Victoria Tenenbaum, *La flexibilización de las condiciones de acceso a las jubilaciones en el Uruguay*, CEPAL, Santiago de Chile, 2018.
- Lavigne, Milena, *Sistemas de protección social en América Latina y el Caribe: Paraguay*, CEPAL, Santiago de Chile, 2012.
- Lavigne, Milena, y Luis Hernán Vargas, *Sistemas de protección social en América Latina y el Caribe: República Dominicana*, CEPAL, Santiago de Chile, 2013.
- Ley 331. *Ley Especial de Prestaciones de Seguridad Social para los Trabajadores Mineros*, 1980. Disponible en [http://legislacion.asamblea.gob.ni/normaweb.nsf/\(\\$All\)/9C51FFE957A4FBC6062570A10057BE-9B?OpenDocument](http://legislacion.asamblea.gob.ni/normaweb.nsf/($All)/9C51FFE957A4FBC6062570A10057BE-9B?OpenDocument).
- Ley 521. *Ley de Reforma a la Constitución Política de Nicaragua*, 2005. Disponible en [http://legislacion.asamblea.gob.ni/normaweb.nsf/\(\\$All\)/CECC-B0178450825E062570A10058505B?OpenDocument](http://legislacion.asamblea.gob.ni/normaweb.nsf/($All)/CECC-B0178450825E062570A10058505B?OpenDocument)
- Ley 539. *Ley de Seguridad Social (2005)*, 2006. Disponible en [http://legislacion.asamblea.gob.ni/Normaweb.nsf/\(\\$All\)/CoD9072AD24378630625755B0076D-0B9?OpenDocument](http://legislacion.asamblea.gob.ni/Normaweb.nsf/($All)/CoD9072AD24378630625755B0076D-0B9?OpenDocument)
- Ley 558. *Ley Marco para la Estabilidad y Gobernabilidad del País*, 2005. Disponible en [http://legislacion.asamblea.gob.ni/Normaweb.nsf/\(\\$All\)/EAF01C26BDAF-30D1062570C8005BEDDE?OpenDocument](http://legislacion.asamblea.gob.ni/Normaweb.nsf/($All)/EAF01C26BDAF-30D1062570C8005BEDDE?OpenDocument)
- Ley 568. *Ley de Derogación de la Ley 340, Ley de Sistema de Ahorro para Pensiones y Ley 388, Ley Orgánica de la Superintendencia de Pensiones*, 2005. Disponible en <http://legislacion.asamblea.gob.ni/normaweb.nsf/3133c0d121ea3897062568a1005e0f89/c15a-3625394948b40625755b0075e5b6?OpenDocument>.
- Ley 974. *Ley de Seguridad Social (1982)*, 1982. Disponible en <http://legislacion.asamblea.gob.ni/Normaweb.nsf/9e314815a08d4a6206257265005d21f9/d018e442c-0d037d5062570a10057cfa8?OpenDocument>.
- Ley 976. *Ley de Anexión al I.N.S.S. de las atribuciones del Ministerio de Bienestar Social*, 1982. Disponible en <http://legislacion.asamblea.gob.ni/normaweb.nsf/d0c69e2c91d9955906256a400077164a/a655e-0477d67a802062570a10057cfb8?OpenDocument>.
- Ley General de Salud, 2002. Disponible en [http://legislacion.asamblea.gob.ni/Normaweb.nsf/\(\\$All\)/FF82EA58EC-7C712E062570A1005810E1?OpenDocument](http://legislacion.asamblea.gob.ni/Normaweb.nsf/($All)/FF82EA58EC-7C712E062570A1005810E1?OpenDocument).
- Ley Orgánica de Seguridad Social (1955), 1955. Disponible en [http://legislacion.asamblea.gob.ni/Normaweb.nsf/%28\\$All%29/8BCCF85E103820780625718C-004D43E3?OpenDocument](http://legislacion.asamblea.gob.ni/Normaweb.nsf/%28$All%29/8BCCF85E103820780625718C-004D43E3?OpenDocument).
- Lipset, Seymour Martin, "Trade Union Exceptionalism: The United States and Canada", *The Annals of the American Academy of Political and Social Science*, núm. 538, 1995, pp. 115-130.
- Londoño, Juan Luis, y Julio Frenk, "Pluralismo estructural: Hacia un Modelo Innovador para la Reforma de los Sistemas de Salud en América Latina", *Documento de Trabajo Banco Interamericano de Desarrollo*, núm. 353, 1996.
- Lund, Francie, "Social Protection, Citizenship, and the Employment Relation", *WIEGO Working Paper*, núm. 10, 2009.
- Maioni, Antonia, "Transformaciones del Estado de bienestar canadiense", en Ilán Bizberg y Scott B. Martin con la colaboración de Antonia Maioni y Sylvain Turcotte, *El Estado de bienestar ante la globalización. El caso*

