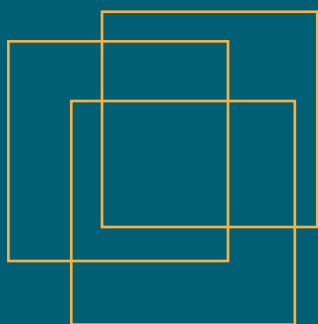




Organización
Internacional
del Trabajo

La Estrategia de Desarrollo de los
Sistemas de Seguridad Social de la OIT

El Papel de los Pisos de Protección Social en América Latina y el Caribe



COORDINADORES

Helmut Schwarzer
Pablo Casalí
Fabio Bertranou

La Estrategia de Desarrollo de los
Sistemas de Seguridad Social de la OIT

El Papel de los Pisos de Protección Social en América Latina y el Caribe*

COORDINADORES

Helmut Schwarzer
Pablo Casalí
Fabio Bertranou

* El presente documento se ha beneficiado de los aportes realizados por especialistas de las agencias del Sistema de las Naciones Unidas y de otras organizaciones (OIT, OPS, CEPAL, UNFPA, UNICEF, ONU Mujeres, UNESCO, HelpAge International y OEA/RIPSO). Sin embargo, no necesariamente representan la opinión de dichos organismos. Además, se desea agradecer las importantes contribuciones y comentarios brindados por Sarah Gammage (OIT/Santiago de Chile), Sergio Velasco (OIT/San José), Lou Tessier (OIT/Ginebra), Guillermo Dutra (OIT/Lima), Katharina Diekmann (OIT/Ginebra) y Luis Casanova (OIT/Argentina). Florence Bonnet (OIT/Ginebra), contribuyó con la preparación de una valiosa información estadística a partir de la base de datos de la Social Security Inquiry de la OIT. Una versión anterior de este documento fue presentada en el Seminario Regional "El Rol de los Pisos de Protección Social en los sistemas integrales de seguridad Social en América Latina y Caribe", celebrado en Lima, Perú, el 26 y 27 de agosto de 2013.

Copyright © Organización Internacional del Trabajo 2014

Primera edición 2014

Las publicaciones de la Oficina Internacional del Trabajo gozan de la protección de los derechos de propiedad intelectual en virtud del protocolo 2 anexo a la Convención Universal sobre Derecho de Autor. No obstante, ciertos extractos breves de estas publicaciones pueden reproducirse sin autorización, con la condición de que se mencione la fuente. Para obtener los derechos de reproducción o de traducción, deben formularse las correspondientes solicitudes a Publicaciones de la OIT (Derechos de autor y licencias), Oficina Internacional del Trabajo, CH-1211 Ginebra 22, Suiza, o por correo electrónico a pubdroit@ilo.org, solicitudes que serán bien acogidas.

Las bibliotecas, instituciones y otros usuarios registrados ante una organización de derechos de reproducción pueden hacer copias de acuerdo con las licencias que se les hayan expedido con ese fin. En www.ifrro.org puede encontrar la organización de derechos de reproducción de su país.

OIT.

La Estrategia de Desarrollo de los Sistemas de Seguridad Social de la OIT. El Papel de los Pisos de Protección Social en América Latina y el Caribe. Lima: OIT, Oficina Regional para América Latina y el Caribe, 2014.

113 p.

Protección social, seguridad social, atención de la salud, régimen de pensiones, Recomendación de la OIT, cooperación técnica, Naciones Unidas, América Latina. 02.03.1

ISBN: 978-92-2-329198-3 (web pdf)

Datos de catalogación de la OIT

Las denominaciones empleadas, en concordancia con la práctica seguida en las Naciones Unidas, y la forma en que aparecen presentados los datos en las publicaciones de la OIT no implican juicio alguno por parte de la Oficina Internacional del Trabajo sobre la condición jurídica de ninguno de los países, zonas o territorios citados o de sus autoridades, ni respecto de la delimitación de sus fronteras.

La responsabilidad de las opiniones expresadas en los artículos, estudios y otras colaboraciones firmados incumbe exclusivamente a sus autores, y su publicación no significa que la OIT las sancione.

Las referencias a firmas o a procesos o productos comerciales no implican aprobación alguna por la Oficina Internacional del Trabajo, y el hecho de que no se mencionen firmas o procesos o productos comerciales no implica desaprobación alguna.

Las publicaciones de la OIT pueden obtenerse en las principales librerías o en oficinas locales de la OIT en muchos países o pidiéndolas a: Publicaciones de la OIT, Oficina Internacional del Trabajo, CH-1211 Ginebra 22, Suiza. También pueden solicitarse catálogos o listas de nuevas publicaciones a la dirección antes mencionada o por correo electrónico a: biblioteca_regional@ilo.org

Vea nuestro sitio en la red: www.ilo.org/americas

Impreso en Perú

Prólogo y agradecimiento

A través de una carta firmada el 24 de marzo de 2014, la Sra. Helen Clark, Presidenta del Grupo de las Naciones Unidas para el Desarrollo (GNUM), y el Sr. Guy Ryder, Director-General de la Organización Internacional del Trabajo (OIT), hicieron un enérgico llamado al trabajo conjunto del Sistema de las Naciones Unidas para el desarrollo de los Pisos de Protección Social, recomendando al Grupo Interagencial conformado para tales efectos que brindara apoyo a los países para su implementación. El llamado a la acción se fundamenta en la adopción, en junio de 2012, de la Recomendación sobre los Pisos de Protección Social, 2012 (núm. 202). Esta nueva norma es el fruto de un consenso construido al cabo de un decenio, a partir de la Campaña Mundial de la OIT sobre Seguridad Social y Cobertura para Todos; de una serie de investigaciones, consultas tripartitas en los planos mundial, regional y nacional; y de actividades con las agencias del sistema de las Naciones Unidas, instituciones financieras internacionales y organizaciones de la sociedad civil.

A efectos de articular coherentemente la cooperación orientada al establecimiento de los Pisos de Protección Social en América Latina y el Caribe, la Oficina Regional de la OIT para América Latina y el Caribe y la Organización Panamericana de la Salud (OPS) conformaron un Grupo Interagencial en agosto de 2012. Este Grupo fue creado en el marco del Grupo de las Naciones Unidas para el Desarrollo – América Latina y el Caribe (GNUM-ALC) e implicó inicialmente a la OIT, la OPS, la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA), el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), ONU Mujeres, la Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO) y el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), posteriormente se unieron la Red Interamericana de Protección Social de la Organización de los Estados Americanos (RIPSO/OEA) y HelpAge.

El presente informe se sustenta en la investigación y asistencia técnica en materia de protección social en América Latina y el Caribe realizadas por especialistas de la Oficina regional y del Departamento de Protección Social de la OIT, emplea indicadores publicados en el *World Social Protection Report 2014/15*, y presenta los resultados de los debates y las contribuciones de los miembros del Grupo Interagencial, a quienes agradecemos sus valiosos aportes. Este documento también representa uno de los productos de la Esfera de Importancia Decisiva “Establecimiento y extensión de los

Pisos de Protección Social” incluida en el presupuesto de la OIT para el bienio 2014-15. Una versión anterior fue presentada en el Seminario Regional sobre “El Rol de los Pisos de Protección Social en los sistemas integrales de seguridad social en América Latina y Caribe”, organizado por la Oficina Regional de la OIT para América Latina y el Caribe y la OPS, en Lima, Perú, del 26 al 27 de agosto de 2013.

Es motivo de gran satisfacción para nosotras escribir el prólogo del presente estudio, que es una muestra del inmenso potencial de la colaboración interagencial en este tema y en esta región. Esperamos que este documento sea utilizado para impulsar la respuesta al llamado de la Sra. Helen Clark y del Sr. Guy Ryder, cuyo objetivo es el desarrollo de sistemas de protección social integrales en América Latina y el Caribe, incluidos los Pisos de Protección Social.

Isabel Ortiz
Directora
*Departamento de Protección Social
Oficina Internacional del Trabajo*

Elizabeth Tinoco
Directora
*Oficina Regional para
América Latina y el Caribe
Oficina Internacional del Trabajo*

Índice

Prólogo y agradecimiento	3
Abreviaturas	9
Resumen Ejecutivo	11
1. Introducción	13
2. El Piso de Protección Social	19
2.1 Origen y fundamentos	19
2.2 Concepto	22
3. Evolución reciente de la cobertura de la seguridad social en América Latina y el Caribe	31
3.1 Contexto al final de la primera década del Siglo XXI	31
3.2 Brechas en la cobertura de las cuatro garantías del Piso de Protección Social	38
3.2.1 Acceso a la atención de salud esencial	38
3.2.2 Seguridad del ingreso para las familias con niños	44
3.2.3 Seguridad del ingreso para personas en edad de trabajar	53
3.2.4 Seguridad del ingreso para personas de edad	55
4. Conclusiones, observaciones y posibles acciones futuras	64
4.1 Conclusiones y observaciones	64
4.2 Acciones futuras posibles para apoyar el establecimiento de los Pisos de Protección Social en América Latina y el Caribe con la cooperación del Sistema de las Naciones Unidas	69
Referencias	73
Anexo - Contribuciones específicas de los miembros del Grupo de Trabajo Interagencial	78
CUADROS	
Cuadro 1. América Latina: cobertura administrativa y legal de la población ocupada urbana por sistemas de salud y/o pensiones (porcentaje), 2000-2012	15
Cuadro 2. América Latina: indicadores laborales seleccionados, 2000-2013	32

Cuadro 3.	América Latina y Caribe: tendencias demográficas, 2000-2050	33
Cuadro 4.	América Latina y Caribe: cobertura legal por los sistemas de seguridad social y ramas por lo general faltantes, aproximadamente a 2011	35
Cuadro 5.	América Latina: índice de Gini de concentración de ingresos, total nacional, 2001-2012	37
Cuadro 6.	América Latina y Caribe: estimaciones de cobertura administrativo-legal y de acceso a servicios de salud, ponderadas por población total, aproximadamente a 2011	40
Cuadro 7.	América Latina y Caribe: programas de transferencias condicionadas de ingresos	47
Cuadro 8.	América Latina y Caribe: programas de pensiones no contributivas, 2013	59
GRÁFICOS		
Gráfico 1.	América Latina (19 países): tasas de pobreza e indigencia (porcentaje de la población total), 1999 y 2012	14
Gráfico 2.	Mundo y regiones: evolución del gasto público social (porcentaje del PIB), 1990-2011	16
Gráfico 3.	América Latina y Caribe: gasto público total en seguridad social y salud (porcentaje del PIB), 2009-2011	17
Gráfico 4.	Estrategia bidimensional de la OIT para la extensión de la cobertura de la seguridad social y la construcción de sistemas amplios de seguridad social	24
Gráfico 5.	Variaciones de la “escalera de la protección social”, con distintos instrumentos en la composición del Piso de Protección Social	26
Gráfico 6.	América Latina y Caribe: gasto total en salud (porcentaje del PIB), 2010	42
Gráfico 7.	América Latina y Caribe: múltiples dimensiones de la cobertura en salud, 2011	43
Gráfico 8.	América Latina: tasas de pobreza de la población total y de niños de 0 a 14 años (porcentaje), 2011	45
Gráfico 9.	América Latina y Caribe: población cubierta por PTC (porcentaje de la población), 2010	49
Gráfico 10.	América Latina y Caribe: inversión en PTC (porcentaje del PIB), 2009	50
Gráfico 11.	América Latina y Caribe: tasa neta de matrícula primaria, 2012	51
Gráfico 12.	América Latina y Caribe: tasa neta de matrícula secundaria, 2012	52
Gráfico 13.	América Latina: tasas de pobreza de la población total y de adultos mayores de 65 años (porcentaje), 2011	56

Gráfico 14. América Latina y Caribe: cotizantes activos como porcentaje de la Población Económicamente Activa, 2009-2012	57
Gráfico 15. América Latina y Caribe: jubilados y pensionistas como porcentaje de la población en edad de jubilación, total y no contributivo, 2009-2013	61
Gráfico 16. América Latina y Caribe: indicadores del nivel de pensiones no contributivas, aproximadamente a 2010	63
RECUADROS	
Recuadro 1. La Importancia de la perspectiva de género en los Pisos de Protección Social	34
Recuadro 2. Convenios de la OIT relacionados con la seguridad social y países de ALC que los han ratificado, a junio de 2014	36

Abreviaturas

ALC	América Latina y el Caribe
ANSES	Administración Nacional de la Seguridad Social (Argentina)
AOV	General Old Age Provision (Suriname)
BPS	Banco de Previsión Social (Uruguay)
BID	Banco Interamericano de Desarrollo
CEDAW	Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer
CEDES	Centro de Estudios de Estado y Sociedad (Argentina)
CEPAL	Comisión Económica de las Naciones Unidas para América Latina y el Caribe
CIT	Conferencia Internacional del Trabajo
CONPES	Consejo Nacional de Política Económica y Social (Colombia)
ENIPLA	Estrategia Nacional Integrada de Planificación Familiar (Ecuador)
FAO	Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura
FMI	Fondo Monetario Internacional
G-20	Grupo de los Veinte
GNUD	Grupo de las Naciones Unidas para el Desarrollo
GNUD-ALC	Grupo de las Naciones Unidas para el Desarrollo- América Latina y el Caribe
JJE	Junta de los jefes ejecutivos del sistema de las Naciones Unidas
ODM	Objetivos de Desarrollo del Milenio
OCDE	Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos
OIT	Oficina/Organización Internacional del Trabajo
OMS	Organización Mundial de la Salud
ONU Mujeres	Entidad de las Naciones Unidas para la Igualdad de Género y el Empoderamiento de las Mujeres
OSP	Oficina Sanitaria Panamericana
PANES	Plan de Atención Nacional a la Emergencia Social (Uruguay)
PATH	Programme for Advancement through Health and Education (Jamaica)
PBC	Beneficio de Prestación Continuada (Brasil)
PBS	Pensión Básica Solidaria (Chile)
PETI	Programa de Erradicación del Trabajo Infantil (Brasil)

PIB	Producto Interior Bruto
PNUD	Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo
PPA	Paridad del Poder Adquisitivo
PPS	Piso de Protección Social
PRAF	Programa de Asignación Familiar (Honduras)
PYMES	Pequeñas y medianas empresas
PTC	Programa de transferencias condicionadas
RIPSO/OEA	Red Interamericana de Protección Social/Organización de los Estados Americanos
RMV	Renta Mensual Vitalicia (Brasil)
SNIS	Sistema Nacional Integrado de Salud (Uruguay)
SSI	Encuesta de seguridad social de la OIT (ILO Social Security Inquiry)
SSR	Salud sexual y reproductiva
STEP	Programa “Estrategias y Técnicas contra la Exclusión Social y la Pobreza” (OIT)
TCCTP	Targeted Conditional Cash Transfer Programme (Trinidad y Tabago)
UIS	Instituto de Estadística de la UNESCO
UNESCO	Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura
UNFPA	Fondo de Población de las Naciones Unidas
UNICEF	Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia
VIH/SIDA	Virus de inmunodeficiencia humana / Síndrome de inmunodeficiencia adquirida

Resumen Ejecutivo

El presente informe es el resultado de los debates que tuvieron lugar en el Seminario Regional Interagencial celebrado en Lima, Perú, los días 26 y 27 de agosto de 2013. El seminario tuvo como objetivo evaluar la situación actual en relación con los Pisos de Protección Social en América Latina y el Caribe (ALC) y formular recomendaciones para futuras mejoras basadas en la Recomendación núm. 202. El informe se divide en tres secciones: en la primera se explican el concepto de los Pisos de Protección Social y la Recomendación núm. 202; en la segunda sección se identifican las brechas en la cobertura y los avances recientes en ALC respecto de las cuatro garantías que establece el Piso de Protección Social; en la tercera se presentan las conclusiones y posibles recomendaciones para una futura extensión de la protección social en la región. Estas recomendaciones se basan en el análisis de la situación regional actual y han sido desarrolladas de conformidad con la Recomendación núm. 202. En el anexo del informe se añaden las contribuciones individuales de algunas agencias del *Grupo Interagencial* (OIT, OPS, CEPAL, UNFPA, UNICEF, ONU Mujeres, UNESCO y RIPS/OEA) creado en 2012 en el marco del Grupo de Naciones Unidas para el Desarrollo – América Latina y el Caribe (GNUM-ALC), a los fines de articular coherentemente la cooperación orientada a apoyar a los países en el establecimiento de las Pisos Nacionales de Protección Social.

En referencia al contexto y al estado actual de la protección social en ALC, el informe pone de relieve que, en la última década, muchos países de esta región, han progresado hacia un paradigma en el **que la protección social constituye un derecho así como un elemento fundamental del modelo de desarrollo. En consecuencia, la mayoría de los países de la región han implementado políticas** públicas con el objetivo de ampliar la cobertura de la protección social. Estas políticas públicas, junto con un crecimiento económico acompañado de la generación de empleo formal y trabajo decente, han **mejorado la cobertura de la protección social en la región en la última década**. En general, los países de ALC cuentan con una sólida tradición en programas contributivos de seguridad social, que se han beneficiado del crecimiento del empleo, se han extendido progresivamente a grupos no-asalariados y han sido complementados por políticas no contributivas. La introducción de programas no-contributivos de gran escala, como los Programas de Transferencias Condicionadas (PTC) y las pensiones no-contributivas, han contribuido a la extensión de la protección social a grupos que tradicionalmente no estaban cubiertos por los programas contributivos. Diez países

han ratificado el Convenio sobre seguridad social (norma mínima), 1952 (núm.102) de la OIT y han asumido, de ese modo, el compromiso formal de incorporar y aplicar la norma mínima en sus sistemas formales de seguridad social.

A pesar de estos avances, **una gran franja de la población urbana (y en mayor proporción en las zonas rurales) aún no tiene acceso a sistemas integrales de protección social.** En la mayoría de los países todavía se carece de prestaciones familiares y/o seguros de desempleo. Además, en cuanto al acceso a la protección social, persisten grandes diferencias entre los países, así como desigualdades entre sectores diferentes dentro de un mismo país. Aunque la pobreza, indigencia y desigualdad hayan bajado en la última década, **casi una cuarta parte de la población de la región todavía vive en una situación de pobreza o indigencia y la desigualdad continúa planteando uno de los más grandes desafíos en la región.**

El presente informe hace hincapié en que las **políticas y programas que conceptualmente forman parte de los Pisos de Protección Social podrían contribuir decisivamente** para abordar estos problemas y **universalizar** la protección social en el futuro. La **Recomendación núm. 202 aporta elementos importantes para el diseño de estas políticas.** El informe concluye con las siguientes recomendaciones principales:

- a. Los programas y las políticas de protección social deberían estar adecuadamente **coordinadas** a nivel político y técnico, así como a nivel nacional y local. Esto se refiere especialmente a la coordinación entre **programas contributivos y no contributivos y a la combinación entre prestaciones monetarias y servicios.** Además, será importante garantizar la **coherencia con otras políticas** como, por ejemplo, las del mercado laboral. Esto a su vez arroja luz sobre la importancia de las reformas administrativas.
- b. Los países deberían identificar las brechas existentes en la cobertura y, sobre la base de los resultados y el contexto nacional, **formular prioridades y objetivos nacionales.** Estos deberían ser incluidos en los planes (de desarrollo) nacionales. Es necesario desarrollar **estrategias y programas para colmar esas brechas, utilizando una variedad de programas adecuados para el contexto nacional.** Este proceso debería incluir **diálogos nacionales tripartitos.**
- c. Los programas y políticas de protección social deberían basarse **en derechos y ser sostenibles.** Por tanto, deberían ser establecidos por la ley.

1. Introducción

Sesenta años después de la adopción del Convenio sobre la seguridad social (norma mínima), 1952 (núm. 102)¹, la Conferencia Internacional del Trabajo (CIT), en su 101ª sesión (2012), aprobó, prácticamente por consenso, una nueva norma internacional en materia de seguridad social. Se trata de la Recomendación sobre los pisos de protección social, núm. 202². Esta Recomendación tiene el doble objetivo de orientar a los países miembros de la OIT para: a) establecer y mantener, según proceda, Pisos de Protección Social como un elemento fundamental de sus sistemas nacionales de seguridad social; y b) poner en práctica Pisos de Protección Social en el marco de estrategias de extensión de la seguridad social que garanticen progresivamente niveles más elevados de seguridad social para el mayor número de personas posible, según las orientaciones de las normas de la OIT relativas a la seguridad social, especialmente el Convenio núm. 102.

La construcción del concepto de Piso de Protección Social ha sido inspirada por distintos ejemplos concretos de políticas sociales, en los cuales las Américas han tenido un papel protagónico. El contexto que presenta la región durante los últimos años da cuenta de una transición gradual hacia un paradigma de “crecimiento inclusivo”, en el que la protección social no es solamente una condición que favorece el proceso de crecimiento sino que ha pasado a ser un elemento decisivo del modelo de desarrollo. Esta visión hace cada vez más hincapié en el universalismo, expresado en dos formas que son: la extensión de la protección a todos y la identificación de un derecho universal a la protección social (protección basada en derechos).

La renovada valorización de las políticas sociales implica la necesidad de fortalecer la capacidad de gestión del Estado para diseñar políticas públicas, efectuar la supervisión y regulación de los regímenes vigentes y aumentar el impacto redistributivo de las políticas de protección social. Este es un esfuerzo que también requiere la construcción del espacio fiscal necesario para permitir el financiamiento sostenible a

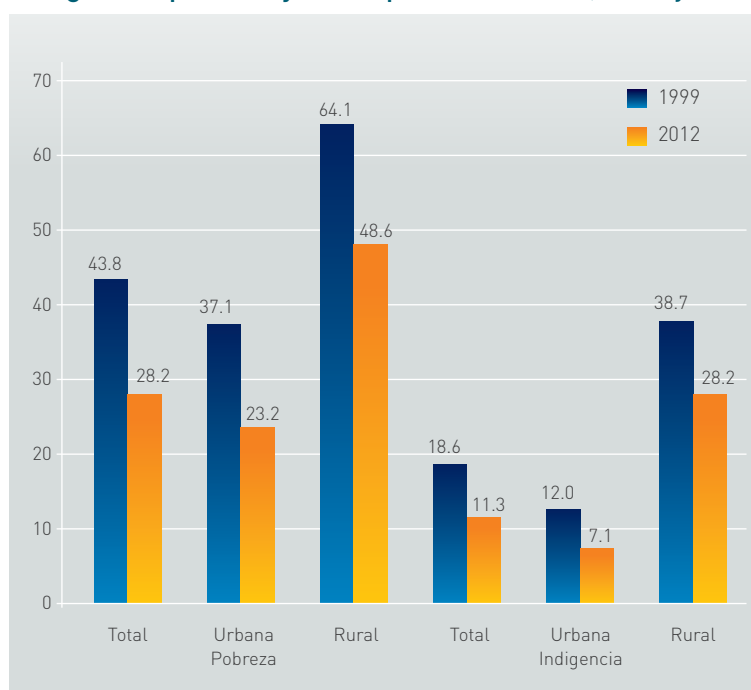
1 El Convenio núm. 102 establece ramas para la protección social frente a los riesgos sociales clásicos de la seguridad social: 1) asistencia médica; 2) prestaciones monetarias de enfermedad; 3) prestaciones de desempleo; 4) prestaciones de vejez; 5) prestaciones en caso de accidentes del trabajo y enfermedades profesionales; 6) prestaciones familiares; 7) prestaciones de maternidad; 8) prestaciones de invalidez y 9) prestaciones de sobrevivientes. Enlace: http://www.ilo.org/dyn/normlex/es/f?p=NORMLEXPUB:12100:0::NO::P12100_ILO_CODE:C102

2 Véase el texto completo de la Recomendación núm. 202 bajo el enlace: http://www.ilo.org/dyn/normlex/es/f?p=NORMLEXPUB:12100:0::NO::P12100_INSTRUMENT_ID:3065524

partir de impuestos y cotizaciones sociales y la extensión de la cobertura a través de sistemas amplios de protección social. El primer “peldaño” para esta tarea consiste en la construcción de un Piso de Protección Social para aquellas poblaciones que nunca pudieron ser incluidas en los sistemas de protección social tradicionales así como aquellas que fueron excluidas en los distintos ciclos del desarrollo económico y social.