- de Norteamérica, El Colegio de México-PIERAN, Ciudad de México, 2012.
- Maldonado Sierra, Guillermo Alfonso, "La seguridad social en el derecho de integración subregional de América Latina y el Caribe", *Revista Latinoamericana de Derecho Social*, núm. 28, enero-junio de 2019, pp. 103-133.
- Mancini, Fiorella, "Sociology and Risk: A Link in Permanent (Re) Construction", en Martyn Chamberlain (ed.), *Medicine, Risk, Discourse and Power*, Routledge, Nueva York, 2016.
- Mancuello Alum, Julia Noemi, y María Stella Cabral de Benjano, "Sistema de Salud de Paraguay", *Revista de Salud Pública del Paraguay*, vol. 1, núm. 1, 2011.
- Mares, Isabela, y Matthew Carnes, "Social Policy in Developing Countries", *Annual Review of Political Science*, núm. 12, 2009, pp. 93-113.
- Martin, Scott B., "Liberal, pero en cambio constante: del desmantelamiento selectivo a la expansión selectiva del Estado benefactor estadounidense a partir de 1980", en Ilán Bizberg y Scott B. Martin con la colaboración de Antonia Maioni y Sylvain Turcotte, *El Estado de bienestar ante la globalización. El caso de Norteamérica*, El Colegio de México-PIERAN, Ciudad de México, 2012.
- Martínez Franzoni, Juliana, *Regímenes del bienestar en América Latina*, Documento de Trabajo núm. 11, Fundación Carolina, mayo de 2007.
- Martínez Franzoni, Juliana, *Sistemas de protección social en América Latina y el Caribe: Nicaragua*, CEPAL, Santiago, 2013.
- Martínez Franzoni, Juliana, y Diego Sánchez Ancochea, *The Quest for Universal Social Policy in the South: Actors, Ideas, and Architectures*, Cambridge University Press, Cambridge, 2016.
- Marx, Karl, *El capital: crítica de la economía política*, Siglo XXI Editores, México, 2009.
- Mata Greenwood, Adriana, "Definiciones Internacionales y Futuro de las Estadísticas de Subempleo" Organización Internacional del Trabajo, Ginebra, 1999. Disponible en https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---dgreports/---stat/documents/publication/wcms_091441.pdf
- Maul, Daniel R., "The International Labour Organization and the Globalization of Human Rights, 1944-1970", en S. Hoffmann (ed.), *Human Rights in the Twentieth Century*, Cambridge University Press, Cambridge, 2010.
- Mesa-Lago, Carmelo, "Models of development, social policy and reform in Latin America", en Thandika Mkwandawire (ed.), *Social Policy in a Development Context*. Palgrave Macmillan, Londres, 2004.
- Mesa-Lago, Carmelo, "Las rebeliones por la seguridad social", *Letras Libres*, julio de 2018. Disponible en <https://www.letraslibres.com/mexico/revista/las-rebeliones-por-la-seguridad-social>
- Mesa-Lago, Carmelo, "Protección social en Chile: Reformas para mejorar la equidad", *Revista Internacional del Trabajo*, núm. 4, vol. 125, 2008, pp. 421-446.
- Mesa-Lago, Carmelo, Arenas de Mesa, A., Brenes, I., Montecinos, V., and Samara, M., *Market, socialist, and mixed economies: comparative policy and performance: Chile, Cuba, and Costa Rica*. The Johns Hopkins University Press, Baltimore, 2003.
- Mesa-Lago, Carmelo, *Desarrollo de la seguridad social en América Latina*, CEPAL, Santiago de Chile, 1985.
- Mesa-Lago, Carmelo, *El desarrollo de la seguridad social en América Latina*, CEPAL, Santiago de Chile, 1985.
- Mesa-Lago, Carmelo, *Health Care for the Poor in Latin America and the Caribbean*, Pan-American Health Organization/Inter-American Foundation, Washington D. C., 1992.
- Mesa-Lago, Carmelo, *La Seguridad Social en Nicaragua. Diagnóstico y recomendaciones para su reforma*. Managua: Instituto Nicaragüense de Investigaciones y Estudios Tributarios, 2020. Disponible en <https://www.iniet.org/wp-content/uploads/2020/03/Seguridad-Social-Diagn%C3%B3stico-Carmelo-Mesa-Lago-INIET-2020.pdf>
- Mesa-Lago, Carmelo, *Las reformas de pensiones en América Latina y su impacto en los principios de la seguridad social*, CEPAL, Santiago de Chile, 2004.
- Mesa-Lago, Carmelo, *Portfolio Performance of Selected Social Security Institutes in Latin America*, World Bank Discussion Papers, núm. 139, 1991.
- Mesa-Lago, Carmelo, Sergio Santamaría, y Rosa María López. 1997. *La seguridad social en Nicaragua: diagnóstico y propuesta de reforma*, Fundación Friedrich Ebert, Representación en Nicaragua. Disponible en https://www.paho.org/nic/index.php?option=com_docman&view=download&alias=192-la-seguridad-social-en-nicaragua&category_slug=publicaciones-antiores&Itemid=235.
- Mesa-Lago, Carmelo, *Social Security in Latin America: Pressure Groups, Stratification and Inequality*, University of Pittsburgh Press, Pittsburgh, 1978.
- Midaglia, Carmen y Florencia Antía, "La izquierda en el gobierno: ¿cambio o continuidad en las políticas de bienestar social?", *Revista Uruguaya de Ciencia Política*, núm. 16, 2007.

- Middlebrook, Kevin J., y Manuel Alejandro Guerrero, "Movimiento obrero y democratización en regímenes posrevolucionarios: las políticas de transición en Nicaragua, Rusia y México", *Foro Internacional* 37(3): 365-407, 1997. Disponible en <https://forointernacional.colmex.mx/index.php/fi/article/view/1444>
- Midgley, James y Kwongleung Tang, "Introduction: Social Policy, Economic Growth and Developmental Welfare", *International Journal of Social Welfare*, núm. 4, vol. 10, 2001, pp. 244-252.
- Ministerio de Desarrollo Social y Familia, "En Chile todos contamos. Segundo catastro nacional de personas en situación de calle", Gobierno de Chile. Disponible en <http://www.desarrollosocialyfamilia.gob.cl/btca/txtcompleto/midesocial/enchletodoscontamos-2catastrocalles.pdf>
- Ministerio de Desarrollo Social y Familia, *Informe de Desarrollo Social 2019*, Gobierno de Chile. Disponible en http://www.desarrollosocialyfamilia.gob.cl/storage/docs/Informe_de_Desarrollo_Social_2019.pdf
- Ministerio de Desarrollo Social, *Encuesta Casen Estadística Pobreza*, Gobierno de Chile, 2012.
- Ministerio de Salud Pública, "Informe Cobertura Poblacional del SNIS según prestador 2017-2018", 2020. Disponible en <https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/tematica/cobertura-poblacional>
- Ministerio de Salud Pública, "Población afiliada a ASSE por tipo de afiliación 2012-2020", 2020. Disponible en <https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/datos-y-estadisticas/datos/poblacion-afiliada-asse-tipo-afiliacion-2012-2020>
- Ministerio de Salud Pública, "Población afiliada a ASSE, IAMC y Seguros Privados Integrales, según censos. Serie 2005-2019", 2020. Disponible en <https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/datos-y-estadisticas/datos/poblacion-afiliada-asse-iamc-seguros-privados-integrales-segun-censos-serie-2005-2019>
- Ministerio de Salud Pública, "Precios de tickets y órdenes de las Instituciones de Asistencia Médica Colectiva (IAMC) a partir de julio 2019", 2019. Disponible en <https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/datos-y-estadisticas/datos/precios-tickets-ordenes-instituciones-asistencia-medica-colectiva-iamc-0>
- Ministerio de Salud Pública, *Cuentas de Salud 2016-2017: gasto y financiamiento de la salud en Uruguay*, Montevideo, 2020.
- Ministerio de Salud, "PRAIS", Gobierno de Chile. Disponible en <https://www.ssmc.cl/prais>
- MINSA, *Modelo de Salud Familiar y Comunitario. Manual de Organización y Funcionamiento del Sector*, 2008. Disponible en <http://www.minsa.gob.ni/index.php/repository/Descargas-MINSA/Divisi%C3%B3n-General-Planificaci%C3%B3n-y-Desarrollo/Modelo-de-Salud-Familiar-Comunitaria/Manual-de-Organizaci%C3%B3n-y-Funcionamiento-del-Sector/>
- MINSA, *Política Nacional de Salud*, 2008. Disponible en https://extranet.who.int/countryplanningcycles/sites/default/files/planning_cycle_repository/nicaragua/nicaragua_politica_nacional_de_salud_2008-2015.pdf
- Miranda, Bonifacio, "Bipartidismo y dictadura en Nicaragua". *Confidencial* (blog), 30 de junio de 2020. Disponible en <https://confidencial.com.ni/bipartidismo-y-dictadura-en-nicaragua/>
- Molina, Silvia, Lucía Alonso y Jorge Fernández, "Uruguay: el Plan Integral de Atención a la Salud", en Ursula Giedion, Ricardo Bitrán e Ignez Tristao (eds.), *Planes de beneficios en salud en América Latina: una comparación regional*, BID, 2014.
- Monterrey Arce, Javier, *Sistemas de protección social en América Latina y el Caribe: Bolivia*, CEPAL, Santiago de Chile, 2013.
- Moreno-Serra, Rodrigo, Misael Anaya Montes y Peter C. Smith, *Levels and Determinants of Health System Efficiency in Latin America and the Caribbean*, IDB Technical Note 1582, BID, noviembre de 2018. Disponible en <https://publications.iadb.org/en/levels-and-determinants-health-system-efficiency-latin-america-and-caribbean>
- Morlachetti, Alejandro, *Current State of Social Protection Legislation in Barbados and the Organization of Eastern Caribbean States from a Human Rights Perspective*, FAO, Roma, 2015.
- Morris, Kenneth E., *Unfinished Revolution: Daniel Ortega and Nicaragua's Struggle for Liberation*. Chicago Review Press, 2010. Disponible en https://www.amazon.com/Unfinished-Revolution-Nicaraguas-Struggle-Liberation-ebook/dp/B005HF4CZW/ref=sr_1_90?dchild=1&keywords=Nicaragua&qid=1592700642&s=digital-text&sr=1-90
- Mostajo, Rossana, *Gasto social y distribución del ingreso: caracterización e impacto redistributivo en países seleccionados de América Latina y el Caribe*, CEPAL, Santiago de Chile, 2000.
- Muiser, Jorine et al., "Sistema de salud de Nicaragua", en *Salud Pública de México*, 53 (enero 2011), Instituto Nacional de Salud Pública. Disponible en <http://>