América Latina ha registrado importantes avances en años recientes en distintos ámbitos del trabajo decente. El gráfico 1 presenta los notables avances alcanzados en la reducción de la pobreza e indigencia³. Según la CEPAL, en el período 1999 a 2012 se produjo una reducción de la tasa de pobreza en más de 15 puntos porcentuales, disminuyendo del 43,8 por ciento en 1999 al 28,2 por ciento en 2012. Asimismo, el nivel de indigencia cayó significativamente, desde el 18,6 por ciento hasta el 11,3 por ciento, lo que representa una reducción de más de un tercio. Por otra parte, las cifras presentadas en el gráfico indican que sigue persistiendo un gran segmento de la población en condición de pobreza y/o indigencia: casi una cuarta parte (el 23,2 por ciento) de las personas que viven en las zonas urbanas todavía se encontraban en 2012 bajo la línea de pobreza. Particularmente grave es la situación en las zonas rurales, con el 48,6 por ciento, es decir, prácticamente la mitad de su población en condición de pobreza.

Gráfico 1. América Latina (19 países): tasas de pobreza e indigencia (porcentaje de la población total), 1999 y 2012



Fuentes: CEPAL, *Panorama Social 2013*, y CEPALSTAT (*Estadísticas de América Latina y el Caribe*).

3 En los siguientes párrafos, la referencia a pobreza/indigencia corresponde a pobreza/indigencia monetaria, por razones de simplificación. Sin embargo, hay que tener en cuenta que la pobreza es multidimensional e incluye otros aspectos como la educación, la salud y el nivel de vida.

La mejora reciente de las condiciones de vida de la población en la región está también relacionada con el acceso a los sistemas de protección social. El cuadro 1 muestra el notable crecimiento en el nivel de cobertura de los sistemas de pensiones y/o de salud formales, tanto para los trabajadores asalariados como no-asalariados urbanos. Entre los años 2000 y 2012, el crecimiento promedio de la cobertura fue superior a un punto porcentual anual, con un crecimiento particularmente más importante en el grupo de los trabajadores no asalariados, que es el más difícil de alcanzar por los sistemas tradicionales. Estos aumentos, que han permitido llegar a dos tercios de los trabajadores urbanos de América Latina en 2012 (el 81,1 por ciento de los asalariados y el 43,2 por ciento de los no asalariados), son la consecuencia de un crecimiento económico con generación de empleos formales conjugado con políticas de búsqueda de extensión de la cobertura a segmentos no tradicionales. Así, también se puede observar un crecimiento del gasto público social en la región durante las últimas dos décadas (véase el gráfico 2). Hoy, los países de ALC gastan en promedio un 13,2 por ciento de su producto interior bruto (PIB), un 5,2 por ciento más que 20 años atrás.

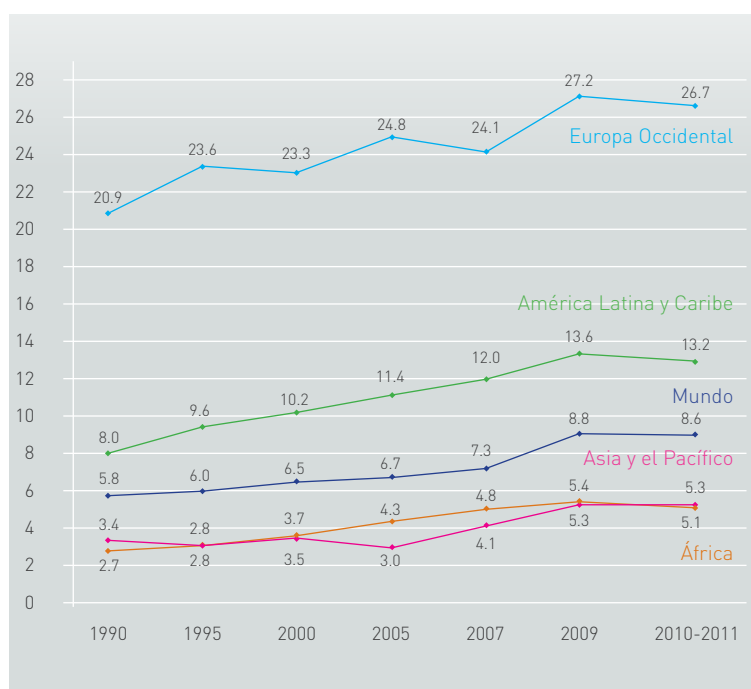
Cuadro 1. América Latina: cobertura administrativa y legal de la población ocupada urbana por sistemas de salud y/o pensiones (porcentaje), 2000/2012⁴

	Total (%)	Trabajadores asalariados (%)	Trabajadores no asalariados (%)
Salud			
2000	51.6	71.1	17.5
2012	59.8	77.0	27.3
Diferencia (2000-12):	+8.2	+5.9	+9.8
Pensiones			
2000	51.3	68.6	21.4
2012	60.5	77.7	30.1
Diferencia (2000-12):	+9.3	+9.1	+8.7
Salud y/o pensiones			
2000	54.3	71.7	24.0
2012	67.0	81.1	43.2
Diferencia (2000-12):	+12.7	+9.4	+19.2

Fuente: OIT: *Panorama Laboral 2013. América Latina y el Caribe (Lima, 2013)* con base en información de las Encuestas de Hogares de 12 países.

4 Para los datos desagregados por sexo, véase: OIT: *Panorama Laboral 2013. América Latina y el Caribe*, Oficina Regional de la OIT para América Latina y el Caribe (Lima, 2013), pág.121.

Gráfico 2. Mundo y regiones: evolución del gasto público social (porcentaje del PIB), 1990-2011



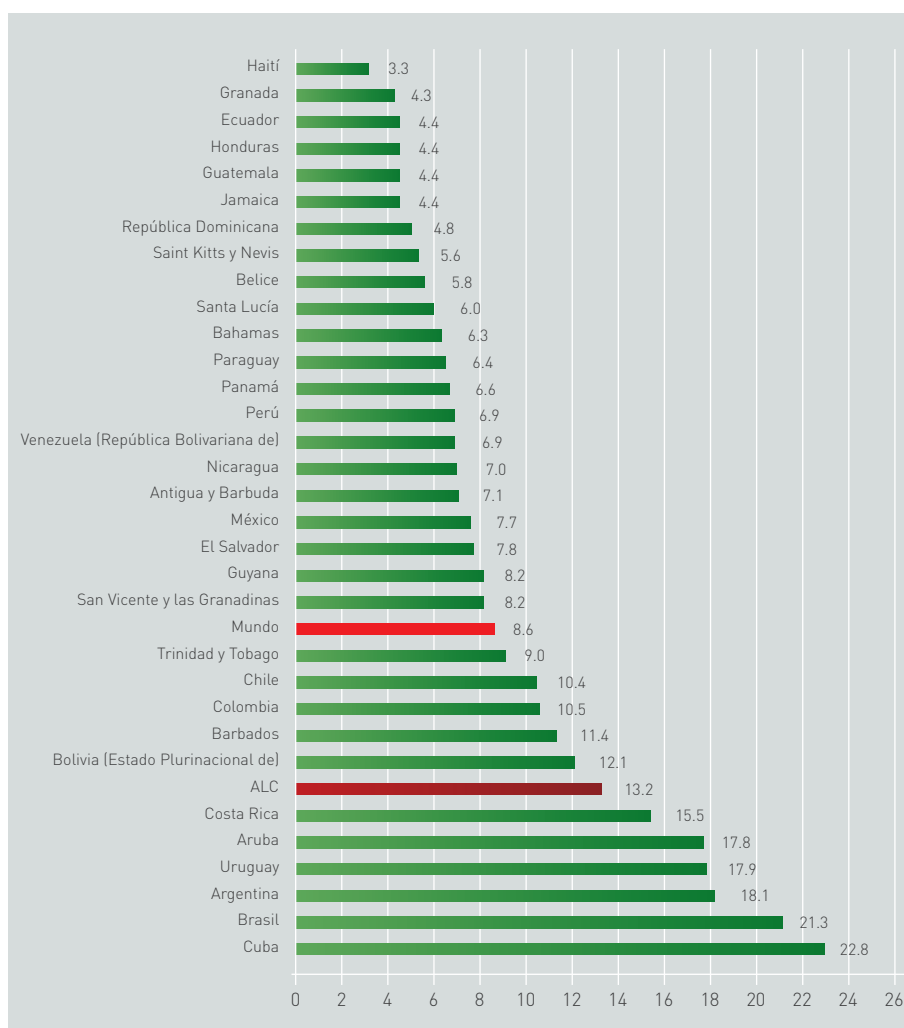
Fuente: OIT: Social Security Inquiry (SSI), basado en FMI, OCDE, OMS, UE y otros.

El gráfico 3 muestra el gasto público total en seguridad social y salud en los países de América Latina y el Caribe para el año más reciente sobre el que se dispone de información.

A pesar de estas noticias alentadoras, un tercio de los trabajadores urbanos de América Latina (y un mayor número de trabajadores rurales), la mayoría mujeres, todavía se encuentra fuera del paraguas de los sistemas formales de protección social.

Como conclusión, a pesar de un importante desarrollo reciente de la cobertura de los sistemas de seguridad social como consecuencia de un crecimiento significativo del empleo formal y de las políticas públicas de extensión de la cobertura adoptadas en décadas recientes, América Latina y el Caribe aún continúan con una parte importante de su población sin acceso a un sistema integral de protección social y con un gran número de sus ciudadanos situados por debajo de las líneas de pobreza e indigencia. Por lo tanto, la Recomendación núm. 202 puede ofrecer importantes elementos para el diseño de políticas con miras a una expansión adicional y sostenida de la protección social en la región.

Gráfico 3. América Latina y Caribe: gasto público total en seguridad social y salud (porcentaje del PIB), 2009-2011



Fuente: OIT/SSI, basado en FMI, OCDE, OMS, UE y otros.

* Último año disponible entre 2009 y 2011.

Frente a este contexto regional y a los desafíos que plantea para la cooperación multilateral (incluida la agenda para el desarrollo sostenible después de 2015), en agosto de 2012 la Oficina Regional de OIT para América Latina y el Caribe y la Organización Panamericana de la Salud (OPS) decidieron convocar, en el marco del GNUD-ALC, la formación de un Grupo Interagencial para articular de modo coherente la cooperación orientada a apoyar a los países en el establecimiento de Pisos Nacionales de Protección Social. Este grupo inicialmente ha implicado a las siguientes organizaciones: OIT, OPS, CEPAL, PNUD, UNFPA, UNICEF, ONU Mujeres, UNESCO y RIPS0/OEA. Por consiguiente, el presente informe recoge también algunas discusiones que se han desarrollado en el contexto del trabajo de este Grupo Interagencial del Sistema de las Naciones Unidas. Una versión anterior del documento fue presentada en el Seminario Regional sobre "El Rol de los Pisos de Protección Social en los Sistemas Integrales de Seguridad Social en América Latina y Caribe", celebrado en Lima, Perú, el 26 y 27 de agosto de 2013.

Además de esta introducción, el presente informe contiene tres secciones adicionales. La segunda sección aborda el concepto de Piso de Protección Social y la Recomendación núm. 202. La tercera sección presenta un conjunto de indicadores que permite identificar avances recientes y brechas en la cobertura frente a las cuatro garantías del Piso de Protección Social. En la cuarta sección se presentan las conclusiones y recomendaciones para trabajos futuros. En el anexo se añaden los aportes individuales de algunas agencias presentados durante el proceso de preparación de este informe y el Seminario Regional Interagencial celebrado en Lima en agosto de 2013.

2. El Piso de Protección Social

2.1 Origen y fundamentos

La Declaración de Filadelfia, adoptada en la CIT de 1944, incluyó explícitamente por primera vez a la protección social en el mandato de la OIT. Posteriormente, en el sistema de las Naciones Unidas, los Artículos 22 y 25 de la Declaración Universal de Derechos Humanos fortalecen este mandato:

“Artículo 22 - 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.

Artículo 25 –

1. Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios; tiene asimismo derecho a los seguros en caso de desempleo, enfermedad, invalidez, vejez u otros casos de pérdida de sus medios de subsistencia por circunstancias independientes de su voluntad.
2. La maternidad y la infancia tienen derecho a cuidados y asistencia especiales. Todos los niños, nacidos de matrimonio o fuera de matrimonio, tienen derecho a igual protección social.”⁵

Las acciones de la OIT para promover la protección y la seguridad social están basadas en estas declaraciones y en las distintas opiniones manifestadas por sus mandantes tripartitos en las CIT. En los documentos de la OIT se emplean los conceptos de protección social y seguridad social en gran medida como sinónimos, en el sentido de que la protección que se brinda cubre determinadas necesidades de sustitución de ingresos y el suministro de servicios requeridos por los miembros de la sociedad. Específicamente, la OIT se refiere a la “seguridad de los ingresos” y al “acceso a la

asistencia médica”. El concepto de seguridad social recientemente empleado en el *World Social Security Report 2010-11* es:

“La noción de seguridad social (...) cubre todas las medidas de suministro de prestaciones, en efectivo o en especie, a efectos de garantizar una protección frente a la:

- (a) falta de ingresos relacionados con el trabajo (o su insuficiencia) causada por enfermedad, invalidez, maternidad, accidente del trabajo, vejez, o muerte del sostén de la familia;
- (b) falta de acceso o acceso no asequible a la atención médica;
- (c) apoyo insuficiente a las familias, particularmente en el caso de niños y adultos dependientes;
- (d) pobreza general y exclusión social.”⁶

El abordaje de la OIT para la extensión de la cobertura de la seguridad social en el mundo en su Campaña sobre Seguridad Social y Cobertura para Todos, adoptada en 2003 a partir de las conclusiones de la CIT 2001, prevé cuatro lineamientos: 1) la búsqueda prioritaria del acceso universal a la protección social en el mundo; 2) la adopción de un abordaje progresivo y pragmático, de búsqueda de avances graduales y que sean sostenibles; 3) el pluralismo y la actuación en el marco social, económico e histórico de cada país, sin el objetivo de ofrecer un “modelo único” o una solución milagrosa; y 4) el enfoque en los resultados, especialmente en el desempeño y en el cumplimiento de estándares mínimos de seguridad social de conformidad con lo establecido por las normas internacionales de seguridad social aprobadas por las CIT.⁷

A su vez, la idea de un “ piso socioeconómico para la economía global” fue lanzada en el informe elaborado por la OIT en 2004 por la Comisión Mundial sobre la Dimensión Social de la Globalización.⁸ En la región, en la Reunión Regional Americana de 2006, los mandantes tripartitos discutieron la Agenda Hemisférica para generar Trabajo Decente, que establece la meta de ampliar la cobertura de la protección social en las Américas en 20 puntos porcentuales a lo largo de los 10 años siguientes.⁹ Cabe destacar también la adopción de la Declaración de la OIT sobre la justicia social para una globalización equitativa, por la CIT 2008, que ha fortalecido el concepto de

6 Véase: OIT: *World Social Security Report 2010/2011*, (Ginebra, 2010), págs.13-14. Enlace: <http://www.ilo.org/gimi/gess/RessShowRessource.do?ressourceId=15263>

7 OIT: *Seguridad social: temas, retos y perspectivas*, Informe VI, Conferencia Internacional del Trabajo, 89.ª reunión, Ginebra, 2001 . Enlace: <http://www.ilo.org/public/spanish/standards/relm/ilc/ilc89/pdf/rep-vi.pdf>. Véase también OIT: *Seguridad social para todos. Una inversión en la justicia social y en el desarrollo económico*, Documentos de Política de Seguridad Social 7, (Ginebra, 2009). Enlace: <http://www.ilo.org/gimi/gess/RessShowRessource.do?ressourceId=14145>

8 Textualmente: “Debe aceptarse un determinado nivel mínimo indiscutible de protección social como parte de la base socioeconómica de la economía global.” en OIT: *Por una globalización justa: crear oportunidades para todos*, (Ginebra, 2004), párrafo 491.

9 OIT: *Trabajo decente en las Américas: una agenda hemisférica, 2006-2015*. XVI Reunión Regional Americana, (Brasilia, 2006), pág. 43. Enlace: http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---dgreports/---dcomm/---webdev/documents/publication/wcms_081003.pdf

Trabajo Decente y subrayado que la protección social constituye una de sus cuatro dimensiones¹⁰.

En reacción a la crisis económica global de 2008, la Junta de Jefes Ejecutivos del Sistema de las Naciones Unidas definió, en abril de 2009, nueve iniciativas a ser promovidas por las Naciones Unidas, entre ellas la introducción de un Piso de Protección Social.¹¹ En 2009 la CIT aprobó el Pacto Mundial para el Empleo¹² que incluye, entre las respuestas a la crisis y sobre la base del concepto de “Trabajo Decente”, el fortalecimiento de la protección social existente y su ampliación por medio de un Piso de Protección Social, para incorporar a las poblaciones vulnerables sin acceso a derechos en materia de protección social.

A partir de estos mandatos, la OIT y la OMS han liderado una coalición internacional de instituciones del sistema de las Naciones Unidas, instituciones financieras multilaterales, países y ONG denominada “Iniciativa del Piso de Protección Social”. En distintos foros internacionales, el concepto ha sido presentado y formalmente respaldado, entre ellos por el propio Grupo de los 20 (G-20), destacándose la Declaración de Brasilia (mayo de 2011) firmada por los países miembros latinoamericanos del G-20, la reunión de Ministros de Trabajo del G-20 en París (septiembre de 2011) y la reunión de Jefes de Estado y Gobierno del G-20 en Cannes (noviembre de 2011), en cuyo comunicado consta un párrafo en apoyo al Piso de Protección Social¹³. Estas actividades de promoción se vieron fortalecidas por la actuación del Grupo consultivo sobre el Piso de Protección Social, creado en agosto de 2010 por la OIT y la OMS para la diseminación y asesoramiento en la sistematización del concepto de Piso de Protección Social.¹⁴ El Grupo Consultivo fue liderado por la actual Presidenta de Chile, Sra. Michelle Bachelet, y publicó un importante informe en octubre de 2011.¹⁵ Especialmente pertinente para las Américas es también una Declaración Conjunta OIT- OEA, con el título “Protección Social y Trabajo Decente: Compromisos para la Prosperidad”, firmada entre la Secretaría General de la OEA y la Oficina Regional de la OIT para América Latina y el Caribe en el ámbito de la Red Interamericana de Protección Social (RIPSO).¹⁶ A su vez, en América Latina y el Caribe, en el marco del GNUD-ALC, se conformó en 2012 el ya mencionado Grupo Interagencial, liderado por la Oficina Regional de la OIT y la OPS/OMS, con el propósito de construir un marco de referencia común y una hoja de ruta para coordinar acciones orientadas a apoyar las políticas nacionales de extensión de la protección social.

10 Enlace: http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---dgreports/---cabinet/documents/genericdocument/wcms_099768.pdf

11 Enlace: <http://www.social-protection.org/gimi/gess/ShowWiki.action?wiki.wikild=1031>

12 Enlace: <http://www.ilo.org/jobspact/about/lang--es/index.htm>

13 Para la Declaración de Brasilia sobre el Piso de Protección Social, véase: <http://www.social-protection.org/gimi/gess/RessShowRessource.do?ressourceId=23162>. Para la Declaración Final de la Cumbre del G-20 de Cannes, véase: https://www.g20.org/sites/default/files/g20_resources/library/Declaration_eng_Cannes.pdf, especialmente el párrafo 4.

14 Enlace: <http://www.social-protection.org/gimi/gess/ShowWiki.action?wiki.wikild=1134>

15 Véase el enlace <http://www.social-protection.org/gimi/gess/RessFileDownload.do?ressourceId=27103> para obtener el “Informe Bachelet” en español, OIT: *Piso de Protección Social para una globalización equitativa e inclusiva*. Ginebra: Grupo Consultivo sobre el Piso de Protección Social, [Ginebra, 2011].

16 Enlace: <http://redproteccionsocial.org/sites/default/files/Declaracion%20Conjunta%20OEA-OIT.pdf>.

En el ámbito interno de la OIT, el concepto de Piso de Protección Social, desde la creación de la Comisión Mundial sobre la Dimensión Social de la Globalización, ha pasado por una serie de consultas tripartitas regionales (Santiago de Chile 2007, Amman 2008, Nueva Delhi 2008), una Reunión Tripartita de Expertos (Ginebra 2009)¹⁷, Reuniones Regionales Tripartitas de las Américas (Santiago de Chile 2010) y África (Johannesburgo 2011). Otros importantes resultados materiales de una década de la Campaña Mundial sobre Seguridad Social y Cobertura para Todos, que han permitido esta evolución conceptual, han sido: el desarrollo de herramientas analíticas, la base de información *Social Security Inquiry* (SSI)¹⁸, un largo listado de investigaciones y publicaciones con abundante evidencia empírica, un importante programa de formación en seguridad social, proyectos de cooperación técnica de tamaño significativo (por ejemplo, el Programa Estrategias y Técnicas contra la Exclusión y la Pobreza (STEP)¹⁹, el desarrollo de proyectos de cooperación Sur-Sur²⁰, así como el *World Social Security Report 2010-11*^{21, 22}.