- www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0036-36342011000800018&lng=es&nrm=i-so&tlng=es
- Muscant, Ivan, *The Banana Wars: A History of United States Military Intervention in Latin America from the Spanish-American War to the Invasion of Panama*, Nueva York, 1991. Disponible en <https://archive.org/details/bananawarshistoroomusi>
- Myles, John, y Jill Quadagno, *Political Theories of the Welfare State*, Social Service Review, 2002.
- Nassar, Koffie et al., *National Insurance Scheme Reforms in the Caribbean*, IMF Working Paper WP/16/206, octubre de 2016.
- National Insurance Corporation, St. Lucia, *Chairman's Report. July 2016-June 2017*. Disponible en <http://stlucianic.org/annual-reports/>
- Navarro Medal, Karlos, "Nicaragua", en *Reversing Pension Privatizations. Rebuilding Public Pension Systems in Eastern Europe and Latin America*. Ginebra: Organización Internacional del Trabajo, 2019. Disponible en http://www.ilo.org/secsoc/information-resources/publications-and-tools/books-and-reports/WCMS_648574/lang--en/index.htm
- Niedzwiecki, Sara y Jennifer Pribble, "Social Policies and Center-Right Governments in Argentina and Chile", *Latin American Politics and Society*, núm. 3, vol. 59, 2017, pp. 72-97.
- O'Connor, James, "The Fiscal Crisis of the Welfare State", en Christopher Pierson y Francis G. Castles, *The Welfare State Reader* (2.ª ed.), Polity Press, Cambridge, 2006.
- Obinger, Herbert, Carina Schmitt y Peter Starker, "Policy Diffusion and Policy Transfer in Comparative Welfare State Research", *Social Policy and Administration*, núm. 47, 2013, pp. 111-129.
- Observatorio de Políticas Sociales y Desarrollo, *El sistema de pensiones de la República Dominicana desde la perspectiva de las políticas sociales*. Boletín del Observatorio de Políticas Sociales y Desarrollo, núm. 9, vol. 2, Santo Domingo, 2018.
- Observatorio Mundial de Salud, "Partos atendidos por personal entrenado" Repositorio de datos. Disponible en <https://apps.who.int/gho/data/view.main.GSWCAH02v>
- Observatorio Mundial de Salud, *Partos atendidos por personal entrenado*. Disponible en <https://apps.who.int/gho/data/view.main.GSWCAH02v>
- Observatorio Social, "Encuesta Casen 2017", Ministerio de Desarrollo Social y Familia. Disponible en <http://observatorio.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/index.php>
- Ocampo, José Antonio, y Natalie Gómez-Arteaga, "Los sistemas de protección social, la redistribución y el crecimiento en América Latina", *Revista de la CEPAL*, núm. 122, 2017, pp. 7-33.
- OCDE, *OECD Reviews of Public Health: Chile: A healthier tomorrow*, París, 2019.
- OCDE, *Panorama de la salud 2017*, París, 2018.
- OCDE, *Panorama de la Salud: Latinoamérica y el Caribe 2020*, París, 2020.
- OCDE, *Social Benefit Recipients Database (SOCR)*, 2016. Disponible en <https://www.oecd.org/social/recipients.htm>
- OEA, *Carta de la Organización de los Estados Americanos*, 1948.
- OECD, "Report on the Gender Initiative: Gender Equality in Education, Employment and Entrepreneurship 2011", París, 2011.
- OECD, *Latin American Economic Outlook 2019. Development in Transition*, 2019. Disponible en <https://www.oecd.org/publications/latin-american-economic-outlook-201925140.htm>
- OECD, *OECD Social Expenditure Database (SOCX)*, 2019. Disponible en <https://stats.oecd.org/>
- OECD/IDB/WB, *Pensions at a Glance: Latin America and the Caribbean*, 2014. Disponible en https://read.oecd-ilibrary.org/finance-and-investment/oecd-pensions-at-a-glance_pension_glance-2014-en#page1
- Offe, Claus, "Some Contradictions of the Modern Welfare State", *Critical Social Policy*, núm. 2, 1982, pp. 7-16.
- Oficina Internacional del Trabajo, *Pisos de Protección Social para una globalización equitativa e inclusiva: Informe del Grupo consultivo presidido por Michelle Bachelet. Convocado por la OIT con la colaboración de la OMS*, Ginebra, 2011.
- Oficina Nacional de Estadística, "Población por región, provincia y año calendario, según sexo y grupos quinquenales de edad, 2000-2030", 2016. Disponible en <https://www.one.gob.do/demograficas/proyecciones-de-poblacion>
- Oficina Nacional de Estadística, *Portal interactivo de Pobreza de la República Dominicana*. Disponible en <http://pip.one.gob.do/>
- OISS, Banco de información de los sistemas de Seguridad Social Iberoamericanos, Madrid, 2018. Disponible en https://oiss.org/wp-content/uploads/2018/12/bissi_2018.pdf
- OISS, *Características generales del Sistema de Seguridad Social de Nicaragua. Banco de información de los sistemas de Seguridad Social Iberoamericanos*, Madrid,