En la CIT de 2011, en Ginebra, se llevó a cabo una discusión tripartita específica sobre la Protección Social, en el ciclo de discusiones recurrentes previsto a partir de la Declaración de la OIT sobre la justicia social para una globalización equitativa (2008). Durante esta CIT 2011, el concepto de Piso de Protección Social, una estrategia “bidimensional” para la extensión de la cobertura de la seguridad social, fue respaldado por todos los mandantes tripartitos y se solicitó que la CIT 2012 analizara y evaluara la posibilidad de adoptar una nueva norma internacional (Recomendación), para dar fuerza a estas conclusiones.²³

2.2 Concepto

Las conclusiones de la CIT 2011 y la aprobación de la Recomendación núm. 202 por la CIT 2012 (con 453 votos a favor, incluyendo a Gobiernos, trabajadores y empleadores, frente a solamente una abstención), han permitido formalizar un nuevo modo de visualizar la estrategia de ampliación de la cobertura de la seguridad social por la OIT — una “estrategia bidimensional”. En otras palabras, la estrategia general de la OIT se descompone en dos ejes a ser promovidos de modo simultáneo: 1) una dimensión horizontal de cobertura, que se refiere a la cantidad de personas cubiertas y en la que se destacan, en la mayoría de los países, importantes dificultades para alcanzar a los trabajadores de la economía informal, trabajadores independientes, agrícolas,

17 Sobre la Reunión Tripartita de 2009, véase: <http://www.socialsecurityextension.org/gimi/gess/RessShowRessource.do?ressourceId=13244>

18 Sobre el SSI, véase: <http://www.ilo.org/dyn/ilossi/ssimain.home>

19 Sobre el Programa STEP, véase: <http://www.ilo.org/gimi/gess/RessShowRessource.do?ressourceId=3333>.

20 Sobre la Cooperación Sur-Sur, véase: <http://www.socialsecurityextension.org/gimi/gess/ShowTheme.do?tid=3205&lang=ES>

21 Sobre el *World Social Security Report 2010/2011*, véase el enlace: <http://www.ilo.org/gimi/gess/RessShowRessource.do?ressourceId=15263>

22 Véase la Evaluación Independiente de la Estrategia de la OIT en: MacKellar, Landis y Henry, *The ILO's Strategy to Extend Social Security: An Independent Evaluation Report*, (Ginebra, 2011). Enlace: http://www.ilo.org/secsoc/about-us/WCMS_146039/lang--en/index.htm

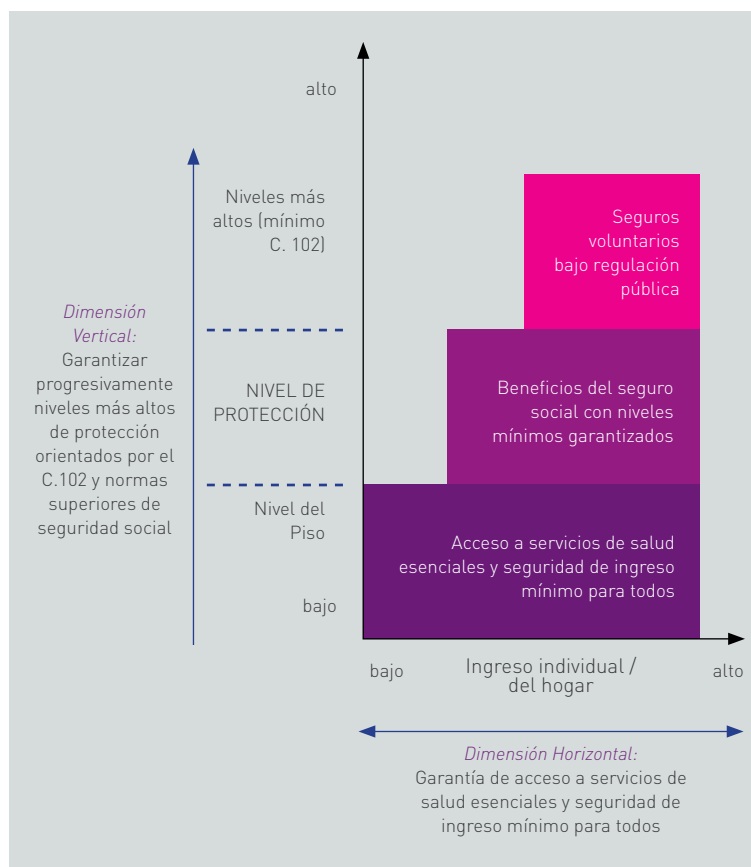
23 Véase las Conclusiones de la CIT de 2011, en el enlace: http://www.ilo.org/ilc/ILCSessions/100thSession/reports/provisional-records/WCMS_157820/lang--en/index.htm.

domésticos y familiares no remunerados; 2) una dimensión vertical de extensión de la cobertura, que trata de la cantidad de ramas de la seguridad social ofrecidas en el país y de la calidad de las prestaciones, en las cuales la referencia a ser alcanzada es, al menos, el nivel establecido por el Convenio núm. 102 sobre la norma mínima de seguridad social, o, en caso de ser posible, de las normas superiores de seguridad social de la OIT, por ejemplo, el Convenio sobre las prestaciones de invalidez, vejez y sobrevivientes, 1967, (núm. 128).

El gráfico 4 presenta visualmente la estrategia de la OIT, en una forma de “escalera de la seguridad social”. En esta imagen se presentan tres distintos niveles de prestaciones, que corresponden a diferentes niveles de garantías. En el centro del modelo se encuentran los regímenes habitualmente contributivos de seguros sociales, cumpliendo con las disposiciones del Convenio núm. 102 o normas superiores, que otorgan cobertura al máximo de personas con capacidad para cumplir las reglas de cotización y elegibilidad a los fines de percibir prestaciones. Las prestaciones deberían tener niveles garantizados, al menos en un determinado nivel mínimo (una garantía de prestación mínima) y tasas de sustitución al menos correspondientes a las del Convenio núm. 102. Los regímenes basados exclusivamente en el principio de cotizaciones definidas no necesariamente garantizan estas tasas de sustitución, salvo cuando existen elementos de solidaridad adicional o pilares de prestaciones básicas (aunque sería necesario verificar caso a caso si la proyección de prestaciones futuras cumplirá efectivamente con los niveles de sustitución previstos en el Convenio núm. 102).

Entre los afiliados del régimen contributivo obligatorio, los que desean y puedan financieramente buscar una cobertura de nivel cualitativamente más alto pueden obtenerla a través de regímenes complementarios voluntarios, que, sin embargo, deben ser regulados por el Estado. Con estos dos “pilares”, el componente contributivo obligatorio y el complementario, es posible construir una estrategia nacional de extensión en el sentido vertical, que busca, gradualmente, ampliar el número de ramas cubiertas (especialmente las que corresponden a los riesgos sociales previstos en el Convenio núm. 102) y la calidad de los servicios y prestaciones, preservando la sostenibilidad financiera y actuarial de los regímenes.

Gráfico 4. Estrategia bidimensional de la OIT para la extensión de la cobertura de la seguridad social y la construcción de sistemas amplios de seguridad social



Elaboración: OIT/Departamento de Protección Social.

No obstante, como se comentó anteriormente, un gran número de trabajadores todavía no se encuentran cubiertos por los regímenes de seguridad social formales. En el *Panorama Laboral 2013* de la OIT se informa que aproximadamente un tercio de los trabajadores urbanos asalariados y no asalariados (el 33 por ciento) no estaban afiliados en 2012 a los regímenes de pensiones y/o de salud. Se añaden las situaciones de otras personas no incluidas en la cobertura de los regímenes existentes: por ejemplo, miembros de la familia y dependientes de los asegurados para los que la cobertura derivada no ha sido extendida (hay países en América Latina y el Caribe en los que a los hijos del asegurado sólo se les otorga prestaciones hasta una edad inferior a los 18 años, como, por ejemplo, hasta los 6 o 12 años de edad); o, adicionalmente, los trabajadores desempleados que pierden la cobertura tras un período sin empleo formal, y otras situaciones. Existen también países en los que, como se ha visto, aún no existe un régimen de seguro social obligatorio establecido para determinadas ramas, como, por ejemplo, el desempleo (solamente siete países de América Latina y tres del Caribe cuentan con un régimen que cubre esta contingencia social). Por estas y otras razones, existe una brecha importante de cobertura en la protección social en América Latina y el Caribe y en el mundo, que requiere políticas que se sumen al desarrollo de los regímenes clásicos de seguridad social (cuya importancia de modo

alguno se cuestiona), a fin de garantizar el acceso a niveles mínimos de garantía de los ingresos y a los servicios esenciales de salud, así como a otros servicios sociales necesarios para el desarrollo humano.

Esta es la dimensión horizontal de la estrategia, que tiene por objetivo coordinar, bajo la forma de un Piso de Protección Social, las políticas sociales (incluyendo a los seguros sociales obligatorios) que establecen estas garantías básicas, con el propósito de materializar los conceptos expresados, por ejemplo, en los citados Artículos 22 y 25 de la Declaración Universal de Derechos Humanos. Estas políticas, que conforman un Piso Nacional de Protección Social, deben ser diseñadas en consonancia con la realidad, las expectativas y la capacidad de cada país, y pueden ser más ambiciosas en países con un espacio fiscal más amplio e instituciones más consolidadas.

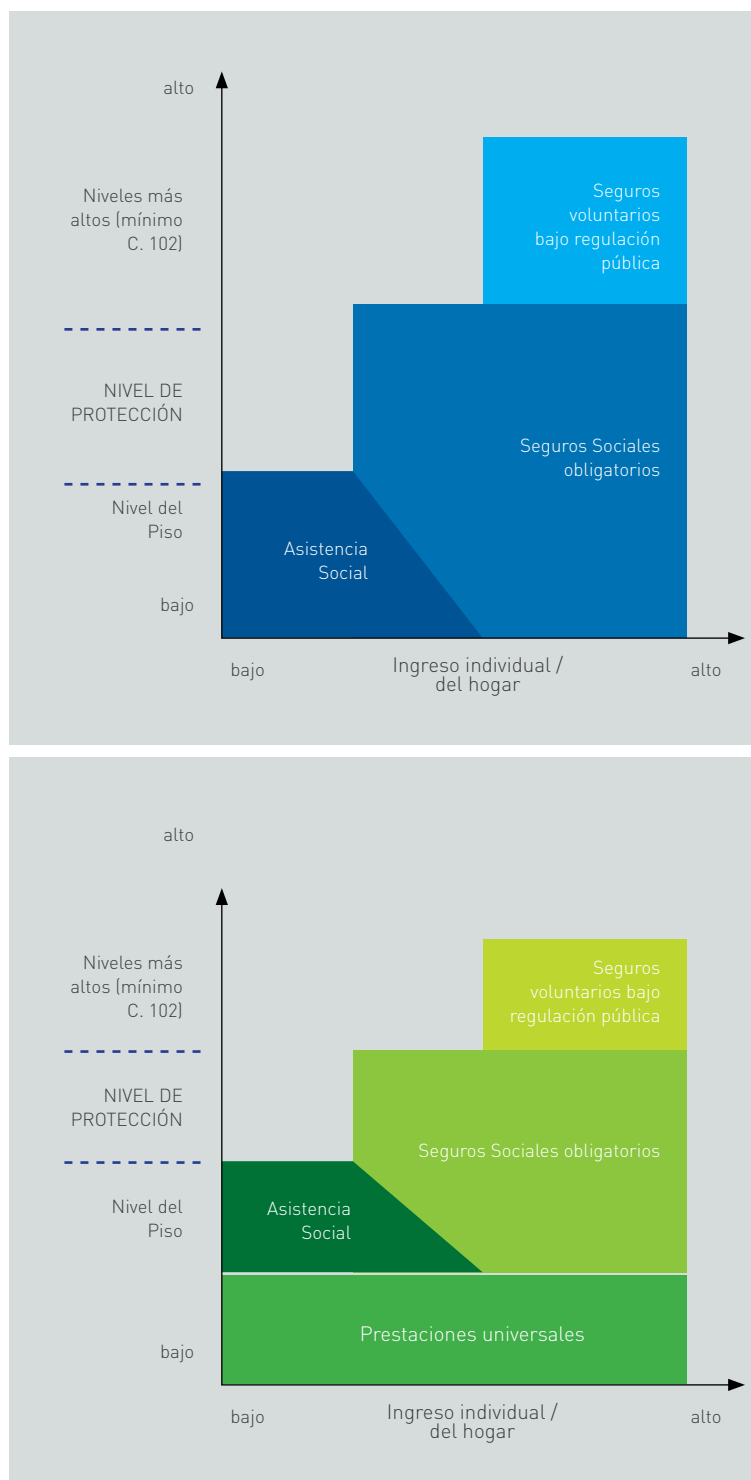
La imagen estilizada de la “escalera de la protección social” en el gráfico 4 no debe dar la impresión de que la OIT haya interpretado que los seguros sociales, institucional e históricamente sólidos en América Latina, no desempeñen un papel importante en el establecimiento del Piso de Protección Social. Por el contrario, se dispone de una multiplicidad de opciones para cumplir con las garantías básicas, entre ellas regímenes contributivos, universales, asistenciales, mixtos, políticas activas de mercado de trabajo, programas de garantía de empleo u otros, de conformidad con la Recomendación núm. 202. Por este motivo, el gráfico de la “escalera de la protección social” también se puede diseñar de otras formas, para demostrar diferentes composiciones de instrumentos – se supone que coordinados entre sí – para cumplir con el objetivo de la universalización de las garantías básicas. En el gráfico 5 se trata de presentar este “pluralismo de medios” que, pragmáticamente, permite la Recomendación núm. 202, de modo que todos los países puedan optar por la combinación de regímenes y diseños que sea más adecuada para sus circunstancias (Recomendación núm. 202, párrafo 9). Lo realmente importante es que las garantías fundamentales sean efectivamente ofrecidas a todos los miembros de la sociedad.

Concretamente, la Recomendación núm. 202 prevé que *por lo menos* cuatro garantías básicas, deben ser proporcionadas a “todos los residentes y niños”²⁴ por las respectivas sociedades (Recomendación núm. 202, párrafos 4 a 6):

1. acceso universal a servicios esenciales de salud;
2. seguridad básica del ingreso para los niños;
3. seguridad básica del ingreso para personas en edad activa y que no puedan obtener ingresos suficientes, en caso de enfermedad, desempleo, maternidad e invalidez;
4. seguridad básica del ingreso para las personas de edad.

24 Con esta formulación, la CIT 2012 destacó que también los niños de familias migrantes deben beneficiarse de las prestaciones y servicios brindados por un Piso Nacional de Protección Social.

Gráfico 5. Variaciones de la “escalera de la protección social” con distintos instrumentos en la composición del Piso de Protección Social



Elaboración: OIT: Departamento de Protección Social.

Las garantías deben estar expresamente incluidas en las leyes y los compromisos internacionales, poder ser solicitadas formalmente por los ciudadanos/asegurados y existir canales de queja y recurso contra las decisiones, lo que hace que se materialice el concepto de una protección “basada en derechos” (Recomendación núm. 202, párrafo 7). Cada país deberá definir los niveles de las prestaciones que considere adecuados de acuerdo con las circunstancias nacionales, de modo que las prestaciones monetarias permitan una vida digna y que no existan barreras financieras para el acceso a los servicios de salud esenciales. Por lo tanto, se debe establecer un criterio nacional para determinar el monto de las prestaciones monetarias (que deberían, por ejemplo, corresponder a una canasta de bienes y servicios considerados necesarios o cubrir a la población que se encuentra por debajo de una determinada línea de pobreza) y estas prestaciones deberían ser revisadas periódicamente para preservar su valor real (Recomendación núm. 202, Apartado 8).

El concepto de Piso de Protección Social cumple un papel de organizador de las políticas de protección social, combinando medidas preventivas, promocionales y activas, así como prestaciones en forma de servicios (Recomendación núm. 202, párrafo 10). Esta Recomendación es explícita cuando requiere la coordinación de políticas sociales con políticas de empleo y promoción de la actividad económica, fomentándose especialmente el empleo formal. En este aspecto, se recomienda la coordinación del Piso de Protección Social con programas de formación profesional, educación, alfabetización y con políticas de promoción de nuevos empleos y de empresas. En otros términos, la Recomendación reconoce la necesidad de construir sistemas de coordinación de políticas, estableciéndose también sistemas de supervisión y evaluación (Recomendación núm. 202, párrafo 19). A este respecto, cabe señalar la necesidad de desarrollar los sistemas estadísticos (Recomendación núm. 202, párrafos 21 y 22) y establecer mecanismos de protección de la información de carácter personal en las bases de datos de los programas sociales (Recomendación núm. 202, párrafo 23). Con relación a los mecanismos de diálogo social, se prevé no solamente el modelo tripartito clásico, sino también la “celebración de consultas con otras organizaciones pertinentes y representativas de las personas interesadas” (Recomendación núm. 202, párrafo 19). La financiación del Piso de Protección Social debe ser realizada con recursos nacionales (Recomendación núm. 202, párrafo 12), pues no es posible financiar gastos de largo plazo de forma sostenible con recursos externos (por ejemplo, préstamos del sistema multilateral y donaciones de la comunidad internacional). Se exceptúa la situación de países con un espacio fiscal insuficientemente desarrollado, que pueden utilizar apoyo internacional para el lanzamiento de programas del Piso de Protección Social mientras se amplía el esfuerzo fiscal doméstico.

Se debe hacer hincapié en el hecho de que la OIT nunca ha considerado al Piso de Protección Social como un “sustituto” de los regímenes clásicos y universales de seguridad social, sino como una vía para ampliar rápidamente la protección social en situaciones aún no cubiertas por los regímenes tradicionales – por las dificultades que los regímenes contributivos presentan para cubrir a la economía familiar y a los trabajadores no asalariados, que no cuentan con una base de ingresos constante que

permita cierta capacidad contributiva. Asimismo, se considera al Piso de Protección Social como una etapa en la introducción de regímenes de protección social en aquellos países y en aquellas situaciones en las que todavía no se dispone de una protección social formal. De esta forma, se busca introducir progresivamente los regímenes de protección social y aumentar su cobertura. Aunque es un Convenio con plena vigencia y que promueve el principio de la universalidad, el Convenio núm. 102 contiene objetivos mínimos de cobertura horizontal a partir de los que se busca un continuo incremento. Estos objetivos mínimos corresponden al 50 por ciento de los trabajadores o al 20 por ciento de la población, estando por debajo del anhelo de la universalización expresado por la Recomendación núm. 202 por medio del concepto de Piso de Protección Social. La elaboración del Convenio núm. 102 data del año 1952 y, en aquel entonces, se centró en los regímenes contributivos clásicos. En América Latina, de modo particularmente ilustrativo, tres países que recientemente han aprobado la ratificación del Convenio núm. 102 (Argentina²⁵, Brasil y Uruguay), también se encuentran entre los que cuentan con un amplio conjunto de regímenes y programas conceptualmente pertenecientes al ámbito del Piso de Protección Social. Esta es una clara muestra del motivo por el cual la Recomendación núm. 202 y el Convenio núm. 102 deben ser considerados como normas que se complementan.

Adicionalmente, la Recomendación núm. 202 es lo suficientemente explícita y no solo establece los principios (Parte I) y los conceptos vinculados con el Piso de Protección Social (Parte II), sino que además establece un segundo objetivo al proponer que los Estados miembros desarrollen Estrategias Nacionales para Extender la Seguridad Social (Parte III). En esta Parte III se establece que las estrategias nacionales deberían ser formuladas y aplicadas, sobre la base de consultas nacionales, para introducir con carácter prioritario Pisos de Protección Social donde no los hubiere y extender la protección social en la dimensión vertical hacia niveles más elevados (Recomendación núm. 202, párrafo 13,1), con el objetivo de “establecer progresivamente y mantener sistemas de seguridad social integrales y adecuados” (Recomendación núm. 202, párrafo 13,2), coherentes e integrados, tratando de alcanzar los niveles previstos en el Convenio núm. 102. Por lo tanto, promueve la ratificación de dicho Convenio (“tan pronto como lo permitan las circunstancias nacionales”), e incluso dar efecto a Convenios más avanzados de la OIT (Recomendación núm. 202, párrafo 18). Se plantea que estas estrategias nacionales, durante su elaboración, sigan la secuencia siguiente: 1) establecimiento de las prioridades nacionales; 2) identificación de las principales brechas en la cobertura; 3) diseño e implementación de regímenes de acuerdo con las prioridades y brechas identificadas; 4) coordinación de estos regímenes con políticas de mercado de trabajo; 5) cuantificación de los recursos financieros y cronograma necesario para, progresivamente, alcanzar los objetivos deseados; y 6) puesta en marcha de programas de educación y diseminación de conocimientos sobre las políticas sociales y los derechos de los ciudadanos (Recomendación núm. 202, párrafo 14). Al realizar esta planificación, se incentiva el intercambio de informaciones

25 A mediados de 2014, Argentina aún no había concluido el trámite de registro de la ratificación ante la OIT.

y buenas prácticas y se señala que, en el marco de la Recomendación, el país puede requerir la asistencia técnica de la OIT, en coordinación con las otras organizaciones internacionales e instituciones pertinentes (Recomendación núm. 202, párrafo 24).

En conclusión, la estrategia de la OIT para la extensión de la cobertura de la seguridad social ha evolucionado a lo largo del período 2001-2012 sobre la base de distintas opiniones manifestadas por los mandantes tripartitos: 1) el “nuevo consenso” y las conclusiones de la CIT 2001, lanzando la Campaña Mundial sobre Seguridad Social y Cobertura para todos²⁶; 2) la manifestación de la Comisión Mundial sobre la Dimensión Social de la Globalización, proponiendo un “piso socioeconómico” en búsqueda de una globalización más justa; 3) las discusiones con los mandantes tripartitos en todos los continentes a través de consultas, en las Reuniones Regionales y en la Reunión Tripartita de Expertos (2009); 4) el mandato de la Junta de Jefes Ejecutivos del Sistema de las Naciones Unidas (2009) y del Pacto Global para el Empleo (CIT 2009); 5) las conclusiones de la CIT 2011; y 6) la Recomendación núm. 202, aprobada por la CIT 2012. Se trata de un mandato amplio y representativo, con amparo en diversas instancias, y una obligación que han asumido los mandantes de la OIT al conferir tal respaldo a la Recomendación núm. 202.

En consecuencia, el concepto de Piso de Protección Social, que se resume en los puntos a continuación, ha evolucionado en el transcurso de esta última década.

- Un aspecto clave del concepto de Piso de Protección Social y de la Recomendación núm. 202 es la intención de dar forma concreta al derecho humano a la seguridad social, previsto en distintos documentos internacionales y construir una vía por la que las sociedades pueden, en función de sus circunstancias, construir gradualmente este derecho básico.
- Aunque tenga como objetivo la extensión de la protección social a aquellas situaciones en las que todavía no existe una cobertura por el sistema formal y esté centrado en cubrir las necesidades básicas de garantía del ingreso y el acceso a servicios de salud esenciales, el Piso de Protección Social no es meramente asistencial. Incluye una pluralidad de métodos e instrumentos que, coordinados entre sí, permitirían a los Estados cumplir con sus obligaciones. En realidad, dado que la población excluida de la protección social no es homogénea en ningún país del mundo, es probable que una combinación de instrumentos sea necesaria para alcanzar el objetivo de universalización de la cobertura que conlleva el Piso. Particularmente en América Latina y el Caribe, los seguros sociales pueden hacer una contribución significativa por su experiencia, cobertura y capacidad para llegar a los grupos de población excluidos.
- El acceso a transferencias monetarias para establecer la seguridad básica del ingreso prevista en la Recomendación núm. 202 es, sin duda, un elemento clave,

26 Véase: OIT: *Seguridad social: un nuevo consenso*, (Ginebra, 2001). Enlace: <http://www.social-protection.org/gimi/gess/ResFileDownload.do?sessionId=babca4bc8b49cffe8b1293911db2d7060c5f8a1b4e879a4de5304c76bbadb34b.e3aTbhuLbNmSe3iTc30TaNmLby0?ressourceId=7801>

pero posiblemente la eficiente articulación de las transferencias con servicios sociales y otras políticas públicas, mencionadas en la citada recomendación, no es menos importante para garantizar el mejor desempeño e impacto de los programas que contempla el Piso.

- ▶ El concepto de Piso de Protección Social no sustituye a los seguros sociales clásicos, ni tiene por objetivo proponer que las políticas de protección social necesariamente tengan un diseño de “prestaciones uniformes”. La prioridad ética y moral asignada a nivel internacional a la erradicación de la pobreza y la extensión de políticas de protección social a los excluidos por medio de un Piso de Protección Social de conformidad con la Recomendación núm. 202, en ningún momento impide el concomitante desarrollo vertical de los regímenes contributivos y/o universales vigentes.
- ▶ El Piso de Protección Social es abordado por la Recomendación núm. 202 como un elemento de la evolución de un sistema de protección social más amplio e integrado. La propia experiencia histórica de América Latina es una demostración de ello dado que los sistemas de protección social han ido evolucionando progresivamente hacia una mayor cobertura y se han ido transformando con el paso del tiempo.
- ▶ Visualizada desde la perspectiva del financiamiento, la Recomendación núm. 202 también alienta la articulación y coordinación de componentes contributivos y no contributivos en la búsqueda de la cobertura de poblaciones heterogéneas que, lógicamente, van a requerir la utilización de instrumentos con múltiples diseños, y también incentiva la materialización del principio de solidaridad.
- ▶ El Piso de Protección Social pone de relieve la necesidad de una mayor coordinación de políticas en la búsqueda de una mayor eficiencia, un tema sumamente necesario en países de renta media como la mayor parte de los latinoamericanos y caribeños. El sesgo pro-formalización, expresado en la Recomendación núm. 202, permite construir puentes importantes con las políticas activas de mercado de trabajo y de fomento de la creación de nuevos empleos y empresas sostenibles.
- ▶ Por último, el desarrollo del Piso de Protección Social que se da a lo largo del tiempo, necesita la conformación de instituciones y recursos humanos y financieros domésticos, además de mecanismos de diálogo social que complementen el modelo tripartito con formas de consultas a nuevos actores en la búsqueda de un consenso más amplio.

3. Evolución reciente de la cobertura de la seguridad social en América Latina y el Caribe

3.1 Contexto al final de la primera década del Siglo XXI

El cuadro 2 presenta indicadores laborales elaborados por la OIT para el *Panorama Laboral 2013* relativos a la población urbana y que abarcan a 21 países de América Latina y el Caribe. El cuadro demuestra importantes avances alcanzados en la región a lo largo de la primera década del Siglo XXI. Aunque existen diferencias entre las subregiones y particularidades de distintos países, la región americana ha vivido una década favorable para el trabajo decente, revirtiendo las tendencias de las dos décadas anteriores.

En ALC se ha producido una importante generación de empleo en el período estudiado que ha estado acompañada de una reducción muy significativa en la tasa de desempleo hasta niveles inéditos. Esta caída del desempleo es aún más relevante si consideramos que ha ocurrido en presencia de mayores tasas de participación y ocupación, así como en un contexto demográfico de notable crecimiento de la población en edad de trabajar. Además, se ha observado que la calidad y la formalidad de los empleos urbanos en América Latina y el Caribe ha aumentado, como lo demuestra el cambio de la composición de la población ocupada por categoría ocupacional, con un crecimiento de 4,8 puntos porcentuales del grupo de trabajadores asalariados y una concomitante reducción en las otras categorías, principalmente en los empleos más vulnerables. Como resultado de una evolución favorable en el mercado de trabajo y de importantes iniciativas en el ámbito de las políticas de protección social, se ha obtenido una significativa evolución de la proporción de trabajadores afiliados a regímenes de salud y/o pensiones, llegándose en 2012 al 67 por ciento de los trabajadores urbanos con vinculación por lo menos a una de las dos garantías. En el cuadro 1 se había mostrado que el 59,8 por ciento de los trabajadores urbanos se encontraban cubiertos por regímenes de salud y el 60,5 por ciento por regímenes de pensiones.²⁷

27 Para el análisis en detalle de la trayectoria y de los indicadores de mercado de trabajo de América Latina y Caribe, véase OIT: 2013, *Panorama Laboral 2013*. Enlace: http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---americas/---ro-lima/documents/publication/wcms_232760.pdf

Cuadro 2. América Latina²⁸: indicadores laborales seleccionados, 2000-2013

	Año inicial (2000-2002)	Año final (2012-2013*)
Tasa de desempleo urbano – 2002 y 2013 (%)	11,2	6,5
Tasa de participación urbana – 2002 y 2013 (%)	58,6	59,5
Tasa de ocupación urbana – 2002 y 2013 (%)	52,0	55,7
Población urbana ocupada según categoría ocupacional – 2000 y 2012 (%):		
Asalariados	60,7	65,5
No asalariados	27,3	25,2
Trabajadores domésticos	8,3	6,7
Trabajadores familiares y otros	3,7	1,8
Población ocupada urbana según rama de actividad económica – 2000 y 2012 (%):		
Agricultura, pesca, minas	6,7	4,9
Electricidad, gas, agua	0,9	0,4
Industria manufacturera	15,2	14,5
Construcción	7,1	8,9
Comercio	22,3	26,1
Transporte, almacenamiento y comunicaciones	5,2	6,4
Establecimientos financieros	2,1	3,9
Servicios comerciales, sociales y personales	40,4	34,8
Otras actividades	0,3	0,2
Población urbana ocupada vinculada a regímenes de salud y/o pensiones – 2000 y 2012 (%):		
Total	55,9	67,0
Asalariados	72,7	81,1
No asalariados	29,1	43,2
Trabajadores domésticos	31,9	44,9

Fuente: OIT: 2013. *Panorama Laboral 2013. Anexo Estadístico.*

* 2013: promedio al III trimestre.

Demográficamente, la mayor parte de América Latina y Caribe se encuentra ante una ventana de oportunidades proporcionada por el proceso de envejecimiento poblacional, durante el cual el ratio de dependencia total cae durante las próximas dos décadas, con un crecimiento pronunciado de la fuerza laboral, un menor crecimiento de la población joven y un incremento gradual de la población de adultos mayores en el mediano a largo plazo (véase el cuadro 3). El proceso de envejecimiento es más avanzado en Cuba y en el Cono Sur, mientras que países de América Central y la

28 Los indicadores *desempleo urbano*, *participación urbana* y *ocupación urbana* incluyen datos de los países caribeños. Datos más recientes de la OIT indican que la tasa de desempleo urbano al final de 2013 fue de 6,2%.

Región Andina tienden todavía a ser más jóvenes. Aunque hay diferencias entre los países de ALC, en muchos de ellos la rápida disminución del número de hijos por mujer y el aumento de la expectativa de vida en edades avanzadas van a acelerar la transición demográfica en las próximas décadas.

Cuadro 3. América Latina y Caribe: tendencias demográficas, 2000-2050

	2000	2005	2010	2030	2050
Ratio de dependencia total (%)	60,6	56,4	53,6	50,6	58,3
Ratio de dependencia adultos mayores (%)	9,1	9,8	10,4	18,1	30,5
Ratio de dependencia joven (%)	51,5	46,5	43,2	32,5	27,8
Población 15- (%)	32,4	29,8	28,5	21,6	17,6
Población 60+ (%)	8,3	9,0	10,0	16,7	25,1
Población 80+ (%)	1,1	1,2	1,5	2,6	5,7

Fuente: OIT: World Social Protection Report 2014-15. Anexo Estadístico (Ginebra, 2014).

Como consecuencia, a medida que disminuye la proporción de jóvenes en la estructura poblacional, los países más avanzados en este proceso tienen la oportunidad de universalizar políticas que protejan a este grupo con más facilidad (algunos ejemplos son las asignaciones familiares universales en Argentina y Uruguay). El crecimiento más notable de la población en edad de trabajar debería naturalmente, en el presente período, aumentar la necesidad de políticas de protección social para este tramo etario, de introducir seguros de desempleo, de mejorar los seguros para los riesgos laborales, de desarrollar políticas activas de mercado de trabajo, formación profesional y complementación educacional y de reconocer el trabajo no remunerado, acompañados de transferencias de ingresos para incorporar a los grupos más vulnerables al mercado de trabajo. Las políticas de prevención de accidentes del trabajo y enfermedades profesionales ayudan a mantener a las personas en el mercado de trabajo y, así, pueden contribuir en el futuro a equilibrar el impacto del cambio demográfico en los regímenes de seguros sociales financiados por las cotizaciones sobre la nómina salarial. La protección de la maternidad, la introducción y/o ampliación del derecho a la licencia de paternidad y la disponibilidad de cuidados para los niños y de escuelas durante un período prolongado, ayudan a que las mujeres puedan conciliar su creciente participación en el mercado de trabajo con sus opciones reproductivas, lo que también puede contribuir a evitar reducciones todavía mayores del número de hijos por mujer por debajo de la tasa de reposición de la población (véase el recuadro sobre la importancia de la perspectiva de género en los Pisos de Protección Social).

Los regímenes contributivos y no-contributivos de pensiones y salud necesitan adaptarse gradualmente al continuo incremento esperado de la población en los tramos de edad avanzada (60+ y 80+ años). Las políticas de atención para adultos mayores en condiciones frágiles de salud, que requieren cuidados de larga duración,

lo que tiene repercusiones sobre todo en las mujeres, plantean un creciente e importante desafío, que los sistemas actuales todavía tratan insuficientemente y que podría obligar cada vez más a gastos directos elevados por parte de las personas afectadas y de sus familias y/o incrementar el trabajo no remunerado y la inversión de tiempo en el cuidado de los hijos, sobre todo por parte de las mujeres. Ignorar dicha carga reduce la posibilidad de que las mujeres coticen a los sistemas y que terminen su ciclo vital siendo dependientes de las pensiones no contributivas. Adaptaciones de los puestos de trabajo para que sean más accesibles para los adultos mayores que, en condiciones de mejor salud, desean seguir en el mercado de trabajo, y modelos de trabajo más flexibles para este grupo (por ejemplo, jornada laboral a tiempo parcial), probablemente también podrían contribuir a amortiguar el impacto de la transición demográfica y aumentar la sostenibilidad de los regímenes de protección social. Por último, la inversión en educación y salud, universalizando su acceso a toda la población, constituyen importantes condiciones para aumentar la productividad del trabajo en el futuro, lo que incrementaría la disponibilidad de recursos que la sociedad puede compartir a través de los regímenes de seguridad social.

Recuadro 1. La importancia de la perspectiva de género en los Pisos de Protección Social

Los principios orientadores del Piso de Protección Social son unidad e integración, cobertura poblacional, suficiencia y calidad de las prestaciones, solidaridad social, equidad de género, eficiencia administrativa, responsabilidad pública y sostenibilidad financiera.

Lo que se propone concretamente para incorporar el enfoque de género en el piso es articular las garantías básicas de ingresos mínimos y de acceso a servicios esenciales en tanto derechos ciudadanos, por lo tanto individuales y no familiares.

Un adecuado sistema de seguridad social deberá tender a:

- evitar la segmentación en el acceso, causante de profundas desigualdades tanto socio económicas como de género;
- contar con mecanismos de afirmación positiva de índole no contributiva, dándole prioridad a la atención básica (por ejemplo la atención primaria de la salud) y a la incorporación de las personas no cubiertas, lo cual a su vez se puede lograr mediante el uso de las transferencias estatales.

De cara a atender las trayectorias laborales femeninas más cortas asociadas con sus responsabilidades familiares, el Piso de Protección Social debe contemplar salidas contributivas que, aunque menores, reconozcan los aportes realizados y, por otra parte, debe tender a diseñar mecanismos de compensación que reconozcan la aportación de las mujeres a la reproducción social y que aumenten la participación de los varones en dichas tareas. Esto evitaría a largo plazo la dependencia de las mujeres de edad avanzada respecto de las prestaciones no contributivas. Dentro de las políticas de trabajo decente, se trata de que tanto el pilar contributivo como el no contributivo se articulen y den centralidad a la participación de la política pública en la reorganización de los cuidados, que realizan en este momento sobre todo mujeres. (Véase también OIT, PNUD, ONU Mujeres, 2012)

Fuente: Contribución de ONU Mujeres al Grupo Interagencial.

En lo que se refiere a la situación de la cobertura legal de los regímenes de seguridad social en América Latina y Caribe, el cuadro 4 sintetiza informaciones disponibles en el *World Social Protection Report 2014-15* de la OIT. A principios de la segunda década del Siglo XXI, solamente cinco países - Argentina, Brasil, Chile, Colombia y Uruguay - brindaban prestaciones en las ocho ramas de la seguridad social previstas en el Convenio núm. 102²⁹. La mayor parte de los países otorga prestaciones en sólo entre cinco y siete ramas y las prestaciones que habitualmente faltan son aquellas relativas a la protección en caso de desempleo y/o las prestaciones familiares. Diez países de las Américas³⁰ han ratificado el Convenio núm. 102 y han establecido, de este modo, un compromiso formal para incorporar y aplicar, en su legislación y en la práctica nacional, las normas mínimas en sus sistemas formales de seguridad social. Con Brasil (2009), Uruguay (2010) y Honduras (2012), además de la votación favorable en el Parlamento de Argentina (2011), el Convenio núm. 102 ha ganado fuerza en América Latina. Unos pocos países han aprobado los Convenios de nivel superior (véase el recuadro 2).

Cuadro 4. América Latina y Caribe: cobertura legal por los sistemas de seguridad social y ramas por lo general faltantes, aproximadamente a 2011

Grupos por número de programas proporcionados	Países	Prestaciones por lo general faltantes
Programas correspondientes a 4 a 6 riesgos sociales previstos en el Convenio núm. 102 cubiertos	Antigua y Barbuda, Bahamas, Belice, Bermuda, Islas Vírgenes Británicas, Cuba, Dominica, El Salvador, Granada, Guatemala, Guyana, Haití, Honduras, Jamaica, Panamá, Paraguay, Perú, Saint Kitts y Nevis, Santa Lucía, San Vicente y las Granadinas	Seguro de desempleo y prestaciones familiares
Programas correspondientes a 7 riesgos sociales previstos en el Convenio núm. 102 cubiertos	Barbados, Estado Plurinacional de Bolivia, Costa Rica, Ecuador, México, Nicaragua, República Dominicana, Trinidad y Tabago, República Bolivariana de Venezuela	Seguro de desempleo o prestaciones familiares
Programas correspondientes a 8 riesgos sociales previstos en el Convenio núm. 102 cubiertos	Argentina, Brasil, Chile, Colombia, Uruguay	

Fuente: OIT, NORMLEX.

Desde el punto de vista del desarrollo institucional y de los niveles de cobertura obtenidos en años recientes, seguramente habría la posibilidad de más ratificaciones del Convenio núm. 102 y de los Convenios de seguridad social de nivel superior en las Américas. Otros Convenios recientes de la OIT, como el Convenio sobre las

29 Véase el anexo estadístico en: OIT: *World Social Protection Report 2014-15*, (Ginebra, 2014). Esta publicación también informa sobre niveles de ratificación de los Convenios de la OIT en el área de la seguridad social.

30 Los países americanos que han ratificado el Convenio núm. 102 son: Barbados, Estado Plurinacional de Bolivia, Brasil, Costa Rica, Ecuador, Honduras, México, Perú, Uruguay y la República Bolivariana de Venezuela. El Parlamento de Argentina ha aprobado la ratificación en 2011, pero el certificado de ratificación aún no había sido depositado en la OIT a mediados de 2014.

trabajadoras y los trabajadores domésticos, 2011 (núm. 189), complementan a los de seguridad social en la medida en que incentivan la formalización laboral y la extensión de derechos sociales y laborales a colectivos de trabajadores y sus familias que tradicionalmente han estado fuera del alcance de los sistemas de protección social tradicionales. En ALC, el Convenio núm. 189 ha sido ratificado por Argentina, el Estado Plurinacional de Bolivia, Colombia, Costa Rica, Ecuador, Guyana, Nicaragua, Paraguay y Uruguay (situación a junio de 2014) y está en vigencia desde septiembre de 2013. Adicionalmente, se podría mencionar la importancia que tiene el Convenio sobre el marco promocional para la seguridad y salud en el trabajo, 2011 (núm. 187) para el desarrollo integral de los seguros de accidentes del trabajo y enfermedades profesionales. En ALC, este Convenio ha sido ratificado solamente por Argentina, Chile y Cuba (situación a junio de 2014).

Recuadro 2. Convenios de la OIT relacionados con la seguridad social y países de ALC que los han ratificado, a junio de 2014

Convenios de seguridad social de nivel superior

Convenio núm. 121 (1964)

- ◆ Convenio sobre las prestaciones en caso de accidentes del trabajo y enfermedades profesionales
- ◆ Ratificaciones: Estado Plurinacional de Bolivia (1977), Chile (1999), Ecuador (1978), Uruguay (1973), República Bolivariana de Venezuela (1982).

Convenio núm. 128 (1967)

- ◆ Convenio sobre las prestaciones de invalidez, vejez y sobrevivientes
- ◆ Ratificaciones: Barbados (1972), Estado Plurinacional de Bolivia (1977), Ecuador (1978), Uruguay (1973), República Bolivariana de Venezuela (1983).

Convenio núm. 130 (1969)

- ◆ Convenio sobre asistencia médica y prestaciones monetarias de enfermedad
- ◆ Ratificaciones: Estado Plurinacional de Bolivia (1977), Costa Rica (1972), Ecuador (1978), Uruguay (1973), República Bolivariana de Venezuela (1982).

Convenio núm. 168 (1988)

- ◆ Convenio sobre el fomento del empleo y la protección contra el desempleo
- ◆ Ratificaciones: Brasil (1993).

Convenio núm. 183 (2000)

- ◆ Convenio sobre la protección de la maternidad
- ◆ Ratificaciones: Belice (2005), Estado Plurinacional de Bolivia (1977), Cuba (2004).

Otros convenios relacionados con el área de seguridad social

Convenio núm. 187 (2006)

- ◆ Convenio sobre el marco promocional para la seguridad y salud en el trabajo
- ◆ Ratificaciones: Argentina (2014), Chile (2011), Cuba (2008).

Convenio núm. 189 (2011)

- ◆ Convenio sobre las trabajadoras y los trabajadores domésticos
- ◆ Ratificaciones: Argentina (2014), Estado Plurinacional de Bolivia (2013), Colombia (2014), Costa Rica (2014), Ecuador (2013), Guyana (2013), Nicaragua (2013), Paraguay (2013), Uruguay (2012).

Fuente: OIT, NORMLEX.

Para concluir el breve análisis del contexto, es importante mencionar que un desafío clave para los países latinoamericanos es la continuación de la lucha contra la desigualdad de los ingresos. Esta es una variable que, por lo general, tiene correlación inversa con el nivel de extensión de la cobertura de la protección social.³¹ Los datos presentados en el cuadro 5 muestran que a lo largo de la primera década del Siglo XXI se ha registrado una disminución en la inequidad de los ingresos en 15 países entre los 16 con datos disponibles y comparables (*Panorama Social 2013* de la CEPAL). Esto ha sido el resultado de las mejoras en el empleo y los ingresos laborales, así como del aumento de la capacidad protectora de la seguridad social. En algunos países, esta reducción ha sido de una magnitud considerable y ha contribuido de modo importante a la reducción de la pobreza y de la indigencia en estos años (ver gráfico 1). Desafortunadamente, muchos países latinoamericanos siguen estando entre los países de más alta desigualdad en el mundo, a pesar de los grandes avances registrados en el transcurso de la última década.³² Para profundizar en la lucha contra la desigualdad, en sus distintas dimensiones, las políticas y los programas conceptualmente pertenecientes a los Pisos de Protección Social seguramente pueden representar una valiosa contribución.

Cuadro 5. América Latina: índice de Gini de concentración de ingreso, total nacional, 2001-2012

Países	Año inicial		Año final		Evolución
Argentina (urbano)	2002	0,578	2012	0,475	-0,103
Bolivia (Estado Plurinacional de)	2002	0,614	2011	0,472	-0,142
Brasil	2001	0,639	2012	0,567	-0,072
Chile	2000	0,564	2011	0,516	-0,048
Colombia	2002	0,567	2012	0,536	*
Costa Rica	2002	0,488	2012	0,504	**
Ecuador (urbano)	2002	0,513	2012	0,444	-0,069
El Salvador	2001	0,525	2012	0,437	-0,088
Guatemala	2002	0,542	2006	0,585	0,043
Honduras	2002	0,588	2010	0,567	-0,021
México	2002	0,514	2012	0,492	-0,022
Nicaragua	2001	0,579	2009	0,478	-0,101
Panamá	2002	0,567	2011	0,531	-0,036
Paraguay	2001	0,558	2011	0,546	-0,012

31 Las tabulaciones especiales de las Encuestas de Hogares de los países de ALC, preparadas por la CEPAL para el *Panorama Social de América Latina 2013*, demuestran que una mayor desigualdad de ingresos habitualmente convive con un menor nivel de cobertura de los sistemas de seguridad social entre los trabajadores asalariados.

32 Es ilustrativo que el informe presentado por la CEPAL en su 33° Período de Sesiones, en Brasilia en 2010, llevó el título: *La Hora de la Igualdad*. Véase: http://www.eclac.cl/publicaciones/xml/0/39710/100604_2010-114-SES.33-3_La_hora_de_la_igualdad_doc_completo.pdf

Países	Año inicial		Año final		Evolución
Perú	2001	0,525	2012	0,449	-0,076
República Dominicana	2002	0,537	2012	0,517	-0,020
Uruguay (urbano)	2002	0,455	2012	0,380	-0,075
Venezuela (República Bolivariana de)	2002	0,500	2012	0,405	-0,095

Fuente: CEPAL. (2013). *Panorama Social de América Latina 2013. Anexo Estadístico*, (Santiago de Chile, 2013).

* Valores no comparables con los de años anteriores debido al cambio en el criterio de construcción del agregado de ingresos.

** Valores no comparables con los de años anteriores debido al cambio de encuesta utilizada.

3.2 Brechas en la cobertura de las cuatro garantías del Piso de Protección Social

A pesar de los importantes avances en la cobertura de los sistemas de los seguros sociales clásicos, ya sea a través de la generación de más empleos formales o mediante las políticas de extensión de la cobertura de prestaciones implementadas, subsisten graves brechas en la cobertura en materia de protección social en ALC, incluso cuando se suma la cobertura brindada por los sistemas clásicos y la de los regímenes no contributivos y/o subsidiados. A continuación se presentarán algunos indicadores que miden la citada cobertura insuficiente, particularmente en las cuatro garantías que esencialmente buscan universalizar las prestaciones a través de los Pisos de Protección Social, de conformidad con lo dispuesto en la Recomendación núm. 202. Se trata del acceso a la atención de salud esencial y la seguridad básica del ingreso para los niños, para las personas en edad de trabajar y para los adultos mayores.