2018. Disponible en https://oiss.org/wp-content/uploads/2018/12/bissi_2018.pdf
- OIT, "Definiciones. Tasa de desocupación". Disponible en https://www.ilo.org/ilostat-files/Documents/description_UR_SP.pdf
- OIT, "Desempleo por edad y sexo", *ILOSTAT*, 2020. Disponible en https://www.ilo.org/shinyapps/bulkexplorer36/?lang=en&segment=indicator&id=UNE_TUNE_SEX_AGE_NB_A
- OIT, "ILO, World Social Protection Database, based on SSI"; *ILOSTAT, National Sources*. Disponible en <https://www.social-protection.org/gimi/RessourceDownload.action?ressource.ressourceId=54610>
- OIT, "Labour force participation rate by sex and age (%) – Annual", *ILOSTAT*, 2020. Disponible en https://www.ilo.org/shinyapps/bulkexplorer15/?lang=en&segment=indicator&id=EAP_DWAP_SEX_AGE_RT_A
- OIT, "Labour Force Participation rate by sex and age (%) - Annual", *ILOSTAT*, 2020. Disponible en https://www.ilo.org/shinyapps/bulkexplorer15/?lang=en&segment=indicator&id=EAP_DWAP_SEX_AGE_RT_A
- OIT, "Labour Force Participation rate by sex and age (%) - Annual", *ILOSTAT*, 2020. Disponible en https://www.ilo.org/shinyapps/bulkexplorer15/?lang=en&segment=indicator&id=EAP_DWAP_SEX_AGE_RT_A
- OIT, "Tasa de desempleo por sexo y edad (%) anual", *ILOSTAT*, 2020. Disponible en https://www.ilo.org/shinyapps/bulkexplorer31/?lang=en&segment=indicator&id=UNE_DEAP_SEX_AGE_RT_A
- OIT, "Tasa de desempleo por sexo y edad (%) anual", *ILOSTAT*, 2020. Disponible en https://www.ilo.org/shinyapps/bulkexplorer31/?lang=en&segment=indicator&id=UNE_DEAP_SEX_AGE_RT_A
- OIT, "Tasa de desempleo por sexo y edad (%) anual", *ILOSTAT*, 2020. Disponible en https://www.ilo.org/shinyapps/bulkexplorer31/?lang=en&segment=indicator&id=UNE_DEAP_SEX_AGE_RT_A
- OIT, "Tasa de desempleo por sexo y edad (porcentaje anual)", *ILOSTAT*, 2020. Disponible en https://www.ilo.org/shinyapps/bulkexplorer31/?lang=en&segment=indicator&id=UNE_DEAP_SEX_AGE_RT_A
- OIT, "Unemployment Rate by Sex and Age (%) - Annual", *ILOSTAT*, 2020. Disponible en https://www.ilo.org/shinyapps/bulkexplorer42/?lang=en&segment=indicator&id=UNE_DEAP_SEX_AGE_RT_A
- OIT, *Convenio 102-Norma mínima de Seguridad Social*, 1952. Disponible en http://biblioteca.ciess.org/adiss/r1083/convenio_102_norma_mnima_de_seguridad_social
- OIT, *Declaración relativa a los fines y objetivos de la Organización Internacional del Trabajo (Declaración de Filadelfia)*, 1944.
- OIT, *Informe Mundial sobre la Protección Social 2017-19: La protección social universal para alcanzar los Objetivos del Desarrollo Sostenible*, Ginebra, 2017.
- OIT, *Informe Mundial sobre la Protección Social 2017-2019: La protección social universal para alcanzar los objetivos del Desarrollo Sostenible*, Ginebra, 2017.
- OIT, *La seguridad social en las Américas. Progresos alcanzados y objetivos para el futuro, con especial referencia a América Latina*, Ginebra, 1967.
- OIT, *Presente y futuro de la protección social en América Latina y el Caribe*, Lima, 2018.
- OIT, *Women and Men in the Informal Economy: A Statistical Picture*, Ginebra, 2018.
- OIT/Oficina Regional para América Latina y el Caribe, *Presente y futuro de la protección social en América Latina y el Caribe*, Lima, 2018.
- Olesker, Daniel, "Igualdad, universalidad y accesibilidad: economía política y estado actual de la política de salud", en Miguel Fernández Galeano, Eduardo Levcovitz y Daniel Olesker (eds.), *Economía, política y economía política para el acceso y la cobertura universal de salud en Uruguay*, OPS, Montevideo, 2015.
- OMS, "Partos atendidos por personal entrenado", Repositorio de datos del Observatorio Mundial de Salud. Disponible en <https://apps.who.int/gho/data/view.main.GSWCAH02v>
- Ondetti, Gabriel, "International Migration and Social Policy Underdevelopment in the Dominican Republic", *Global Social Policy*, núm. 1, vol. 12, 2012.
- ONU, *Declaración Universal de Derechos Humanos*, 10 de diciembre de 1948.
- ONU, *Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales*. Adoptado y abierto a la firma, ratificación y adhesión por la Asamblea General en su resolución 2200 A (XXI), de 16 de diciembre de 1966.
- OPS y CISSCAD, *Seguridad social en Centroamérica y República Dominicana: situación actual y desafíos*, Washington D. C., 2020.
- OPS y OMS, *La seguridad social en los países del área andina*, Washington D. C., 1992.
- OPS y OMS, *Salud en las Américas. Edición del 2017. Resumen: panorama regional y perfiles de país*, Washington D. C., 2017.
- OPS-OMS-CISSCAD, *Seguridad Social en Centroamérica y República Dominicana: Situación actual y desafíos*, Washington D. C., 2020.