3.2.1 Acceso a la atención de salud esencial

La OIT ha desarrollado una metodología para medir el déficit de cobertura en la protección social en salud.³³ Esta metodología se basa en la medición de cinco indicadores que, conjugados, permiten una aproximación al tema.

1. Indicador de la cobertura administrativa y legal. Se calcula el déficit de cobertura de protección en salud como porcentaje de la población total a partir de la cobertura prevista en la legislación y de los datos administrativos de las instituciones correspondientes. El déficit de cobertura corresponde a la parte de

33 Véase la descripción de la metodología en: X. Scheil-Adlung, y F. Bonnet, "Más allá de la cobertura jurídica: evaluación del rendimiento de la protección social de la salud" en *Revista Internacional de Seguridad Social*, 64/3, págs. 23-43 (2011). En: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1468-246X.2011.01400.x/pdf>. Véase también: X. Scheil-Adlung, "Revisión de las políticas para avanzar hacia la cobertura universal de salud en los países de bajos ingresos: ventajas de los pisos nacionales de protección social" en *Revista Internacional de Seguridad Social*, 66/3-4 págs. 159-186 (2011). No es intención del presente documento abordar el amplio debate existente entre los especialistas sobre cómo evaluar mejor la cobertura de cuidados de salud, una tarea compleja por la multidimensionalidad que caracteriza al fenómeno de la salud.

la población total que, en vista de la situación legal y de los datos administrativos, no tiene acceso a cuidados de salud.

2. Indicador de la brecha en la cobertura teórica por insuficiencia de personal calificado para prestar los servicios de salud. Es posible que, aun con una cobertura administrativa y legal garantizada, las instituciones no cuenten con los recursos humanos para prestar los servicios necesarios. En este caso, se ha comparado la disponibilidad de recursos humanos de los respectivos países/regiones con el valor medio de la disponibilidad de personal calificado del sector salud en países con baja vulnerabilidad.³⁴ Este indicador también permite aproximarse a una medición de la calidad de los servicios.
3. Indicador de la brecha en la disponibilidad de recursos financieros para la adquisición de los recursos materiales necesarios. Se estima el déficit financiero como proporción del gasto total en salud (excepto el gasto directo). Este financiamiento insuficiente es estimado al comparar el gasto total en salud del país con el gasto medio de los países de ingresos bajos con escasa vulnerabilidad (correspondiendo a un gasto medio *per cápita* de USD 239 anuales). Este indicador, como el anterior, también se relaciona con la calidad de los servicios.
4. Indicador de la barrera financiera para el acceso a la que hacen frente los ciudadanos para contar con atención de salud. Para medir esta dimensión, se ha optado por el gasto directo de bolsillo como proporción del gasto total en salud. Niveles elevados de gasto directo representan un riesgo sustantivo de empobrecimiento de la persona y de su unidad familiar, especialmente en caso de gastos por enfermedades graves o catastróficas.
5. Indicador de resultado para medir el impacto del suministro de servicios. Entre los distintos indicadores que se podrían utilizar, la metodología ha optado por emplear al indicador de mortalidad materna (por 10.000 nacidos vivos), debido a que es un indicador con alta probabilidad de estar disponible en todos los países del mundo.

³⁴ Véase en X. Scheil-Adlung X. y F. Bonnet, 2011, *op.cit.*. Se ha clasificado a los países conforme niveles de vulnerabilidad, desde muy baja hasta muy alta.

Cuadro 6. América Latina y Caribe³⁵: estimaciones de cobertura administrativo-legal y de acceso a servicios de salud, ponderadas por población total, aproximadamente a 2011

	ALC	Cono Sur	Región Andina	América Central, República Dominicana y México	Caribe	Mundo
1. Déficit estimado de cobertura de protección de salud como % de la población total	18,3	2,9	25,8	32,8	66,4	38,9
2. Brecha en la cobertura teórica por insuficiencia de personal del sector salud frente al valor mediano en países con baja vulnerabilidad	18,0	8,2	41,2	14,7	38,9	38,4
3. Déficit financiero (%) / Gasto (excepto gasto directo), frente al gasto medio en países de ingresos bajos con baja vulnerabilidad (USD 239 per cápita)	9,2	0,9	14,2	34,9	7,3	47,4
4. Gasto de bolsillo como % del gasto total en salud	35,6	31,1	35,2	42,3	29,4	40,8
5. Mortalidad materna (por cada 10,000 nacidos vivos)	7,5	5,8	9,6	8,2	7,6	14,8

Fuente: Social Security Inquiry (SSI) de la OIT, OCDE, OMS, Fuentes nacionales.

Los resultados presentados en el cuadro 6 muestran una situación mixta, con noticias positivas y obstáculos importantes en el acceso a servicios de salud. El déficit teórico de *cobertura administrativo-legal de la población total*, del 18,3 por ciento, corresponde a la mitad del promedio mundial, que es influenciado por los datos de África y del Sur de Asia. Por otra parte, en la región de América Latina y Caribe se registra un desempeño muy positivo de la cobertura formal por parte de los regímenes de salud en los países del Cono Sur, mientras que las otras regiones presentan un resultado menos favorable en sus niveles de cobertura, con una cuarta parte de la población sin cobertura por los sistemas de salud en la Región Andina, más de un tercio en América Central y hasta dos tercios en el Caribe.

Según la OPS que analiza el *uso efectivo de los servicios*, también existe una gran desigualdad entre los diferentes grupos de ingresos de la región: mientras que para los grupos con mayores ingresos el acceso a la salud es casi universal, la mayoría de

35 Las estimaciones regionales incluyen a países con datos disponibles. No se disponía de información para todos los indicadores de los países considerados. Las subregiones consideran los siguientes grupos de países: Cono Sur: Argentina, Brasil, Chile, Paraguay, Uruguay; Región Andina: Estado Plurinacional de Bolivia, Colombia, Ecuador, Perú, República Bolivariana de Venezuela; América Central: Costa Rica, Cuba, El Salvador, Guatemala, Haití, Honduras, México, Nicaragua, Panamá, República Dominicana; Caribe: Antigua y Barbuda, Aruba, Bahamas, Barbados, Belice, Dominica, Granada, Guyana, Jamaica, Saint Kitts y Nevis, Santa Lucía, San Vicente y las Granadinas, Suriname, Trinidad y Tabago.

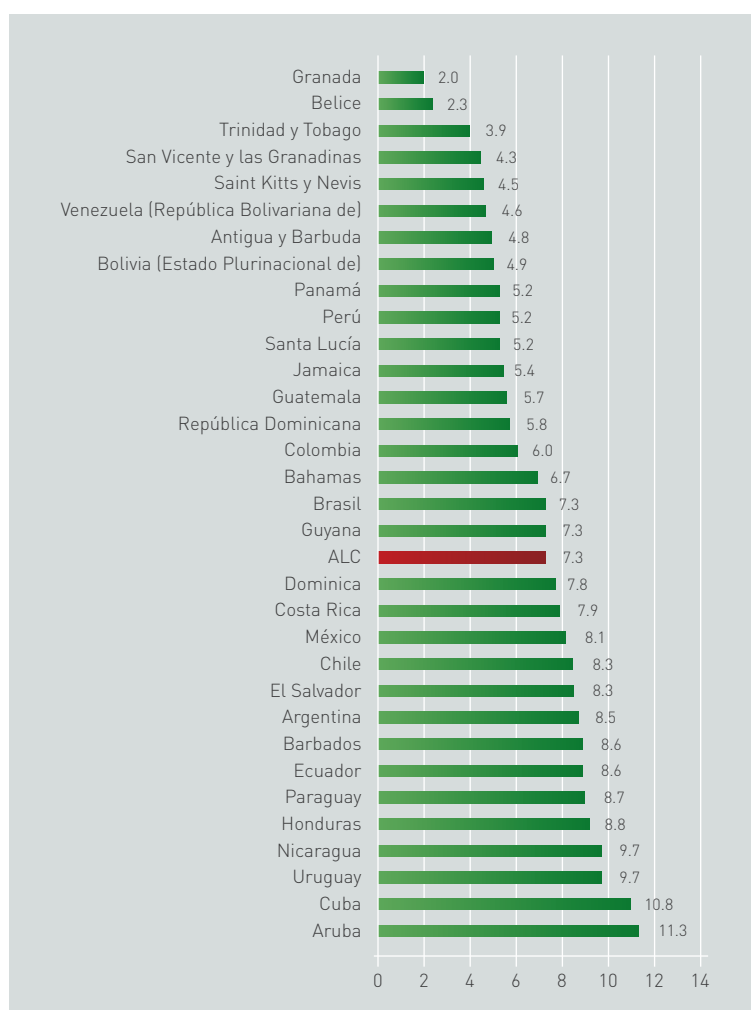
los más pobres todavía no puede acceder a los servicios de salud cuando los necesita. Datos de la OPS muestran que aproximadamente un 30 por ciento de la población de la región no tiene acceso por razones financieras (véase también el gasto directo, más adelante en el texto) mientras que un 21 por ciento carece de ese acceso debido a barreras geográficas. Se puede destacar la misma tendencia respecto de la asistencia sanitaria: en general, las personas con un mayor ingreso, muchas veces con menos necesidades, consumen la mayor parte de la asistencia médica, mientras que las que cuentan con menos ingreso y mayores problemas de salud consumen menos (OPS 2012).³⁶

En los países de ALC existe una *insuficiencia de personal calificado* en el sector salud de casi una sexta parte (el 18 por ciento) en promedio, en comparación con el parámetro internacional. Los países de la Región Andina presentan más que el doble de esta insuficiencia. En relación con el *financiamiento*, la región de América Latina y el Caribe presenta una brecha promedio del 9,2 por ciento frente al indicador de referencia. Nuevamente los países del Cono Sur invierten comparativamente más, seguidos por los países caribeños, mientras que la brecha de cobertura siguiendo este criterio en la Región Andina y en América Central, corresponde a casi el 15 por ciento y casi el 35 por ciento, respectivamente.

Para reconocer la brecha de financiamiento también es posible comparar los gastos totales de salud como porcentaje del PIB. En promedio, América Latina y el Caribe gasta un 7,3 por ciento del PIB en salud, un 1,2 por ciento menos que el promedio mundial y el promedio europeo (véase el gráfico 6). En referencia a este indicador, los países del Cono Sur figuran de nuevo entre los que más gastan, junto con algunos países de América Central (Cuba, Honduras, Nicaragua). Con excepción de Aruba, Barbados y Ecuador, los países caribeños y andinos gastan menos que el promedio de la región (OPS 2012, OPS 2014)

36 Véase también la contribución de la OPS en el anexo.

Gráfico 6. América Latina y Caribe: gasto total en salud (porcentaje del PIB), 2010)

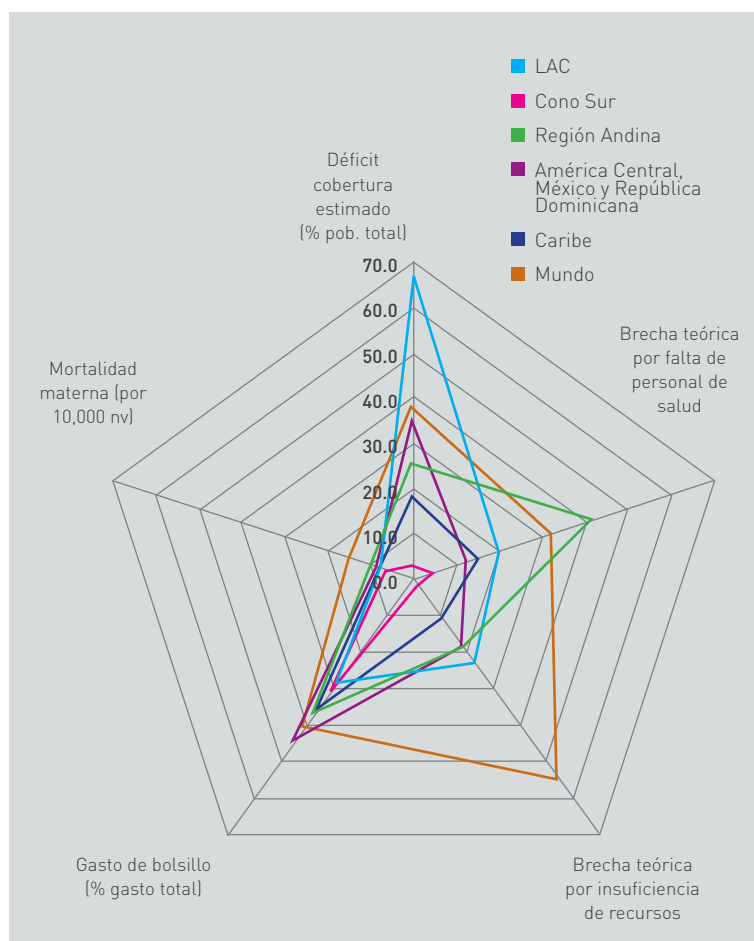


Fuente: OPS, 2012.

El *gasto directo de bolsillo* es el criterio en el que todas las subregiones presentan resultados bastante negativos, incluso el Cono Sur, con casi un tercio de gasto directo frente al gasto total en salud. Al observar los datos por país, se aprecia que en los casos de Belice, Colombia, Panamá y Uruguay se encuentran mejores resultados que el promedio de sus subregiones, seguramente fruto de las reformas de salud que estos países han implementado en años recientes. Por último, el *indicador de mortalidad materna* muestra resultados menos dispares entre las subregiones, con el resultado más negativo en la Región Andina (9,6) y el menos negativo en el Cono Sur (5,8). Sin embargo, en comparación con los resultados de los países más desarrollados, inferiores a 2, aún queda un largo camino por recorrer. En el análisis por países, algunos se ubican más próximos a este objetivo, como Chile, Costa Rica,

Granada, Santa Lucía y Uruguay; otros países de ALC todavía presentan resultados claramente negativos que están por encima del promedio mundial.³⁷

Gráfico 7. América Latina y Caribe: múltiples dimensiones de la cobertura en salud, 2011



Fuente: OIT/SSI, OMS, OCDE

En el gráfico 7, mientras más grande es el área del polígono de cada subregión, mayores son los problemas de cobertura y acceso a los servicios de salud. En conclusión, visualmente se constata que, en general, los países de América Latina y el Caribe presentan un desempeño mejor que el promedio mundial, pero con brechas importantes, especialmente en lo que se refiere a los obstáculos financieros de acceso (gasto directo de bolsillo), a la cobertura administrativo-legal (Caribe), a la insuficiencia de personal calificado (Región Andina) y a la insuficiencia de recursos aplicados (América Central). Aunque en general la situación ha mejorado en las últimas décadas, cabe destacar que una parte considerable de la población aún no está afiliada a ningún sistema de salud y que esta desprotección aumenta a medida que disminuyen los ingresos.

37 Véase el anexo estadístico del *World Social Protection Report 2014*.

3.2.2 Seguridad del ingreso para las familias con niños

En la rama de la seguridad del ingreso para las familias con niños, la prestación de la seguridad social clásica son las prestaciones familiares contributivas. Según el *World Social Protection Report 2014*, solamente 12 de 33 países en ALC contaban con un régimen de prestaciones familiares.³⁸ Estas prestaciones tienen por objetivo evitar que el hecho de tener hijos constituya un riesgo de pobreza para la familia y que los niños crezcan en una situación de vulnerabilidad. En muchos países estas prestaciones se han adaptado con el objetivo adicional de fomentar la asistencia escolar. A este respecto, cabe señalar que en el pasado lejano se crearon cajas de compensación en los regímenes de seguridad social para distribuir el riesgo entre los trabajadores y sus empleadores y estas cajas posteriormente se consolidaron en sistemas de seguridad social. Chile (1937), Trinidad y Tabago (1939), Brasil (1941), Jamaica (1941) y Uruguay (1943) han sido países pioneros en este campo, seguidos en los años 50 por Argentina³⁹, Bolivia, Colombia y Nicaragua, y luego en los años 70 por Costa Rica y México. Estas prestaciones a veces no tienen la misma visibilidad que otras ramas de la seguridad social, como por ejemplo las pensiones; además sus estadísticas no siempre están disponibles o completas para poder hacer cuantificaciones en relación con la cobertura. A pesar de tener un impacto importante, los regímenes de prestaciones familiares por lo general no alcanzan un nivel de cobertura superior al obtenido por los regímenes de seguros sociales clásicos en otras ramas. Por ello, las familias de la economía informal dependen generalmente de programas asistenciales más modestos.

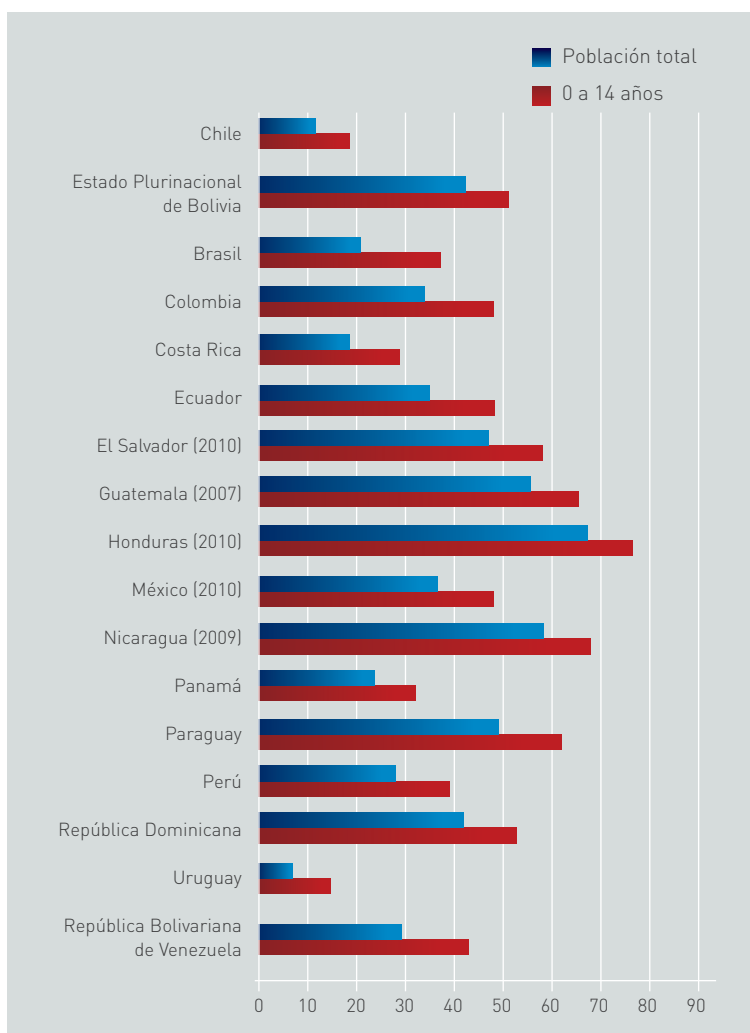
La universalización de esta garantía requiere la complementación de los regímenes contributivos de asignaciones familiares con políticas no contributivas.⁴⁰ En América Latina y el Caribe, particularmente, la lucha contra la pobreza y la prevención de la misma en las familias con niños es uno de los desafíos clave para las políticas sociales; las tasas de pobreza del grupo etario de 0 a 14 años han demostrado ser sistemáticamente superiores a la tasa de pobreza de la población total, como queda evidenciado en el Gráfico 8.

38 Se trata de: Argentina, el Estado Plurinacional de Bolivia, Brasil, Chile, Colombia, Costa Rica, Jamaica, México, Nicaragua, República Dominicana, Trinidad y Tabago y Uruguay.

39 Para más información sobre las prestaciones familiares en Argentina, véase F. Bertranou: *Aportes para la construcción de un piso de protección social en Argentina: el caso de las asignaciones familiares*, Oficina de País de la OIT para la Argentina (Buenos Aires, 2010).

40 Véase la evolución histórica e informaciones sobre cuatro países latinoamericanos en el informe: Murro et. al. (2007). *Prestaciones familiares: políticas, prácticas y lucha contra la pobreza en Europa y América Latina*. Ginebra: AISS/ Comisión Técnica de Asignaciones Familiares. Sobre las políticas en Argentina, véase: F. Bertranou y R. Maurizio, "Asignaciones como transferencias semicondicionadas a niños y adolescentes en la economía informal en la Argentina" en *Revista Internacional de Seguridad Social*, 65/1, págs. 57-76 (2012).

Gráfico 8. América Latina: tasas de pobreza de la población total y de niños de 0 a 14 años (porcentaje), 2011



Fuente: CEPALSTAT

Cuando se aborda la pobreza entre los niños, también es importante observar la situación de la desnutrición crónica infantil, especialmente debido a que los primeros mil días son determinantes en la vida de una persona. En América Latina y el Caribe, la desnutrición ha descendido considerablemente en las últimas dos décadas (de 13,8 millones de niños desnutridos en 1990 a aproximadamente 6,9 millones en 2012). Sin embargo, todavía un 12,6 por ciento de los niños de ALC sufre de desnutrición crónica. La situación es peor en Centroamérica (el 18,6 por ciento) y mejor en el Caribe (el 6,7 por ciento). Si se examina la situación por país, es muy alarmante en Guatemala, donde casi la mitad de los niños (el 48 por ciento) sufre de desnutrición crónica, seguido de Haití y Honduras con un 30 por ciento de los niños en estado de desnutrición crónica. Por otra parte, en Chile y Jamaica sólo un 2 y 5 por ciento de los menores de 5 años están afectados, respectivamente. Colombia, Honduras y Perú

destacan con una reducción del 13 y del 17 por ciento, respectivamente, en los últimos 20 años (FAO 2013; OMS 2014).

Muchos países de ALC desarrollaron, a partir de los años 90, programas de lucha contra la pobreza con transferencias focalizadas en las familias vulnerables. Esta estrategia estuvo basada en la premisa de realizar transferencias de ingresos compensadoras para amortiguar las repercusiones de las crisis económicas de las décadas de 1980 y 1990. Dichas estrategias contaron con el apoyo de organismos multilaterales y fueron resultado, también, de una mejor capacidad de financiamiento de las políticas sociales, así como de la mayor disponibilidad de nuevas tecnologías de focalización y gestión de programas masivos de transferencias de ingresos. Los programas de transferencias condicionadas (PTC), financiados con cargo a los ingresos generales del Estado y al apoyo internacional, vinculan la transferencia monetaria con la asistencia escolar de los niños, la utilización de los servicios de asistencia médica (atención regular, vacunación) y/o a la utilización de otros servicios públicos esenciales (servicio social, servicio de empleo, etc.).

Dos casos pioneros fueron los programas Progresar/Oportunidades en México y Bolsa Familia en Brasil, cuyos orígenes se sitúan en la primera mitad de la década de 1990. En Uruguay y Argentina, la universalización de la cobertura se ha dado por medio de la complementariedad de las asignaciones familiares contributivas y no contributivas, con un papel preponderante del seguro social a través de sus instituciones administradoras, el Banco de Previsión Social (BPS) y la Administración Nacional de la Seguridad Social (ANSES), respectivamente. Chile también ha seguido este camino. En Brasil y México, las transferencias condicionadas originariamente no fueron integradas con las asignaciones familiares contributivas; posteriormente se establecieron mecanismos de coordinación y utilización compartida de infraestructura e informaciones entre ambas.