- OPS, "Stewardship and Governance toward Universal Health", *Health in the Americas 2017*. Disponible en <https://www.paho.org/salud-en-las-americas-2017/?p=47>
- OPS, "Tasa de mortalidad por enfermedades no transmisibles c/100,000 habitantes", 2020. Disponible en <https://www.paho.org/data/index.php/es/visualizacion-de-ndicadores.html>
- OPS, "Tasa de mortalidad por enfermedades transmisibles c/100,000 habitantes", 2020. Disponible en <https://www.paho.org/data/index.php/es/visualizacion-de-ndicadores.html>
- OPS, *Organización Panamericana de la Salud*. Disponible en <https://www.paho.org/data/index.php/es/visualizacion-de-ndicadores.html>
- OPS, *PLISA Plataforma de Información en Salud para las Américas*. Disponible en <https://www.paho.org/data/index.php/es/visualizacion-de-ndicadores.html>
- OPS, *PLISA Plataforma de Información en Salud para las Américas*. Disponible en <https://www.paho.org/data/index.php/es/visualizacion-de-ndicadores.html>
- OPS, *Seguridad Social en Centroamérica y República Dominicana. Situación actual y desafíos*, Washington D. C., 2020.
- Oreggioni, Ida, "El camino hacia la cobertura universal en Uruguay: cambios en el financiamiento del sistema de salud uruguayo", en Miguel Fernández Galeano, Eduardo Levcovitz y Daniel Olesker (eds.), *Economía, política y economía política para el acceso y la cobertura universal de salud en Uruguay*, OPS, Montevideo, 2015.
- Organización de las Naciones Unidas (ONU), Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (CES-CR), *Observación general nº 19: El derecho a la seguridad social (artículo 9)*, 4 de febrero 2008, E/C.12/GC/19. Disponible en <https://www.refworld.org/es/docid/47d6667f2.htm>
- Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura (FAO), *Protección social en la pesca artesanal y la acuicultura de recursos limitados en América Latina y el Caribe*, Santiago de Chile, 2019.
- Orszag, Peter R., and Joseph E. Stiglitz. "Rethinking pension reform: Ten myths about social security systems." *New ideas about old age security*, 2001, pp. 17-56.
- Ortega Hegg, Manuel, "Nicaragua 2006: el regreso del FSLN al poder", *Revista de ciencia política (Santiago)*, 27, ESP (2007), Pontificia Universidad Católica de Chile. Instituto de Ciencia Política. Disponible en https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0718-090X2007000100012&lng=es&nrm=iso&tlng=es
- Ortiz Monasterio, Luis, "El Caribe anglófono. La creación de una nacionalidad", *Revista Mexicana de política exterior*, núm. 38, 1993, pp. 15-20.
- Ortiz, Isabel *et al.*, "Reversing Pension Privatization: Rebuilding Public Pension Systems in Eastern Europe and Latin American Countries (2000-2018)", *Working Paper International Labour Office*, núm. 63, 2018.
- Ortiz, Isabel, Fabio Durán-Valverde, Stefan Urban, Veronika Wodsak, Zhiming Yu, *La reversión de la privatización de las pensiones: Reconstruyendo los sistemas públicos de pensiones en los países de Europa Oriental y América Latina (2000-2018)*, OIT, Ginebra, 2019.
- Paddison, Oliver, "Social Protection in the English-speaking Caribbean", *CEPAL Review*, 92, agosto 2007, pp. 101-120.
- Palacios, Robert J., "Pension Reform in the Dominican Republic", *Social Protection Discussion Paper Series*, World Bank, Washington D. C., 2003.
- Panel on Understanding Cross-National Health Differences among High-Income Countries, *U.S. Health in International Perspective: Shorter Lives, Poorer Health*, The National Academies Press, Washington, 2013.
- Paul, Ruxandra, "Welfare Without Borders: Unpacking the Bases of Transnational Social Protection for International Migrants", *Oxford Development Studies*, núm. 1, vol. 45, 2017, pp. 33-46.
- Peña Torres, Ligia María, "La Fundación Rockefeller y la salud pública nicaragüense, en los años treinta", *IHNCA-Instituto de Historia de Nicaragua y Centroamérica, UCA-Universidad*, 2008. Disponible en *Centroamericana*. <http://bibliotecavirtual.clacso.org.ar/Nicaragua/ihnca-uca/20120808015357/salud.pdf>
- Pérez Brignoli, Héctor, "América Latina en la transición demográfica, 1800-1980", *Población y Salud en Mesoamérica*, núm. 7, vol. 2, archivo 1, enero-junio 2010.
- Pérez Márquez, Raquel, Relaciones clientelares y desarrollo económico: algunas hipótesis sobre la persistencia de "enclaves" de Antiguo Régimen en las democracias de América Latina. El caso de Nicaragua (1990-2005). *Nuevo mundo mundos nuevos*, enero de 2007. Disponible en <https://doi.org/10.4000/nuevo-mundo.3225>
- Pérez, Luis, Juan Sanguinetti y Alfredo Perazzo, "Aspectos económicos y financieros del sector de salud de

- Uruguay: Análisis estratégico y opciones de políticas para optimizar su desempeño y sustentabilidad", en Zafer Mustafaoglu (coord.), *Notas de políticas Uruguay: desafíos y oportunidades 2015-2020*, Banco Mundial, Montevideo, 2015.
- Pichardo Muñoz, Arlette, Sandra Suñol y Juan Luis Castillo, *La seguridad social en la República Dominicana*, Instituto Tecnológico de Santo Domingo, Santo Domingo, 2007.
- Pierson, Paul, *Dismantling the Welfare State? Reagan, Thatcher, and the Politics of Retrenchment*, Cambridge University Press, Cambridge, 1994.
- Piñera, Sebastián, "Programa de gobierno para el cambio, el futuro y la esperanza: Chile 2010-2014", Coalición por el cambio, p. 144. Disponible en http://www.archivochile.com/Chile_actual/elecciones_2009/piñera/doc_part/pinerapart0015.pdf
- PNUD Nicaragua, "El PNUD rechaza las acusaciones del Gobierno de Nicaragua". *El PNUD en América Latina y el Caribe*. Disponible en <https://www.latinamerica.undp.org/content/rblac/es/home/presscenter/articles/2016/02/16/el-pnud-rechaza-las-acusaciones-del-gobierno-de-nicaragua.html>
- PNUD Nicaragua, *El PNUD en Nicaragua*. UNDP. Disponible en <https://www.ni.undp.org/content/nicaragua/es/home.html>
- PNUD y Oxford Poverty and Human Development Initiative, *Global Multidimensional Poverty Index 2019. Illuminating Inequalities*, Washington D. C., 2019.
- PNUD, "Informe sobre Desarrollo Humano 2019". *Informe sobre Desarrollo Humano 2019*, PNUD. Disponible en <http://report.hdr.undp.org/>
- PNUD, Índice e indicadores de desarrollo humano. Actualización estadística de 2018, Nueva York, 2018.
- PNUD, *Índice e indicadores de desarrollo humano. Actualización estadística de 2018*, PNUD, Nueva York, 2018.
- PNUD, *Política social, capacidades y derechos. Análisis y propuestas de políticas sociales en República Dominicana*, Santo Domingo, 2010.
- Portes, Alejandro y Richard Schauffler, "Competing Perspectives on the Latin American Informal Sector", *Population and Development Review*, núm. 1, vol. 19, marzo de 1993, pp. 33-60.
- Porzecanski, Arturo C., "The Case of Uruguay", en Carmelo Mesa-Lago, *Social Security in Latin America: Pressure Groups, Stratification, and Inequality*, Chicago University Press, Chicago, 1978.
- Powell, Anna, Relations between the United States and Nicaragua, 1898-1916", *The Hispanic American Historical Review* 8 (1): 43-64, 1928. Disponible en <http://www.jstor.org/stable/2505819>
- Presidencia de la República, *Decreto 1073-04*. Disponible en <https://siuben.gob.do/wp-content/uploads/2019/01/2siubendecreto107304-1.pdf>
- Presidencia de la República, *Decreto 1082-04*. 2004. Disponible en <http://mepyd.gob.do/mepyd/wp-content/uploads/archivos/transparencia/base-legal/decreto-1082-04.pdf>
- Presidencia de la República, *Decreto 1554-04*. Disponible en <https://gabinetesocial.gob.do/wp-content/uploads/2017/05/Decreto-no.1554-04.pdf>
- Presidencia de la República, *Decreto 488-12*. Disponible en <https://progresandoconsolidaridad.gob.do/wp-content/uploads/7decreto48812.pdf>
- Presidencia de la República, *Decreto 536-05*. Disponible en <https://progresandoconsolidaridad.gob.do/wp-content/uploads/Creacion-prosoli.pdf>
- Pribble, Jennifer, Evelyne Huber, and John D. Stephens, "Politics, Policies, and Poverty in Latin America," *Comparative Politics* 41, núm. 4, 2009, pp. 387-407.
- Pribble, Jennifer, *Welfare and Party Politics in Latin America*, Cambridge University Press, Cambridge, 2013.
- Pryor, Frederic, *Public Expenditures in Communist and Capitalist Nations*, George Allen and Unwin Ltd, Londres, 1968.
- Quadagno, Jill S., "Welfare Capitalism and the Social Security Act of 1935", *American Sociological Review*, núm. 49, 1984, pp. 632-647.
- Ram, Justin et al., *Measuring Vulnerability: A Multidimensional Vulnerability Index for the Caribbean*, CDB Working Paper núm. 2019/01, Caribbean Development Bank, 2019.
- Ramírez, Nelson, Isidro Santana, Francisco de Moya y Pablo Tactuk, *República Dominicana: Población y desarrollo 1950-1985*, Celade/CEPAL, San José, 1988.
- Rathe, Magdalena, *Dominican Republic: Implementing a Health Protection System that Leaves no one Behind*, Universal Health Coverage Study Series núm. 30, World Bank, Washington D. C., 2018.
- Reglamento de la Ley General de Salud*, 2003. Disponible en [http://legislacion.asamblea.gob.ni/Normaweb.nsf/\(\\$All\)/oF963CAE75EBD5DC0625715A005C-0DC9](http://legislacion.asamblea.gob.ni/Normaweb.nsf/($All)/oF963CAE75EBD5DC0625715A005C-0DC9).
- Reglamento Interno del Régimen Especial de Seguridad Social del Instituto de Seguridad Social y Desarrollo Humano (ISSDHU)*, 2016. Disponible en [http://legislacion.asamblea.gob.ni/Normaweb.nsf/\(\\$All\)/3AA2CE-1CE25E5FD1062585310052635A?OpenDocument](http://legislacion.asamblea.gob.ni/Normaweb.nsf/($All)/3AA2CE-1CE25E5FD1062585310052635A?OpenDocument).

- Repositorio de datos del Observatorio Mundial de Salud, "Partos atendidos por personal entrenado". Disponible en <https://apps.who.int/gho/data/view.main.GSWCAH02v>
- Reyes, María José, y Valeska Xilonem Suárez, *Análisis Jurídico Comparativo del Régimen de Pensiones del Instituto Nicaragüense de Seguridad Social (INSS) con relación a las establecidas en el Instituto de Seguridad Social y Desarrollo Humano (ISSDHU) y el Instituto de Previsión Social Militar (IPSM)*, Managua: Universidad Centroamericana. Disponible en <http://repositorio.uca.edu.ni/451/1/UCANI3189.PDF>
- Riedel, Eibe (ed.), *Social Security as a Human Right: Drafting a General Comment on Article 9 ICESCR-Some Challenges*, Springer, Berlin-Heidelberg-Nueva York, 2007.
- Robles Fariás, Claudia, *Sistemas de protección social en América Latina y el Caribe: Chile*, Santiago, CEPAL-Ministerio Federal de Cooperación Económica y Desarrollo-GIZ, 2013.
- Rodgers, Gary et al., *The International Labour Organization and the quest for social justice, 1919-2009*, OIT, Ginebra, 2009.
- Rodrigues, Rodrigo, *Gobierno local y Estado de bienestar: Regímenes y resultados de la política social en Brasil, tesis doctoral*, Universidad de Salamanca, Salamanca, 2010.
- Rofman, Rafael, e Ignacio Apella, "La protección social en un contexto de cambio demográfico", en Zafer Mustafaoglu (coord.), *Notas de políticas Uruguay: desafíos y oportunidades 2015-2020*, Banco Mundial, Montevideo, 2015.
- Roniger, Luis, *Historia mínima de los derechos humanos en América Latina*, El Colegio de México, Ciudad de México, 2018.
- Rosales, Osvaldo, y Mikio Kuwayama, *China y América Latina y el Caribe: hacia una relación económica y comercial estratégica*, CEPAL, Santiago de Chile, 2012.
- Rosas Carrasco, Fernando, "Disminución lista de espera AUGE: ¿Cuál es el secreto?", *El quinto poder*, 29 de septiembre de 2011. Disponible en <https://www.elquintopoder.cl/salud/disminucion-lista-de-espera-auge-cual-es-el-secreto/>
- Rossel, Cecilia, "De la heterogeneidad productiva a la estratificación de la protección social", en Verónica Amarante y Ricardo Infante (eds.), *Hacia un desarrollo inclusivo: el caso de Uruguay*, CEPAL/OIT, Santiago de Chile, 2015.
- Rueda Estrada, Verónica, *Recompas, Recontras, Revueltos y Rearmados. Posguerra y conflictos por la tierra en Nicaragua 1990-2008*, Instituto Mora, CIALC-UNAM, Conacyt, Ciudad de México, 2015.
- Rueza Barba, Antonio, *Seguridad social: Una visión latinoamericana*. Serie Biblioteca CIESS 8. Ciudad de México, Centro Interamericano de Estudios de Seguridad Social (CIESS), 2009. Disponible en http://biblioteca.cieess.org/adiss/r103/seguridad_social_una_visin_latinoamericana
- S. a., *Conferencias Internacionales Americanas 1889-1936*, Archivo Digital Daniel Cosío Villegas. Disponible en http://biblio2.colmex.mx/coinam/coinam_1889_1936/base2.htm
- Sagredo Baeza, Rafael, *Historia Mínima de Chile*, El Colegio de México, México D. F., 2014.
- Sánchez González, Mario, Douglas Castro Quezada, Rony Rodríguez Ramírez, y Jorge Guerra Vanegas, "Movimientos sociales y acción colectiva en Nicaragua: entre la identidad, autonomía y subordinación", *Amnis. Revue de civilisation contemporaine Europes/Amériques*, núm. 15, 2016. Disponible en <https://doi.org/10.4000/amnis.2813>
- Sánchez Paniagua, Roger José, *De la propuesta de reforma al sistema de Pensiones de la Seguridad Social en Nicaragua* (tesis), Universidad Centroamericana (UCA)-Facultad de Ciencias Jurídicas, Managua, 2012.
- Sánchez-Belmont, Mariela, Miguel Ángel Ramírez y Frida Romero, *Propuesta conceptual para el análisis de la seguridad social desde la CISS*, CISS, Ciudad de México, 2019.
- Sánchez-Castañeda, A., *La seguridad y la protección social en México. Su necesaria reorganización*, UNAM, México, 2012.
- Santana, Isidoro, *Las iguales médicas frente a seguro social (Estudio de la organización industrial de los servicios de salud en la República Dominicana)*, BID, Santo Domingo, 1997.
- Scheurell, Robert P., "The Welfare State in the United States", en Christian Aspalter (ed.), *Welfare Capitalism around the World*, Casa Verde Publishing, Hong Kong, Taipéi y Seúl, 2003.
- Schmitt, Carina, Hanna Lierse y Herbert Obinger, "The Global Emergence of Social Protection: Explaining Social Security Legislation 1820-2013", *Politics & Society*, núm. 43, vol. 4, 2015, pp. 503-524.
- Schmitter, Philippe y Gerhard Lehmbruch (eds.), *Trends Toward Corporatist Intermediation*, Sage, Beverly Hills, 1979.