A fines de la primera década de este siglo, 21 países de América Latina y el Caribe tenían en operación algún programa con las características de un PTC. La Base de Datos de Programas de Protección Social No Contributiva en América Latina y el Caribe de la CEPAL incluye 47 experiencias (cuadro 7).⁴¹ Estos programas poseían, en su gran mayoría, componentes de bonos/transferencias de ingresos destinados a familias con niños situadas por debajo de una determinada línea de ingresos (y/o en una determinada zona geográfica), con prestaciones generalmente otorgadas en función del número de niños presentes en cada familia y de determinadas características del niño/joven (como edad y grado de la escuela que frecuenta). Los programas han llegado a dimensiones antes impensables, con esfuerzos logísticos y operativos importantes. Debido a su tamaño y densidad, otro rasgo común de estas experiencias es la creciente articulación con servicios esenciales y otras políticas sociales, funcionando como una puerta de ingreso a otros derechos sociales a los que las familias beneficiarias

41 Véase el enlace: <http://dds.cepal.org/bdptc/>. Véase también: S. Cecchini y A. Madariaga, *Conditional Cash Transfer Programs. The Recent Experience in Latin America and the Caribbean*. CEPAL (Santiago de Chile, 2011).

pueden acceder, así como a servicios de apoyo a la reinserción en el mercado de trabajo y/o fortalecimiento y legalización de actividades antes informales. El diseño de los programas se ha beneficiado de un amplio intercambio en distintos foros técnicos y comunidades de aprendizaje que han permitido desarrollar una cultura de supervisión y evaluación. Muchos de estos programas cuentan con una gran variedad de documentación sobre sus repercusiones positivas en distintas dimensiones, como, por ejemplo, la frecuencia en la asistencia de los niños a la escuela y los niveles de aprobación, los indicadores de salud e incluso de las tasas de participación en el mercado de trabajo. Una de las debilidades de algunos de los programas radica en que su naturaleza no está necesariamente basada en derechos, por lo que su continuidad en el tiempo puede depender de decisiones arbitrarias.⁴²

Cecchini y Madariaga (2011) han recopilado información sobre el nivel de cobertura de los PTC en 18 países de ALC, aproximadamente al año 2010. El gráfico 9 muestra que aproximadamente el 19,3 por ciento de la población total de los 18 países se encontraba cubierta por los PTC, prioritariamente las familias con niños. Los países con programas más maduros y de gran extensión presentaban cifras de cobertura por encima de los 20 puntos porcentuales, con Brasil, Colombia y México alrededor de una cuarta parte de la población, y Ecuador incluso por encima del 40 por ciento. El gasto promedio de los 18 países en sus PTC ha sido estimado en el 0,36 por ciento del PIB, con montos de aproximadamente el 0,4-0,5 por ciento para los programas más amplios.

Cuadro 7. América Latina y Caribe: programas de transferencias condicionadas de ingresos

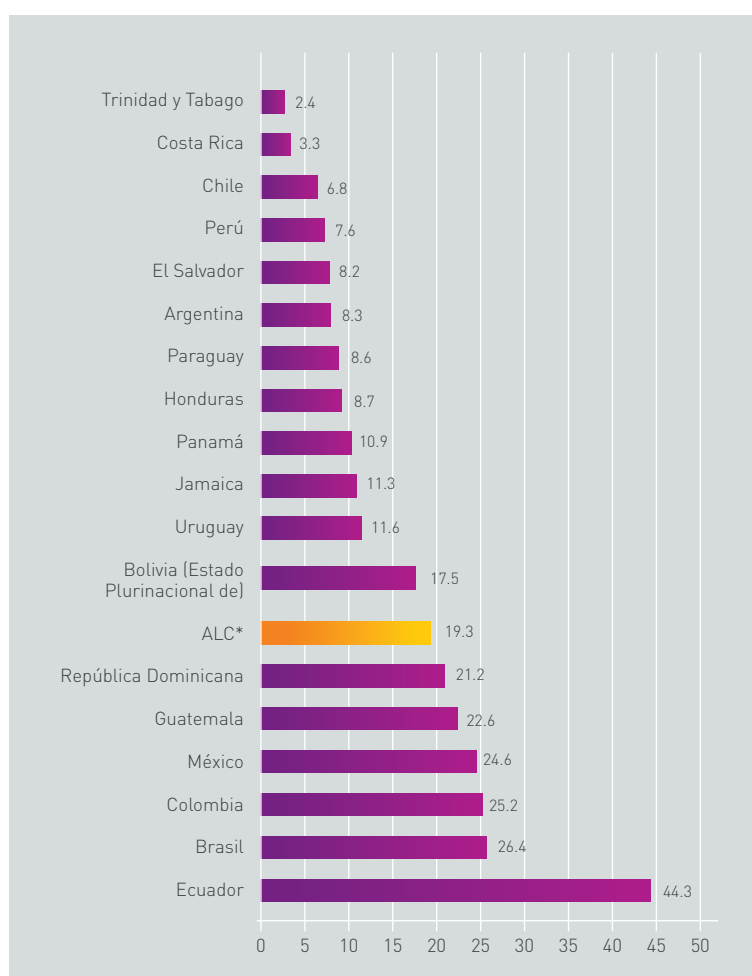
País	Período de Existencia	Nombre del Programa
Argentina	(2011 ...)	Asignación por Embarazo
	(2009-...)	Asignación Universal por Hijo para Protección Social
	(2005-2010)	Familias por la Inclusión Social
	(2002-2005)	Jefas y Jefes de Hogar Desocupados
Belice	(2011-...)	Building Opportunities for Our Social Transformation, BOOST
Estado Plurinacional de Bolivia	(2006-...)	Bono Juancito Pinto
	(2009-...)	Bono Madre Niña-Niño Juana Azurduy
Brasil	(2001-2003)	Bolsa Alimentação
	(2001-2003)	Bolsa Escola
	(2003-...)	Bolsa Família
	(2003)	Cartão Alimentação
	(2011-...)	Programa Bolsa Verde
	(1997-...)	Programa de Erradicação do Trabalho Infantil (PETI)
Chile	(2002-...)	Chile Solidario
	(2012-...)	Ingreso Ético Familiar

42 Además de Cecchini y Madariaga, *op. cit.*, 2011, véase las experiencias de la extensión de cobertura de la Asignación Universal por Hijo (AUH) en Argentina, el Sistema Unificado de Asistencia Social (SUAS) y Bolsa Família en Brasil, y la Estrategia Vivir Mejor/Oportunidades en México en: OIT-PNUD, "Successful Social Protection Floor Experiences" en *Sharing Innovative Experiences*, Vol. 18 (Nueva York, 2011). Enlace: <http://www.social-protection.org/gimi/gess/RessShowRessource.do?ressourceId=20840>.

País	Período de Existencia	Nombre del Programa
Colombia	(2001-...)	(Más) Familias en Acción
	(2011-...)	Ingreso para la Prosperidad Social
	(2007-...)	Red Unidos (Ex Red Juntos)
	(2005-...)	Subsidios Condicionados a la Asistencia Escolar
Costa Rica	(2006-...)	Avancemos
	(2000-2002)	Superémonos
Ecuador	(2003-...)	Bono de Desarrollo Humano
	(1998-2003)	Bono Solidario
	(2011-...)	Desnutrición Cero
El Salvador	(2005-...)	Comunidades Solidarias (ex Red Solidaria)
Guatemala	(2012-...)	Mi Bono Seguro
	(2008-2011)	Mi Familia Progresas
	(2007-2008)	Protección y Desarrollo de la Niñez y Adolescencia Trabajadora
Haití	(2012-...)	Ti Manman Cheri
Honduras	(2010-...)	Bono 10.000 Educación, Salud y Nutrición
	(1998-2005)	PRAF/BID Fase II
	(2006-2009)	PRAF/BID Fase III
	(1990-...)	Programa de Asignación Familiar (PRAF)
Jamaica	(2001-...)	Programme of Advancement Through Health and Education (PATH)
México	(1997-...)	Oportunidades (Programa de Desarrollo Humano, ex Progresas)
Nicaragua	(2000-2006)	Red de Protección Social
	(2005-2006)	Sistema de Atención a Crisis
Panamá	(2005-...)	Bonos Familiares para la Compra de Alimentos
	(2006-...)	Red de Oportunidades
Paraguay	(2005-...)	Abrazo
	(2005-...)	Tekoporâ
Perú	(2005-...)	Juntos (Programa Nacional de Apoyo Directo a los más Pobres)
República Dominicana	(2005-...)	Programa Solidaridad
Trinidad y Tabago	(2005-...)	Targeted Conditional Cash Transfer Program (TCCTP)
Uruguay	(2008-...)	Asignaciones Familiares
	(2005-2007)	Plan de Atención Nacional a la Emergencia Social (PANES)
	(2006-...)	Tarjeta Alimentaria

Fuente: CEPAL: Base de datos de programas de protección social no contributiva en América Latina y el Caribe. Complementación puntual por la OIT.

Gráfico 9. América Latina y Caribe: población cubierta por PTC (porcentaje de la población), 2010

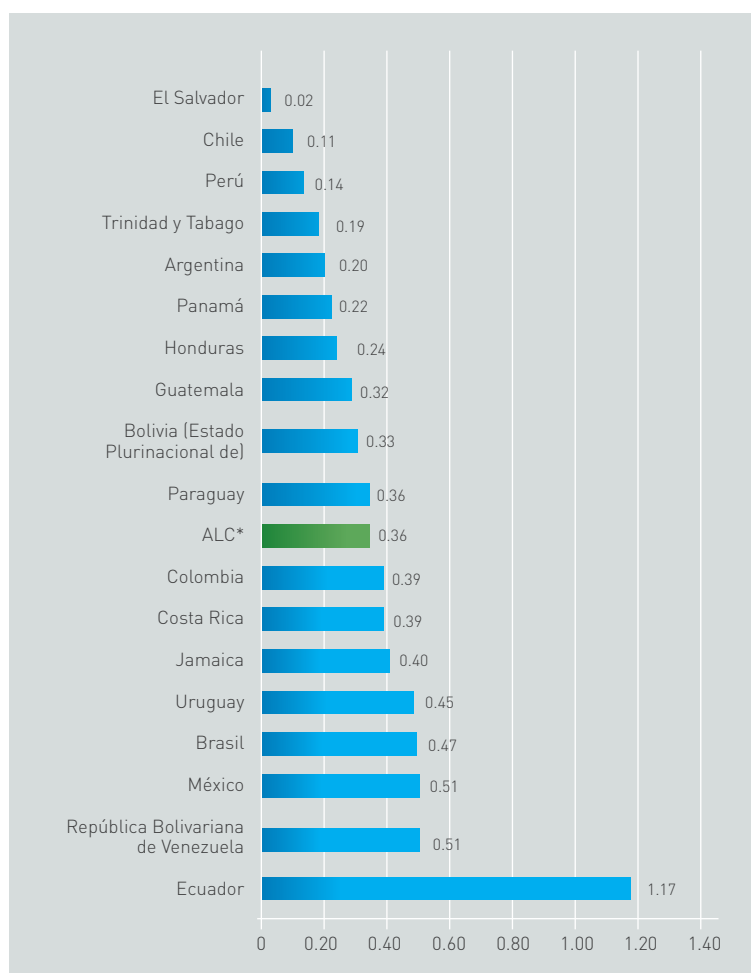


Fuente: Cecchini y Madariaga (2011), pág. 102-103.
* Promedio ponderado

Cecchini y Madariaga (2011) también han estimado, en un ejercicio realizado para 14 países, la brecha de ingresos que serían necesarios para erradicar la indigencia. La misma sería de USD 12.700 millones (el 1,33 por ciento del PIB de los 14 países). Aunque la focalización de los programas nunca es perfecta, que existen ciertos costos de administración y que la pobreza es un fenómeno multidimensional que requiere más que transferencias de ingreso⁴³, al observar la modesta inversión que se realiza en los PTC (aproximadamente el 0,4 por ciento del PIB para el promedio de estos 14 países, véase el gráfico 10), queda claro que es posible avanzar en el esfuerzo de erradicar la pobreza extrema en América Latina y el Caribe a mediano plazo. También se puede observar que estos programas constituyen una primera puerta de acceso al Estado de Bienestar para la población que anteriormente estaba excluida por completo.

43 Además, la pobreza refleja un proceso dinámico, pues las personas salen de, y regresan a, la pobreza, con una intensa movilidad cercana a la línea de pobreza. También se sabe que en la aplicación de los instrumentos de focalización se puede incurrir en errores Tipo 1 y 2 de exclusión y de inclusión. Desde la perspectiva de género, también es importante destacar que, en estos programas, es importante evitar la sobrecarga por la utilización del tiempo de las mujeres, a quienes preferencialmente se les ha otorgado la responsabilidad de la gestión y cumplimiento de las condicionalidades.

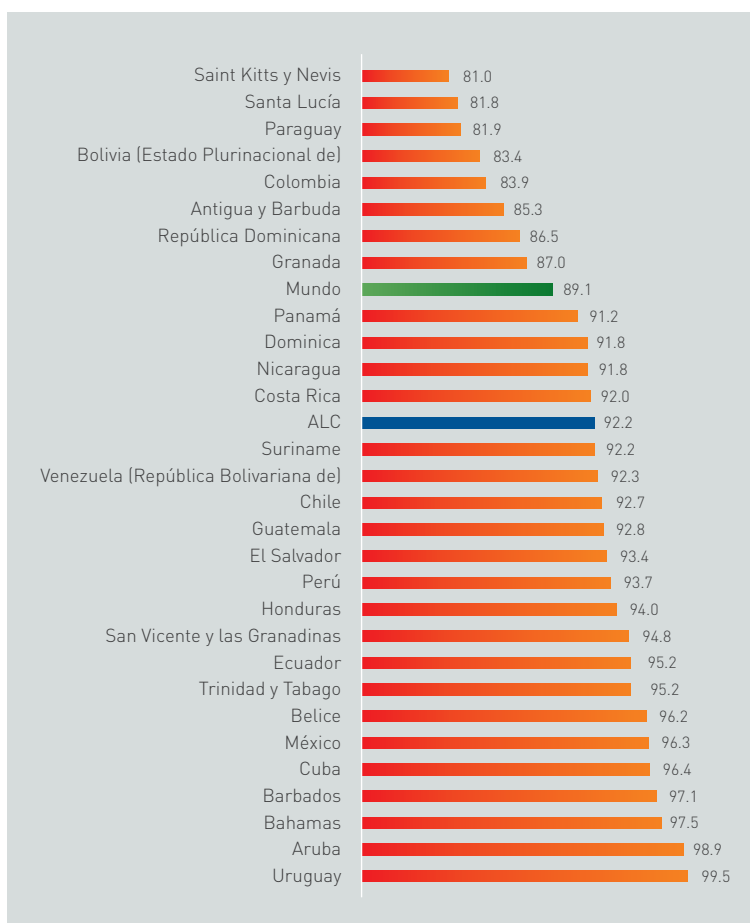
Gráfico 10. América Latina y Caribe: inversión en PTC (porcentaje del PIB), 2009



Fuente: Cecchini y Madariaga (2011), pág. 104. * Promedio simple 18 países

Si se hace referencia a las familias con niños, también es pertinente analizar la situación educativa y de salud de los niños en la región. En cuanto a la primera, el acceso a la educación primaria en la región ya se amplió en 2000, pero mejoró más en la última década, especialmente para la población más pobre y la población rural. En promedio, en 2012 un 92,2 por ciento de los niños de la región estaban matriculados en escuelas primarias, con pequeñas diferencias entre los países (véase el gráfico 11). La matrícula en la educación secundaria aumentó en la última década desde un 67 por ciento en 2000 hasta un 73 por ciento en 2012 (gráfico 12). Sin embargo, uno de cada cuatro jóvenes de la región aún no está matriculado en una escuela secundaria. En algunos países, como Nicaragua y Guatemala, más de la mitad de los jóvenes no tiene acceso a la educación secundaria (Instituto de Estadística de la UNESCO-UIS 2014; UNESCO 2013).

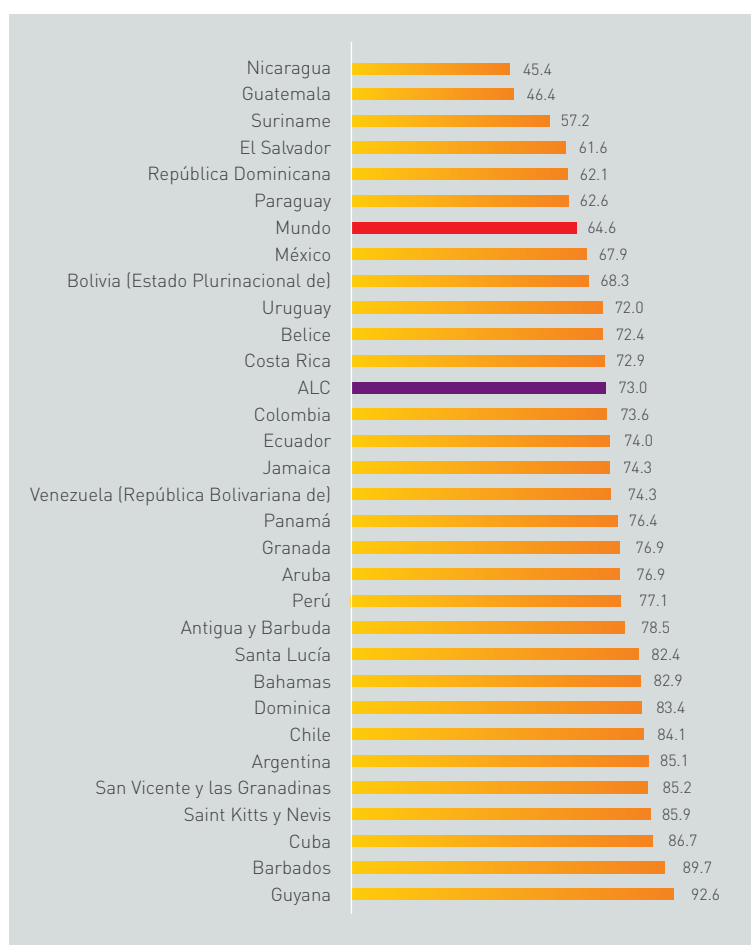
Gráfico 11. América Latina y Caribe: tasa neta de matrícula primaria, 2012*



Fuente: UIS/UNESCO (2014): UIS.Stat. Education.

* Último año disponible entre 2009 y 2012.

Gráfico 12. América Latina y Caribe: tasa neta de matrícula secundaria, 2012*



Fuente: UIS/UNESCO (2014): UIS.Stat. Education.

* Último año disponible entre 2009 y 2012.

En lo que se refiere a la salud de los niños, también se observan avances en la última década. Por ejemplo, en casi todos los países –con la excepción de Haití, Honduras, Paraguay, República Dominicana, Suriname y la República Bolivariana de Venezuela– entre el 90 y 100 por ciento de los menores de un año están ahora inmunizados contra las siguientes enfermedades: difteria, tétano, tos ferina, polio y tuberculosis (OPS 2014).

Se puede concluir que la situación de los niños de la región ha mejorado en la última década (en cuanto a la pobreza y desnutrición crónica, la educación y la salud), pero que todavía existen grandes desafíos. Entre los distintos factores que han contribuido a la mejora, la evidencia de los países permite mencionar la expansión de los PTC, especialmente aquellos con requisitos relacionados con la educación y la salud. No obstante, hay que destacar que estos programas por sí solos no solucionan los problemas. Por este motivo, en el futuro será esencial coordinar adecuadamente los PTC con otras políticas y servicios, incluidas las políticas con influencia directa en la educación y la salud así como en las prestaciones familiares contributivas. Estas

últimas asumen un papel importante en algunos países, por lo que su fortalecimiento parecería ser necesario. Más estudios y estadísticas precisas sobre las asignaciones familiares contributivas parecerían necesarios. Los países que todavía no cuentan con regímenes de prestaciones familiares podrían pensar en introducirlos.

3.2.3 Seguridad del ingreso para personas en edad de trabajar⁴⁴

Una de las grandes brechas en materia de protección social en ALC probablemente se encuentra en el diseño e implementación de políticas y programas que permitan una mayor protección de los ingresos para las personas en edad de trabajar. Debido a la importante presencia de la fuerza laboral en la economía informal, menos del 5 por ciento de los trabajadores en ALC que quedan desempleados perciben prestaciones de un seguro de desempleo. De hecho, tan solo siete países en América Latina (Argentina, Brasil, Chile, Colombia, Ecuador, Uruguay y la República Bolivariana de Venezuela) y tres en el Caribe (Aruba, Bahamas y Barbados) cuentan con un régimen de seguro de desempleo. Algunos países han introducido disposiciones limitadas en sus códigos laborales (como el Estado Plurinacional de Bolivia, Costa Rica, México, Panamá y Perú), incluyendo las cuentas de ahorro para cesantía y las indemnizaciones por despido a cargo del empleador.⁴⁵

Por lo general, los regímenes de seguro de desempleo presentan en sus diseños elementos de los seguros sociales clásicos, como la obligación de tener un número mínimo de cotizaciones al seguro de desempleo (o al seguro social general) como condición para el acceso a una prestación. De este modo, en países con mercados laborales con relevantes niveles de informalidad, como los de ALC, la cobertura brindada por los seguros de desempleo tiende a ser baja, como lo demuestran los casos de Argentina, Brasil, Chile y Uruguay, con los mejores resultados obtenidos en Chile y Uruguay (en los que cerca de una cuarta parte de los trabajadores desempleados efectivamente perciben prestaciones, pero de modesta cuantía). Los trabajadores que se desempeñan en la informalidad también hacen frente a barreras para el acceso a indemnizaciones por despido previstas en los códigos laborales de algunos países, salvo en los casos en que la justicia laboral cuenta con mecanismos más ágiles y efectivos. Por ello puede concluirse que se plantea un enorme desafío para los países de ALC en cuanto a la introducción, extensión y reforma de sus regímenes de seguro de desempleo para buscar una mayor cobertura administrativo-legal y efectiva (con prestaciones monetarias a los desempleados) de los trabajadores. Esta necesidad se ha visto potenciada por el impacto en el mercado de trabajo de la reciente crisis económica global de 2008-2009.

⁴⁴ Para no extendernos en demasía en el presente documento, no se analizan otros programas y coberturas que permiten generalmente brindar seguridad de ingresos a este grupo etario: cobertura por discapacidad, accidentes del trabajo y enfermedades profesionales y las prestaciones de maternidad/paternidad.

⁴⁵ Fuente: OIT, 2014, *op.cit.*, Anexo Estadístico; y OIT/SSI. Véase también: M. Velásquez, "Seguros de desempleo y reformas recientes en América Latina". CEPAL/Serie Macroeconomía del Desarrollo n° 99 (Santiago de Chile, 2010), en: http://www.eclac.org/publicaciones/xml/0/38180/Serie_MD_99.pdf.