- Sención Villalona, Augusto, *La dictadura de Trujillo (1930-1961)*, Archivo General de la Nación, Santo Domingo, 2012.
- Sentencia N° 1 del 10 de enero del 2008*, 2008. Disponible en <http://legislacion.asamblea.gob.ni/SILEG/Gacetas.nsf/5eea6480fc3d3d90062576e300504635/29cb-f9fae742586006257fe6005b71cd?OpenDocument>.
- Sienra, Mariana, *La evolución del sistema de seguridad social en el Uruguay (1829-1986)*, Serie Documentos de Trabajo Instituto de Economía, núm. 7, 2007.
- Sindicato Médico del Uruguay, "De las Cajas de Auxilio, Seguro de Enfermedad y Seguros Convencionales", 2009. Disponible en <https://www.smu.org.uy/sindicales/comunicados/76/>
- Singer, Matthew, "Dominican Republic", en Yi-ting Wang (coord.), *Research and Dialogue on Programmatic Parties and Party Systems: Case Study Reports*, IDEA Project –PO 134-01/2401, 8 de enero de 2020.
- Sipen, "Afiliados", *Estadística Previsional*. Disponible en <https://www.sipen.gob.do/index.php/estadisticas/estadistica-previsional>
- Sipen, "Historia", Gobierno de República Dominicana. Disponible en <http://www.sipen.gov.do/index.php/sobre-nosotros/historia>
- Sipen, *Boletín Trimestral*, núm. 67, Santo Domingo, marzo de 2020.
- Sisalril, Beneficiarios y montos autorizados por subsidios, 2020. Disponible en http://www.sisalril.gov.do/pdf/estadisticas/estadisticas_subsidios_junio_2020.pdf
- Sisalril, *Descripción del Catálogo del PDSS*, Santo Domingo. Disponible en <http://www.sisalril.gov.do/pdf/documentos/descripciondelcatalogodelpdss.pdf>
- Sisalril, Estadísticas del SFS, 2020. Disponible en <http://www.sisalril.gov.do/EstadisticasdelSfs.aspx>
- SISMAP Municipal, "Historia" Disponible en <https://www.sis-map.gob.do/Municipal/Directorio/Dir/Details/168>
- Siuben, *Calidad de vida. Tercer estudio socioeconómico de hogares 2018*, 2018.
- Skocpol, Theda, *Protecting Soldiers and Mothers: The Political Origins of Social Policy in the United States*, The Belknap Press of Harvard University Press, Cambridge, 1995.
- Smith, Gordon B., *Soviet Politics: Continuity and Contradiction*, Palgrave Macmillan, Londres, 1988.
- SNIC, *Rendimos Cuentas. Informe marzo 2020*, Montevideo, 2020.
- Solimano, Andrés, *Pensiones a la chilena: la experiencia internacional y el camino a la desprivatización*, Catalonia, Santiago de Chile, 2017.
- SSA y ISSA, *Social Security Programmes Throughout the World: The Americas, 2017*, SSA, Washington D. C., 2018.
- Statistics Canada, "Persons living below Canada's official poverty line (Market Basket Measure), 2013 to 2017", 2019. Disponible en <https://www150.statcan.gc.ca/n1/daily-quotidien/190226/t002b-eng.htm>
- Subsecretaría de Previsión Social, "Seguro Social contra Accidentes y Enfermedades Profesionales", Gobierno de Chile. Disponible en <https://www.previsionsocial.gob.cl/sps/organizaciones/organizaciones-territoriales-y-sociales/seguridad-y-salud-en-el-trabajo/seguro-social-contra-accidentes-y-enfermedades-profesionales/#>
- Subsecretaría de Previsión Social, *Informe Estadístico Semestral de la Seguridad Social: Segundo Semestre de 2018, No. 11*, Santiago de Chile. Disponible en https://www.previsionsocial.gob.cl/sps/download/estudios-previsionales/estadisticas-previsionales/informe-estadistico-semestral-de-seguridad-social/Segundo-Semestre_2018.pdf
- Sugihara, K. "Multiple Paths to Industrialization: A Global Context of the Rise of Emerging States", en K. Otsuka y K. Sugihara (eds.), *Paths to the Emerging State in Asia and Africa. Emerging-Economy State and International Policy Studies*, Springer, Singapore, 2019.
- Sugihara, Kaoru, "Multiple Paths to Industrialization: A Global Context of the Rise of Emerging States", en K. Otsuka y K. Sugihara (eds.), *Paths to the Emerging State in Asia and Africa. Emerging-Economy State and International Policy Studies*, Springer, Singapore, 2019.
- Superintendencia de Pensiones, "Compendio de normas del sistema de pensiones", Gobierno de Chile. Disponible en <https://www.spensiones.cl/portal/compendio/596/w3-propertyvalue-3200.html>
- Superintendencia de Pensiones, "Cotización adicional por trabajo pesado", Gobierno de Chile. Disponible en https://www.spensiones.cl/portal/institucional/594/w3-propertyvalue-9918.html#recuadros_articulo_4130_0
- Superintendencia de Pensiones, "La institución", Gobierno de Chile. Disponible en <https://www.spensiones.cl/portal/institucional/594/w3-propertyvalue-5990.html>
- Superintendencia de Salud, "Cobertura y Bonificaciones", Gobierno de Chile. Disponible en <http://www.super-salud.gob.cl/consultas/667/w3-article-2504.html>
- Superintendencia de Salud, "Cómo funciona el sistema