En este contexto, los programas de protección social en un sentido más amplio, destinados a los trabajadores desempleados, pasan a tener una gran importancia. Estos son: políticas de formación profesional, programas de fomento del empleo, programas de garantía de empleo⁴⁶, políticas de fomento de las PYME, fortalecimiento de la economía social y de proyectos comunitarios, programas de inversiones públicas intensivas en empleo, transferencias condicionadas de ingreso y otros servicios y programas de activación y de incremento de la empleabilidad. Particularmente importante es la ampliación de la red de servicios públicos de empleo, incluida la información sobre empleos, facilitando el acceso a todos los trabajadores. Debido a que, en muchos países, la escasez de empleo formal no es solamente un fenómeno cíclico, sino estructural bajo la forma de subempleo, la Recomendación núm. 202 prevé políticas públicas de fomento del empleo y regímenes de garantía de empleo entre las alternativas posibles para hacer realidad la aspiración a una garantía universal. Un desafío para los países que los implementen consiste en diseñar estos regímenes basados en derechos, sustentados en la legislación y accesibles a las personas que los necesiten.⁴⁷

Distintas experiencias en América Latina vienen vinculando las transferencias de ingreso o incentivos monetarios con la utilización de servicios de intermediación y formación laboral. Algunos países de la región han expandido los programas de empleo y de transferencias no contributivas para personas en edad de trabajar con el objeto de dar respuesta a las limitaciones que tiene el seguro contributivo por la presencia de la informalidad y de la alta rotación en el mercado laboral. El caso de Argentina es ilustrativo: en 2002 el país lanzó, en reacción a una grave crisis macroeconómica, el programa Jefas y Jefes de Hogar, que brindó transferencias de ingresos a dos millones de familias. Posteriormente, a efectos de sustituir este programa de emergencia, se desarrolló un abanico de diferentes transferencias de ingresos que cubren a grupos específicos de adultos desempleados: el programa "Interzafra" para trabajadores rurales cíclicamente desempleados, el programa "Jóvenes por Más y Mejor Trabajo" para la población juvenil en el mercado laboral, y el programa "Argentina Trabaja" para la población desempleada con muy bajas calificaciones. Además, se introdujo en 2004 una prestación no contributiva llamada "Seguro de Capacitación y Empleo", que se coordina con el Seguro de Desempleo Contributivo. Los beneficiarios no perciben sólo transferencias de ingresos, sino también acceden a servicios de empleo, formación, orientación profesional y otros que les ayudan a aumentar sus calificaciones y su empleabilidad.^{48, 49} Otra parte de los antiguos beneficiarios del programa "Jefes y Jefas...", compuesta principalmente por madres con hijos menores de edad, y que no

46 Véase la experiencia del *Mahatma Gandhi National Rural Employment Guarantee Act* (MGNREGA) de India: OIT-PNUD (2011). Op. Cit.

47 Véase también el Capítulo 5 del *World Social Protection Report 2010-11*, sobre las prestaciones de desempleo.

48 Véase, F. Bertranou y X. Mazorra, "Argentina: Experiencias en Programas de Protección de Ingresos y Mejora de la Empleabilidad" en *Notas sobre la Crisis*, Oficina de la OIT para el Cono Sur de América Latina (Santiago de Chile, 2009). También: F. Bertranou y J. Paz, J., *Políticas y programas de protección al desempleo en Argentina*, Oficina de País de la OIT para la Argentina (Buenos Aires, 2007).

49 No se pudo abordar en este texto introductorio (pero no se la ignora) la situación de la protección para las contingencias de maternidad, enfermedad, invalidez y riesgos laborales, que corresponden a riesgos sociales que afectan básicamente a la población en edad de trabajar.

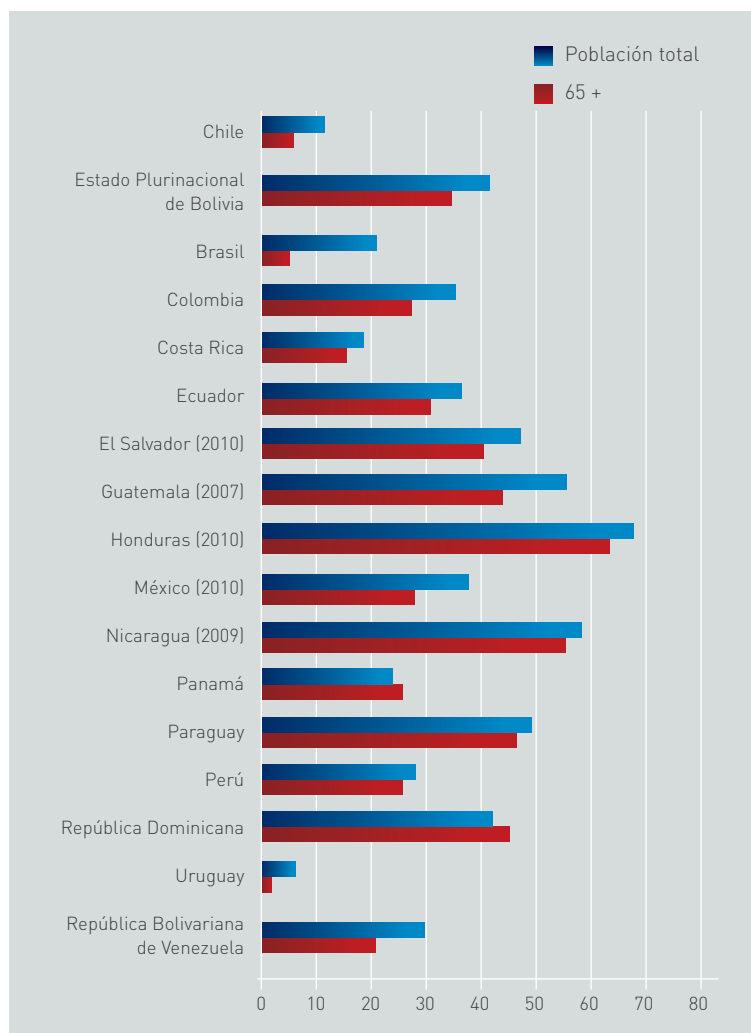
están vinculados con el mercado laboral, pasó a estar cubierta por los ingresos en virtud de la “Asignación Universal por Hijo”.

3.2.4 Seguridad del ingreso para personas de edad

La garantía de seguridad del ingreso para personas de edad tiene una larga historia en los sistemas de seguros sociales de la región de América Latina y el Caribe, habiendo sido objeto de una gran atención pública en las décadas pasadas por sus distintas reformas estructurales y paramétricas.⁵⁰ Los 33 países de ALC analizados en el *World Social Protection Report* 2014-15 cuentan con una legislación que insta la protección de la edad avanzada, la viudez y la orfandad. De conformidad con el gráfico 13, la pobreza entre los adultos mayores en América Latina, en algunos países, es más baja que la tasa promedio de pobreza de la población total, usualmente correspondiendo a países que cuentan con una mayor cobertura de los regímenes de pensiones (como los países del Cono Sur). En otros países, la tasa de pobreza de los adultos mayores se encuentra próxima e incluso superior al promedio y generalmente corresponde a países con niveles más bajos de cobertura de los adultos mayores con prestaciones de la seguridad social.

50 Entre 1981 y 2008, 11 países latinoamericanos sustituyeron sus sistemas de pensiones financiados por el reparto por sistemas (parcialmente o totalmente) privados. En 2008, Chile y Argentina, seguidos de Bolivia en 2010, implementaron nuevas reformas sustanciales. Uruguay adoptó reformas paramétricas para cambiar su sistema con el fin de aumentar la cobertura, especialmente en 2013. El presente texto no tiene como objetivo analizar estas nuevas reformas en más detalle, pero será importante observar el modo en que los sistemas de pensiones se desarrollarán en el futuro. Para más informaciones sobre este tema, véase: F. Bertranou, *La contribución de la OIT a la Reforma Previsional de Chile*, Oficina Subregional de la OIT para el Cono Sur de América Latina (Santiago de Chile, 2010). / A. Arenas de Mesa (2010). *Historia de la Reforma Previsional Chilena: Una Experiencia Exitosa de Política Pública en Democracia*, Oficina de la OIT para el Cono Sur de América Latina (Santiago de Chile, 2010) / Mesa Lago, C. et al. “Re-reformas de Pensiones Privatizadas en el Mundo: Argentina, Bolivia, Chile y Hungría” en *Revista Trabajo*, (México, 2013), págs. 48-167.

Gráfico 13. América Latina: tasas de pobreza de la población total y de adultos mayores de 65 años (porcentaje), 2011



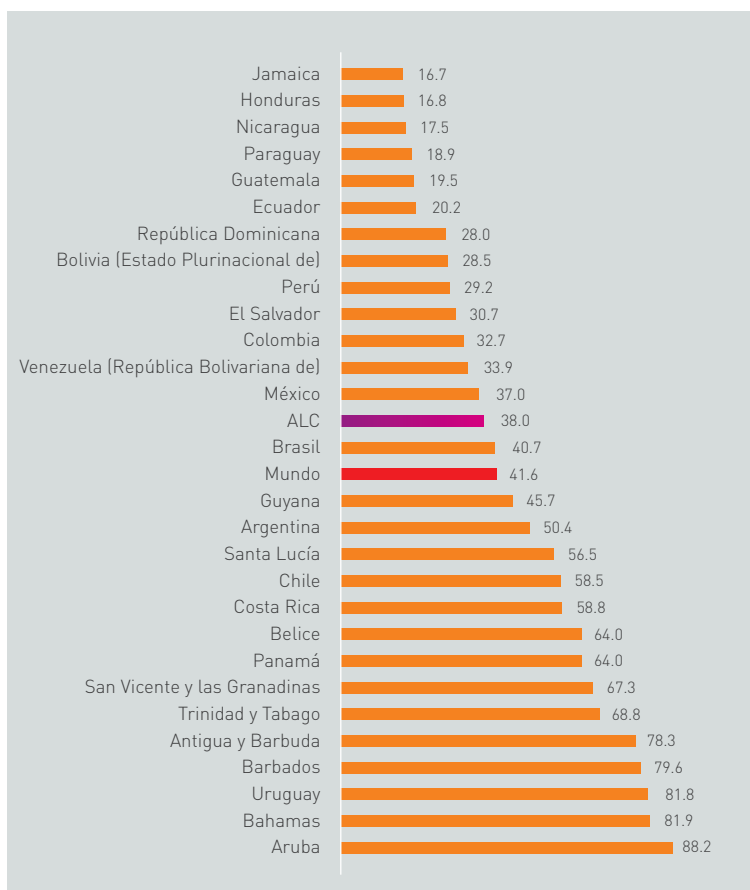
Fuente: CEPALSTAT

El Gráfico 14 (basado en datos de la SSI/OIT), presenta la información correspondiente a la proporción de la población económicamente activa que cotiza a los regímenes de seguridad social. Las cifras se diferencian de las presentadas en el cuadro 1 (cuya fuente es la publicación *Panorama Laboral 2013* de la OIT) por diversos aspectos de definición y metodología.⁵¹ El gráfico tampoco expresa necesariamente la cobertura total de los sistemas de seguridad social, sino solamente la proporción de las personas que obtienen cobertura por la vía contributiva. La cobertura indirecta (pensión de viudez/orfandad) y la cobertura potencial por regímenes no contributivos y parcialmente contributivos difícilmente son captadas por este indicador.⁵²

51 En el *Panorama Laboral* se utiliza como referencia la Población Urbana Ocupada, mientras que en el gráfico 14 se ilustra la situación de la Población Económicamente Activa total, incluyendo a los trabajadores del área rural y a los desempleados.

52 Por ejemplo, en Brasil, los agricultores familiares cotizan sobre la producción comercializada y la obligación de recaudar la cotización es del comprador, hecho que no es captado por la encuesta de hogares.

Gráfico 14. América Latina y Caribe: cotizantes activos como porcentaje de la Población Económicamente Activa, 2009-2012



Fuente: Basado en fuentes nacionales (datos administrativos y Encuestas de Hogares), Banco Mundial y OCDE.

Nota: el último año disponible para Jamaica es 2004; para Aruba, 2006; para Antigua y Barbuda y San Vicente y las Granadinas, 2007; y para Santa Lucía, 2008.

Varios factores explican la heterogeneidad de los datos, tales como la capacidad institucional de imponer la legislación contributiva (supervisión de los cotizantes, fiscalización eficiente y cobro de deudas), la generación de nuevos empleos en el mercado de trabajo, diversas políticas de inclusión de grupos de difícil cobertura (trabajadores independientes, rurales, domésticos), las políticas de difusión de conocimientos sobre derechos y obligaciones frente a la seguridad social, los cambios en la forma de funcionamiento de las empresas ante la globalización, la urbanización y el incremento de los ingresos de los trabajadores.

Algo menos de cuatro entre diez trabajadores latinoamericanos y caribeños cotizaba al seguro social. Se sabe que el promedio del mundo ha crecido durante la década de los años 2000 por los avances significativos en Asia, especialmente en China. Aun así, y teniendo en cuenta los importantes progresos en la formalización y desempeño del mercado de trabajo durante la década de los años 2000, el nivel de cobertura por la vía clásica de la cotización en América Latina y el Caribe no parece ser suficiente para

universalizar la protección social básica de las pensiones para los adultos mayores por la vía contributiva. Esto afecta especialmente a las mujeres, pues por lo general ellas hacen frente a niveles de informalidad más elevados y menores remuneraciones que los hombres.

Por este motivo se ha desarrollado en las últimas décadas una serie de políticas de inclusión de los trabajadores no tradicionales y de regímenes de pensiones no contributivas y subsidiadas, a efectos de aumentar el acceso de la población en edad de jubilación a una seguridad básica del ingreso. Entre los ejemplos de regímenes es posible citar las pensiones asistenciales en Argentina, Brasil, México, Panamá y Uruguay. También existen programas de pensiones con principios universalistas, como es el caso de la Renta Dignidad en Bolivia, las Pensiones Rurales en Brasil y las Pensiones Solidarias de Chile. Por último, hay casos de países en que las pensiones asistenciales se encuentran integradas en los programas generales de lucha contra la pobreza, como en Ecuador (con el Bono de Desarrollo Humano), en El Salvador (con el Programa Nuestros Mayores Derechos/Pensión Básica Universal, como parte de Comunidades Solidarias) y en Jamaica (en el seno del *Programme for Advancement Through Health and Education* - PATH). De los 105 programas no-contributivos identificados a escala mundial por HelpAge a fines de 2013⁵³, 29 pertenecían a la región de ALC (véase el cuadro 8). Esta información puede complementarse con tres regímenes más (1 de Argentina, 2 de Brasil) llegando a 32 regímenes de pensiones no contributivas en la región. Recurriendo a un promedio simple, los citados regímenes cuestan el 0,44 por ciento del PIB de los países (promedio simple; los más elevados aproximadamente el 1 por ciento en Bolivia, el 1,8 por ciento en Brasil y el 1,9 por ciento en Suriname). En una comparación inicial con la población de 60 y más años de edad de los países, los regímenes cubrirían en términos de un promedio simple al 32 por ciento de la población de los países para los que se dispone de información.

53 Según: HelpAge. Database Country Pages [29 de octubre de 2013]. Enlace: <http://www.pension-watch.net/pensions/about-social-pensions/about-social-pensions/social-pensions-database/>

Cuadro 8. América Latina y Caribe: programas de pensiones no contributivas, 2013

País	Nombre del programa	Nº beneficiarios (real o estimado)	Año del dato
Antigua y Barbuda	<i>Old-Age Assistance Programme</i>	n.d.	n.d.
Argentina (1)	Pensiones No-Contributivas (vejez) (*)	38,432	2009
Argentina (2)	Pensiones a Madres de 7 Hijos	319,026	n.d.
Bahamas	<i>Old-Age Non-contributory Pension</i>	2,275	2010
Barbados	<i>Non-contributory Old-Age Pension</i>	8,791	2008
Belice	<i>Non-contributory Pension Programme</i>	4,297	2009
Bermuda	<i>Non-contributory Old-Age Pension</i>	n.d.	n.d.
Bolivia (Estado Plurinacional de)	Renta Dignidad (previamente Bonosol)	839,898	2012
Brasil (1)	Jubilaciones Rurales por Edad	5,898,228	2013
Brasil (2)	Pensiones Rurales (por Viudez/Orfandad)	2,228,529	2013
Brasil (3)	Renta Mensual Vitalicia (RMV) – Adulto Mayor	45,775	2013
Brasil (4)	BPC-Edad (sustituye RMV a partir de 1996)	1,784,763	2013
Chile	PBS Vejez	403,144	2012
Colombia	Programa Colombia Mayor (previamente Programa de Protección Social al Adulto Mayor -PPSAM)	214,480	2006
Costa Rica	Régimen No-contributivo	83,438	2009
Ecuador	Pensión para Adultos Mayores	537,074	2012
El Salvador	Pensión Básica Universal	28,250	2013
Guatemala	Aporte Económico del Adulto Mayor	103,125	2010
Guyana	<i>Old Age Pension</i>	43,398	2010
Jamaica	<i>PATH - Programme for Advancement Through Health and Education</i>	51,846	2010
México (1)	Pensión Alimentaria Ciudadana (DF)	1,886,447	2009
México (2)	Amanecer (Chiapas)	238,000	2012
México (3)	65 y Más (previamente 70 y Más)	3,142,099	2013
Panamá	100 a los 70	86,392	2012
Paraguay	Pensión Alimentaria	65,967	2013
Perú	Pensión 65	126,787	2012
República Dominicana	Programa Nonagenarios	3,071	2011
San Vicente y las Granadinas	<i>Elderly Assistance Benefit</i>	5,800	2012
Suriname	<i>Algemene Oudedags Voorzieningsfonds AOV</i>	44,739	2003

País	Nombre del programa	N° beneficiarios (real o estimado)	Año del dato
Trinidad y Tabago	<i>Senior Citizen's Pension</i>	79,942	2012
Uruguay	Pensiones No-contributivas	31,577	2009
Venezuela (República Bolivariana de)	Gran Misión Amor Mayor	675,000	2012

(*) No contiene el Plan de Inclusión Previsional ("moratoria") que incluyó a 2,5 millones de beneficiarios, en su mayoría mujeres.

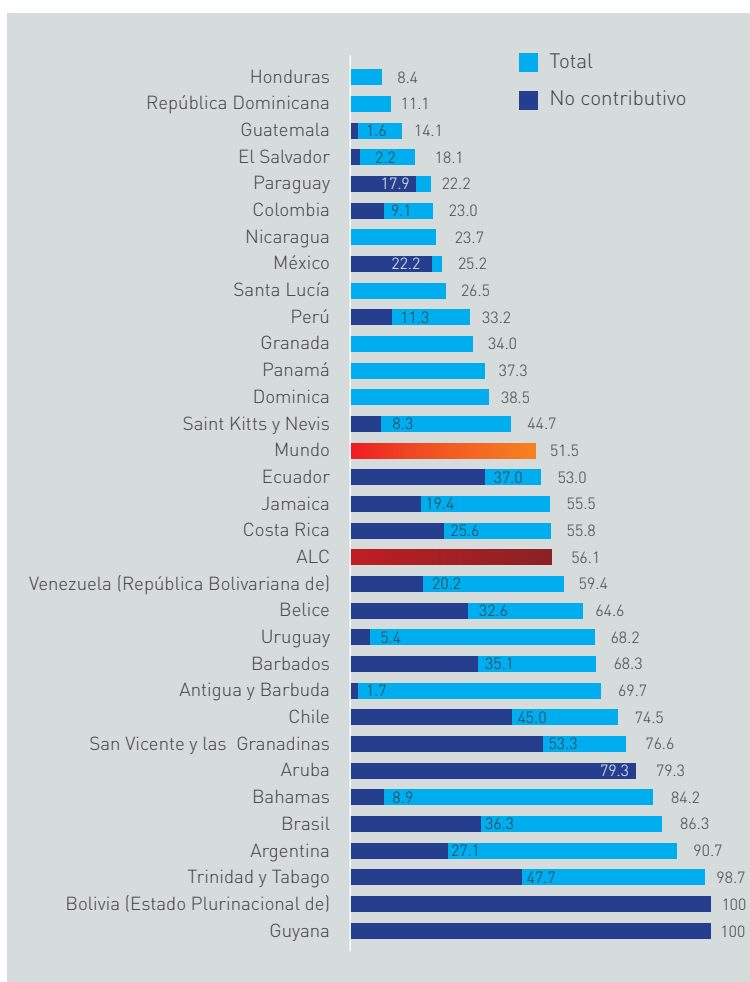
Fuente: basado en HelpAge Database Country Pages (29 de octubre de 2013), con actualizaciones puntuales por la OIT.

En el gráfico 15 se presentan los datos disponibles en la SSI/OIT sobre la cobertura de las pensiones contributivas y no contributivas como proporción de la población que ya había cumplido la edad legal de jubilación. En general, la afiliación a los regímenes de pensiones ha aumentado en la mayoría de los países de la región y en algunos casos hasta más de un 20 por ciento (Ecuador, Perú y República Dominicana). Hoy en día, el 56,1 por ciento de los adultos mayores de la región perciben una prestación de un régimen de pensiones y jubilaciones. El gráfico también muestra que hay grandes diferencias entre los países⁵⁴: Los países del Cono Sur y del Caribe lideran en los niveles de cobertura social, además de Bolivia con el impacto de la Renta Dignidad⁵⁵, mientras que los países de América Central y de la Región Andina tienden a situarse por debajo del promedio de ALC. Es posible también observar que la gran expansión de los regímenes no contributivos en ALC ha ayudado a situar a la región al frente del promedio mundial (mientras que en el indicador de cotizantes en el gráfico 14, aún se encontraba 3 puntos porcentuales debajo de dicho promedio global). Distintos países del Caribe, del Cono Sur, más Bolivia, Costa Rica, Ecuador y México, se destacan entre aquellos en los que los programas de pensiones no contributivas han tenido una mayor repercusión en la extensión de cobertura.

⁵⁴ Véase también: CEPAL, 2013, *op.cit.* Cuadro IV.8.

⁵⁵ Véase el caso de la Renta Dignidad en OIT-PNUD, 2011, *op. cit.*

Gráfico 15. América Latina y Caribe: jubilados y pensionistas como porcentaje de la población en edad de jubilación, total y no contributivo, 2009-2013



Fuente: OIT/SSI, basado en fuentes nacionales (datos administrativos y Encuestas de Hogares).

Notas: 1) Último año disponible, Santa Lucía y Panamá (2008). 2) Ponderada por población 65+. 3) La cobertura no contributiva para Bolivia se refiere al tramo de edad 60+, la total al tramo 65+.