- de salud en Chile", Ministerio de Salud. Disponible en <http://www.supersalud.gob.cl/difusion/665/w3-printer-17328.html>
- Tapen Sinha, *Pension Reform in Latin America and its Lessons for International Policymakers*, Springer Science-Business Media, Nueva York, 2000.
- Taylor-Gooby, Peter, "New Social Risks in Postindustrial Society: Some Evidence on Responses to Active Labor Market Policies from Eurobarometer", *International Social Security Review*, núm. 57, 2004, pp. 45-64.
- The National Insurance Board of the Commonwealth of the Bahamas, *2016 Annual Report*, New Providence, 2017. Disponible en <https://nib-bahamas.com/2016-annual-report>
- The National Insurance Board of Trinidad and Tobago, *Forging Transformation, fostering Sustainability. Annual Report 2017-2018*. Disponible en <https://www.nibtt.net/annualreport/flipbook/index.html?page=1>
- Thompson, E. P., *La formación de la clase obrera en Inglaterra*, Capitán Swing, Madrid, 2012.
- Tijerino, Frances Kinloch, "Identidad nacional e intervención extranjera. Nicaragua, 1840-1930". *Revista de Historia*, núm. 45, pp. 163-189, 2002. Disponible en <https://www.revistas.una.ac.cr/index.php/historia/article/view/12394>.
- Titelman, Daniel, "Reformas al sistema de salud en Chile: Desafíos pendientes", *Financiamiento del Desarrollo*, CEPAL/Naciones Unidas, Santiago de Chile, 2000.
- Torres Lazo, Agustín, *La saga de los Somoza: historia de un magnicidio* (2.ª ed.), Managua, Hispamer, 2002.
- Treaty Establishing the Caribbean Community*, Chaguaramas, 4 de julio de 1973. Disponible en http://www.sice.oas.org/Trade/CCME/Chaguaramastreaty_e.pdf
- Turner, John, "Social Security in Asia and the Pacific: A Brief Overview", *Journal of Aging and Social Policy*, núm. 1, vol. 14, 2002, pp. 95-104.
- Ugalde, A., y N. Homedes, "Descentralización del sector salud en América Latina", *Gaceta Sanitaria*, vol. 16, núm. 1, 2002, pp. 18-29.
- Ulises García Repetto, "El financiamiento de la seguridad social en el Uruguay (1896-2008): una aproximación a su análisis en el largo plazo." *Documentos de Trabajo (working papers) Instituto de Economía*, 2011.
- UNICEF, *Programa de Atención Integral a la Primera Infancia de Base Familiar y Comunitaria*. Disponible en <https://www.unicef.org/dominicanrepublic/programa-de-atenci%C3%B3n-integral-la-primera-infancia-de-base-familiar-y-comunitaria#:~:text=El%20Programa%20de%20Atenci%C3%B3n%20Integral,-de%20sus%20hijos%20e%20hijas>
- Unidad de Información Social, *Sistematizando la asistencia social: hacia una red de protección social en la República Dominicana*, 2005.
- United States Centers for Medicare and Medicaid Services, "No health insurance? See if you'll owe a fee". Disponible en <https://www.healthcare.gov/fees/fee-for-not-being-covered/>
- Urquidí, Víctor L., *Otro siglo perdido: las políticas de desarrollo en América Latina (1930-2005)*, FCE, México, 2005.
- US Bureau, *Income, Poverty, and Health Insurance Coverage in the United States: 2009*, Washington D. C., 2009.
- US Bureau, *Income, Poverty, and Health Insurance Coverage in the United States: 2016*, Washington D. C., 2016.
- USAID, *Nicaragua: Una Alianza Modelo entre El Instituto Nicaragüense de Seguridad Social y el Ministerio de Salud*, Washington D. C., 2010.
- Uthoff, Andras, Cecilia Vera y Nora Ruedi, *Relación de dependencia del trabajo formal y brechas de protección social en América Latina y el Caribe*, CEPAL, Santiago de Chile, 2006.
- Valencia Lomelí, Enrique, David Foust Rodríguez y Darcy Tetreault Weber, *Sistemas de protección social en América Latina y el Caribe: México*, CEPAL, Santiago de Chile, 2013.
- Vargas Faulbaum, Luis Hernán, "Reformas del sistema de pensiones en Chile (1952-2008)", *Serie Políticas Sociales*, núm. 229, CEPAL, Santiago de Chile, 2018.
- Velásquez, Mario, "Seguros de desempleo y reformas recientes en América Latina", *Serie macroeconomía del desarrollo* 99, CEPAL, Santiago de Chile, 2010.
- Velázquez Leyer, Ricardo, y Juan Pablo Ferrero, "Social Policy Expansion, Democracy and Social Mobilization in Latin America: Health Care Reform in Brazil and Mexico", *Journal of Iberian and Latin American Research*, 22, pp. 117-134, 2016.
- Vilas, Carlos, El impacto de la transición revolucionaria en las clases populares: la clase obrera en la revolución sandinista». *Cuadernos Políticos*, Ediciones Era, núm. 48, pp. 92-114, 1986. Disponible en <http://www.cuadernospoliticos.unam.mx/cuadernos/contenido/CP.48/48.8.CarlosMVilas.pdf>
- Walker, Thomas W. 2018. *Nicaragua: Emerging From the Shadow of the Eagle* (6.ª ed.), Routledge. Disponible en <https://www.amazon.com/Nicaragua-Emerging-Thomas-W-Walker-ebook/dp/B07CYZB5ZQ/>

ref=sr_1_5?dchild=1&keywords=Nicaragua&qid=1592700860&s=digital-text&sr=1-5

- Walter, Knut, *The Regime of Anastasio Somoza, 1936-1956*. Chapel Hill y Londres: The University of North Carolina Press: Made Available Through Hoopla Digital, 2000.
- Weise, Robert, "British Commonwealth Areas of the Caribbean", *Social Security Bulletin*, núm. 4, vol. 32, abril de 1969.

Whiteside, Noe, "The Beveridge Report and Its Implementation: A Revolutionary Project?", *Historie@Politique*, núm. 24, vol. 3, 2014, pp. 24-37.

Wilensky, Harold, *The Welfare State and Equality: Structural and Ideological Roots of Public Expenditure*, University of California Press, Berkley, 1975.

Zimmermann, Ann, "Social Vulnerability as an Analytical Perspective", *Population Europe Discussion Papers*, núm. 4, 2017.

San Ramón s/n, Col. San
Jerónimo Lídice, alcaldía
Magdalena Contreras,
C. P. 10100, Ciudad de México.
Tel. (55) 5377 4700.



<https://ciss-bienestar.org/>