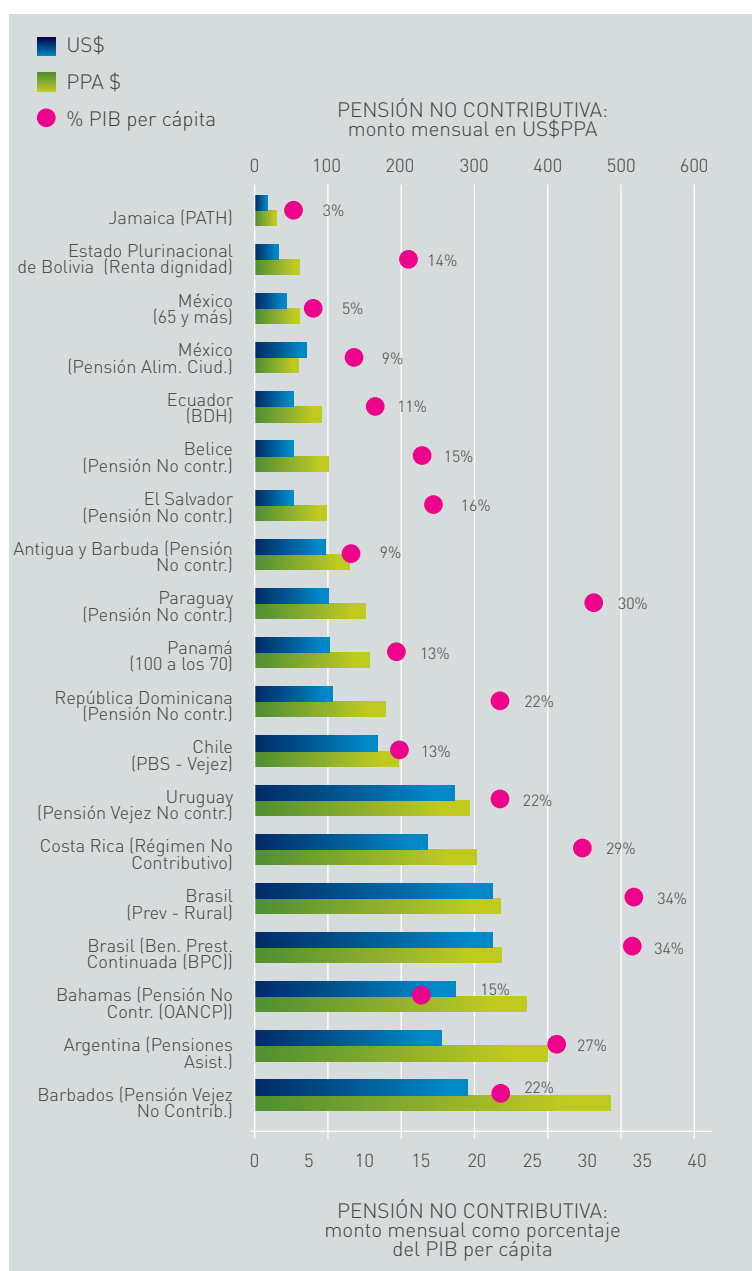
En la mayoría de los países también existe desigualdad interna y hay varios factores que tienen efectos en la vinculación con los regímenes de pensiones. En general, la cobertura es menor para las personas con menos ingresos, las mujeres, los trabajadores informales y las personas en áreas rurales (para más detalles véase CEPAL: *Panorama Social*, 2013, gráficos IV.2 - IV.9). En cuanto a los ingresos, se puede destacar que el incremento de las pensiones no contributivas ha influido en la disminución de la distribución desigual según los quintiles de ingresos en algunos países (por ejemplo, Argentina, Brasil, Chile, Costa Rica, Ecuador, Perú, República Dominicana, Uruguay (CEPAL, 2013).

A partir de los datos disponibles en la *Social Security Inquiry* (SSI/OIT) para 19 regímenes de pensiones no contributivas, presentados en el gráfico 16, los montos

unitarios de las pensiones no contributivas presentan diferencias elevadas, aún si se comparan en términos de paridad del poder adquisitivo (\$ PPA), con extremos de menos de \$ PPA 26 en Jamaica hasta \$ PPA 477 en Barbados. Niveles muy reducidos de prestaciones probablemente afectan la suficiencia de la prestación (en contra de lo que dispone la Recomendación núm. 202); por lo tanto, un desafío es encontrar un nivel de prestación adecuado pero que, por otra parte, no genere desincentivos para la afiliación en los regímenes contributivos. Otra posible referencia para medir el nivel de las prestaciones es su comparación con el PIB *per cápita*, cuyos extremos han oscilado igualmente entre el 3 por ciento en Jamaica hasta el 34 por ciento en Brasil. En términos del promedio simple, de los 19 regímenes, el valor unitario de la pensión no contributiva correspondía a aproximadamente una quinta parte del PIB *per cápita*, es decir, el 21.8 por ciento.

Este capítulo muestra que el incremento de las pensiones no contributivas en varios países ha contribuido a la expansión del acceso a las pensiones en la región y a la disminución de las desigualdades internas en algunos países. No obstante, más de un tercio de la población mayor de 65 años de edad no percibe ninguna prestación y menos de cuatro entre diez trabajadores cotiza a un régimen de pensiones. Asimismo, todavía existe una desigualdad interna en varios países que afecta especialmente a las personas de menores ingresos. Por este motivo, será esencial fortalecer tanto los sistemas no contributivos, como reconocer el papel importante de las pensiones contributivas e incluir a los trabajadores informales en estos sistemas. Además, será importante coordinar adecuadamente los regímenes contributivos y no contributivos dentro de un sistema de pensiones.

Gráfico 16. América Latina y Caribe: indicadores del nivel de pensiones no contributivas, aproximadamente a 2010



Fuente: OIT/SSI, HelpAge.

4. Conclusiones, observaciones y posibles acciones futuras

4.1 Conclusiones y observaciones

El presente documento ha presentado los orígenes y el desarrollo del concepto de Piso de Protección Social, documentándolo como resultado de una década de trabajos desde la CIT de 2001. A lo largo de los diez años subsiguientes, en el ámbito del Sistema de las Naciones Unidas y dentro de la OIT, muchos acontecimientos han tomado forma permitiendo avanzar desde la Campaña Mundial sobre Seguridad Social y Cobertura para Todos (2003) y el nuevo abordaje de la OIT, mediante el concepto de un “piso socioeconómico” de la Comisión Mundial sobre la Dimensión Social de la Globalización (2004), la reacción del Sistema de las Naciones Unidas a la crisis financiera de 2008 por medio de las nueve iniciativas de la Junta de Jefes Ejecutivos del Sistema de las Naciones Unidas (2009), el respaldo recibido en distintos foros internacionales incluyendo al G-20, el Informe del Grupo consultivo sobre el Piso de Protección Social presidido por la Sra. Michelle Bachelet (2011), hasta las CIT de 2009 (“Un Pacto Mundial para el Empleo”), 2011 (“Discusión Recurrente sobre la Protección Social”) y 2012 (aprobación de la Recomendación núm. 202). Como resultado de este proceso, la OIT cuenta con un mandato renovado para promover la extensión de la protección social en el mundo.

La Recomendación núm. 202 de la OIT es un instrumento normativo flexible, que busca adaptarse pragmáticamente a los contextos nacionales y que tiene como objetivo apoyar a los países en sus esfuerzos por la puesta en marcha de los Pisos de Protección Social y de sistemas integrales de protección social, de los cuales el Piso de Protección Social es un componente. El objetivo final de la “estrategia bi-dimensional” adoptada por la OIT es universalizar la protección básica lo antes posible por medio de los Pisos de Protección Social y alcanzar niveles que se ajusten a los estipulados en el Convenio núm. 102, y otras normas superiores.

La adopción del concepto de Piso de Protección Social por los mandantes tripartitos de la OIT representa un sólido compromiso político de todos con la promoción de una rápida extensión de políticas y programas que comprendan por lo menos las cuatro garantías básicas de seguridad social, que cubren el ciclo de vida de los ciudadanos: 1) acceso a la atención de salud esencial; 2) seguridad básica del ingreso para los niños; 3) seguridad básica del ingreso para las personas en edad activa; y 4) seguridad

básica del ingreso para las personas de edad. Se trata de garantías que buscan dar una expresión concreta al derecho humano a la seguridad social previsto, por ejemplo, en la Declaración Universal de Derechos Humanos. Los países podrán definir otras garantías adicionales que deseen incorporar en el marco de su iniciativa nacional de Piso de Protección Social. Habrá que definir en el plano nacional qué niveles de servicios y seguridad de los ingresos es posible extender gradualmente y con qué progresividad, en función del contexto económico, social, cultural, institucional y de capacidad fiscal de cada país.

Es evidente que los países del mundo (y de América Latina y del Caribe) se encuentran en momentos distintos del desarrollo de sus sistemas de protección social. Cada país posee sus particularidades, sus modelos y experiencias y algunos ya han alcanzado niveles de cobertura altos en algunas o en todas las garantías mencionadas por la Recomendación núm. 202, con niveles de eficiencia, de coordinación entre las políticas y de participación social en la supervisión muy elevados. Distintos países han optado por desarrollar su sistema de protección social sobre la base de regímenes contributivos, otros posiblemente con menor tradición en seguros sociales ponen un mayor acento en políticas no contributivas, e incluso algunos han optado por transitar hacia modelos universales financiados con cargo a los impuestos. Esta diversidad de modelos – que además es una exigencia de la realidad frente a la heterogeneidad de las poblaciones a ser cubiertas – está plenamente reconocida y captada por la Recomendación núm. 202. El segundo objetivo de esta Recomendación es precisamente apoyar a los países para que los Pisos de Protección Social, que extienden las cuatro garantías a la población todavía no cubierta por otros regímenes, formen parte del proceso de construcción de un sistema integrado y amplio de protección social.

Los países de América Latina y Caribe han contribuido notablemente al concepto de Piso de Protección Social, con un papel constructivo en las etapas de configuración del concepto y, especialmente, con sus experiencias y creatividad, demostrando que es posible construir programas de gran magnitud e impacto.⁵⁶ En los países de la región, estos programas se han desarrollado en la década de los años 2000 de modo simultáneo y convergente con los regímenes contributivos. Estos, a su vez, han realizado importantes esfuerzos por incorporar a los trabajadores independientes, los trabajadores domésticos y los trabajadores rurales, además de la ampliación de la cobertura administrativa procedente del notable crecimiento de la población asalariada formal en la región durante el mismo período. Cuatro países han ratificado el Convenio núm. 102 en años recientes, demostrando que la evolución de los regímenes que conceptualmente componen el Piso de Protección Social, basados en la Recomendación núm. 202, y el desarrollo de sistemas amplios de seguridad social, orientados por los Convenios de la OIT núm. 102 y superiores, no representa una contradicción entre dichos instrumentos. Al mismo tiempo, los países de ALC han desarrollado cada vez

56 Véase también: H. Schwarzer y P. Casali, "El Piso de Protección Social: Desarrollo Conceptual y Aplicación en América Latina" en: OIT: *Panorama Laboral 2010*, Oficina Regional de la OIT para América Latina y el Caribe (Lima, 2010). Enlace: http://www.ilo.org/americas/publicaciones/WCMS_179361/lang-es/index.htm

más mecanismos políticos y operativos para coordinar regímenes contributivos y no contributivos⁵⁷ y ampliar el espacio fiscal para la financiación de las políticas de protección social con mayor eficiencia en la recaudación, la generación de un mayor espacio fiscal con el crecimiento económico y la vinculación de fuentes especiales con determinados regímenes (como la recaudación sobre las exportaciones de gas y petróleo en Bolivia para financiar la universalización de las pensiones del programa Renta Dignidad).⁵⁸

A pesar de los avances en años recientes, ALC todavía tiene un largo camino por recorrer. En términos contributivos, la cobertura de los regímenes clásicos de pensiones y de asistencia médica ha crecido durante los últimos años, llegando al 67 por ciento de cobertura administrativo-legal de la población urbana ocupada por un régimen de salud y/o de pensiones en 2012 (*Panorama Laboral 2013*, OIT, con datos para 12 países de América Latina). Este indicador representa un importante crecimiento de 12,7 puntos porcentuales en el período 2000-2012, fundamentado en el crecimiento del mercado de trabajo formal y en las políticas de inclusión adoptadas. La cobertura urbana de los regímenes formales de asistencia médica es del 59,8 por ciento y la de los regímenes formales de pensiones del 60,5 por ciento. Desde este punto de vista, se puede decir que aproximadamente seis de cada diez latinoamericanos urbanos ocupados se encuentran cubiertos administrativa y legalmente por los regímenes de asistencia médica y de pensiones. Ahora bien, si se aplica el análisis a la totalidad de la población económicamente activa, incluyendo a los desempleados y a todos los trabajadores urbanos y rurales, considerando un promedio de 22 países de ALC (SSI/OIT), la cobertura es tan solo del 38 por ciento.

La cobertura de las cuatro garantías básicas que forman parte del concepto de Piso de Protección Social ha sido medida considerando tanto la cobertura por vía contributiva como por la vía no contributiva de las distintas poblaciones.

- En el caso de la primera garantía, el acceso a servicios esenciales de salud, se ha presentado una metodología para una medición que trascienda la cobertura administrativo legal, la que, sumando los regímenes contributivos y no contributivos de salud de 31 países (SSI/OIT), llega al 81,7 por ciento de la población total. Es decir, formalmente, casi una de cada cinco personas en ALC aún no estaba cubierta o tenía acceso a ningún servicio de salud. Esta brecha es menor en el Cono Sur y mayor en las otras subregiones de ALC. Un segundo indicador, dentro del universo de servicios brindados, estima una brecha en la cobertura teórica por insuficiencia de personal calificado del 18 por ciento. La peor situación se registraría en la Región Andina, con el 41,2 por ciento de

57 Véase H. Schwarzer, L. Tessier y S. Gammage (org.), "Coordinación institucional y pisos de protección social. Experiencias de América Latina (Argentina, Brasil, Chile, México, Uruguay)" en OIT *Extension of Social Security*, Working Paper 40. OIT, Ginebra. Enlace: <http://www.social-protection.org/gimi/gess/ShowRessource.action?ressource.ressourceId=43138>

58 Véase sobre el tema del espacio fiscal Durán-Valverde, F. y Pacheco, J. F. (2012). "Fiscal Space and the Extension of Social Protection: Lessons learnt from Developing Countries" en *Extension of Social Security*. Working Paper 33, [Ginebra, 2014]. Enlace: <http://www.social-protection.org/gimi/gess/RessShowRessource.do?ressourceId=34168>

brecha por insuficiencia de personal calificado. Un tercer indicador identifica una brecha teórica en la cobertura del 9,2 por ciento en los regímenes vigentes por el insuficiente financiamiento (por cuanto no se contará con recursos materiales suficientes para la prestación de los servicios). Un cuarto indicador pone de manifiesto un grave problema que obstaculiza el acceso de gran parte de la población de ALC a los sistemas de salud, a saber el gasto directo de bolsillo, estimado en promedio en un 35,6 por ciento del gasto total en salud en la región. La situación es más grave en la subregión de América Central, República Dominicana y México, que presenta un promedio del 42,3 por ciento de gasto directo, lo que supone un enorme riesgo de pobreza para las familias afectadas, especialmente si incurrir en gastos considerables en caso de enfermedades graves y catastróficas. Por último, como indicador “trazador” de resultado se ha optado por la mortalidad materna, que hoy es de 7,5 por 10.000 nacidos vivos en ALC. A pesar de los progresos de los años recientes, este dato se ubica todavía muy por encima del nivel de los países más desarrollados.

- En lo que refiere a la seguridad del ingreso para los niños, la segunda garantía del Piso de Protección Social, se puede apreciar que los regímenes de prestaciones familiares contributivas están presentes en sólo 12 países de la región y cubren básicamente a los niños cuyos padres/madres trabajan en el segmento formal del mercado de trabajo. Frente a este escenario, en los últimos 10-15 años, los países de ALC han optado por dos caminos diferenciados. La universalización de los programas de prestaciones familiares que complementan los regímenes de prestaciones familiares contributivas con prestaciones no contributivas ha sido la opción seguida por los países del Cono Sur (Argentina, Chile y Uruguay). Los otros países (casi dos decenas), han desarrollado programas de transferencias condicionadas especiales, que han adquirido enormes proporciones en algunos de ellos. Estos programas se han transformado en elementos emblemáticos de las políticas sociales de estos países por su capacidad para articular flexiblemente distintos programas y servicios y tener repercusiones importantes en el área de salud y educación. Los PTC generalmente cubren alrededor del 10-25 por ciento de la población total de los respectivos países con un gasto promedio del 0,4 por ciento del PIB. Aunque hayan sido diseñados originariamente como programas especiales, en el periodo más reciente buscan progresivamente una coordinación y sinergias con los regímenes contributivos y con los otros programas sociales de su entorno. Algunos países han transitado hacia la coordinación de transferencias de ingresos por diferentes causas gestionándolas en un mismo programa (transferencias a niños, a adultos mayores, servicios asociados). Se ha visto también que, a pesar del papel prominente y de la importancia que estos programas han alcanzado, pasan por ser considerados como parte de un sistema más amplio de protección social, complementando a los seguros sociales. Por último, cabe señalar que la transición demográfica tiende a disminuir paulatinamente la proporción de la población de niños y jóvenes en la población total, lo que abre oportunidades de universalización en

un futuro próximo también en aquellos países que aún no han coordinado sus prestaciones para este grupo de edad.

- La tercera de las garantías básicas del Piso de Protección Social, la seguridad del ingreso para personas en edad activa, es un ámbito de la protección social todavía insuficientemente desarrollado en ALC. Solamente siete países de América Latina y tres del Caribe cuentan con seguros de desempleo. Se trata de una evidente brecha institucional, que sorprende más aún si se consideran las lecciones de la crisis de 2008 y su impacto en los mercados de trabajo, especialmente de países pequeños y de economía abierta. En aquellos países que cuentan con un seguro de desempleo, la proporción de trabajadores que efectivamente percibe una prestación es baja. Únicamente el 4,6 por ciento de los trabajadores latinoamericanos y caribeños que pierde su empleo percibe una prestación de seguro de desempleo. Además de la necesidad de desarrollar institucionalmente los seguros de desempleo, promoviendo su puesta en práctica, se ha argumentado que es importante complementarlos con políticas activas y pasivas de mercado de trabajo. La Recomendación núm. 202 afirma que se deberían considerar políticas activas como formación profesional, educación, inserción, servicios de empleo, fomento de las PYME, políticas de formalización del empleo, programas de generación y garantía de empleo, y transferencias de ingresos que permitan mejorar la empleabilidad de los beneficiarios. En el caso de ALC, cabe señalar que la población en edad de trabajar ha crecido notablemente en las presentes décadas debido a la transición demográfica, lo que planteará cada vez más desafíos a los responsables de las políticas.
- Con relación a la cuarta de las garantías básicas, la seguridad del ingreso para las personas de edad, la buena noticia es que todos los países de ALC cuentan en la actualidad con un régimen de pensiones contributivo y se han identificado en la región 32 regímenes no contributivos para estas personas. Sumando los regímenes contributivos y no contributivos, la cobertura de los adultos mayores con pensiones en ALC ha llegado al 56,1 por ciento de la población en edad legal de jubilación. Este porcentaje tiene una influencia importante de los programas no contributivos ya mencionados, especialmente en el Cono Sur y el Caribe, y en algunos países específicos (Bolivia, Costa Rica, Ecuador y México). Además, como ya se mencionó anteriormente, es importante continuar con el fortalecimiento de los regímenes contributivos, que han avanzado en términos de su cobertura de forma notable, que han hecho frente con creatividad al desafío de incluir a los grupos de trabajadores no tradicionales y que desempeñan un papel potencial y práctico muy importante en la puesta en marcha de los PPS. Sobre la base de las distintas experiencias registradas, es necesario seguir promoviendo las pensiones no contributivas, su coordinación con los regímenes contributivos y la búsqueda de valores de las pensiones no contributivas adecuados y equilibrados frente a los regímenes contributivos. Es importante tener en cuenta que, en las próximas décadas, la población adulta mayor crecerá significativamente en América Latina y el Caribe por la inevitable transición demográfica.

4.2 Acciones futuras posibles para apoyar el establecimiento de los Pisos de Protección Social en América Latina y el Caribe con la cooperación del Sistema de las Naciones Unidas

Habida cuenta de las brechas indicadas respecto de la cobertura y de las cifras sobre pobreza, pobreza extrema y concentración de ingresos en ALC revisadas en este documento, la OIT considera que el concepto de Piso de Protección Social es útil y necesario para el diseño de estrategias de desarrollo de sistemas de protección social en los países. Las iniciativas y ejemplos de políticas y buenas prácticas de la propia región demuestran la viabilidad práctica de un Piso de Protección Social que se construya progresivamente y de forma consensuada con los interlocutores sociales. No obstante, al mismo tiempo la experiencia de ALC también enseña que los procesos de construcción y maduración de políticas de protección social se realizan a mediano y largo plazo y por etapas, como ha sido ilustrado por la trayectoria de los PTC pioneros, desde mediados de la década de 1990. Esto también ha sido demostrado mediante los casos de los países pioneros de la seguridad social en las Américas, cuyos primeros regímenes fueron establecidos a principios del siglo XX. Entre los países pioneros se encuentra Brasil, cuyo modelo presente y amplio de protección social está hoy institucionalizado en el Capítulo relativo a la seguridad social de la Constitución Federal de 1988, y que se ha reglamentado y puesto en marcha paulatinamente a lo largo de los últimos 25 años.

La Recomendación núm. 202, en su párrafo 14, prevé algunas etapas que son razonablemente lógicas para que los países puedan cumplimentar la construcción de sus estrategias nacionales para la extensión de la seguridad social. En otros párrafos de la Recomendación se enumeran distintas acciones y tareas adicionales. En todas estas etapas, los países podrían solicitar la asistencia técnica de la OIT y de las instituciones del sistema internacional que cooperan en ámbitos relativos al Piso de Protección Social. Los siguientes puntos desarrollan algunas de las acciones posibles para los países de América Latina y Caribe.

- **Establecer objetivos de protección social acordes con las prioridades nacionales**, momento en el que es útil incluir el tema de la protección social y de la coordinación de sus políticas en los documentos de planificación nacional, lo que orientará la acción de las diferentes instituciones públicas en el futuro hacia un modelo más integrado y coordinado. Este es también el momento de organizar diálogos tripartitos y consultas con otras organizaciones pertinentes para la construcción del consenso social básico indispensable.
- **Avanzar en la identificación de las brechas en la cobertura** y de los obstáculos a los que se debe hacer frente para lograr el objetivo de la universalización de las garantías del Piso de Protección Social, proceso en el que es necesario fortalecer al sistema de estadísticas, así como prever la publicación de informes, puesto que es necesario que la sociedad tenga conocimiento de los hechos que

implican la existencia de un sistema de protección social y de las tareas que se deben cumplir.

- ▶ **Verificar si los programas ya existentes** en el ámbito de las cuatro garantías básicas del Piso de Protección Social **cumplen con los criterios** y principios establecidos en la Recomendación núm. 202 (párrafo 3 y otros), evitando sesgos discriminatorios.
- ▶ **Lanzar una campaña sistemática o un programa de disseminación de informaciones** destinadas a la población sobre los programas de protección social existentes, las formas de afiliación, el acceso, la cotización, la elegibilidad, la supervisión, la participación social, los canales de quejas y recursos, etc., con el objeto de proporcionar la información necesaria a la población que le permita ejercer sus derechos sociales.
- ▶ **Diseñar y poner en marcha programas que tratan de cerrar las brechas** identificadas en materia de protección social, utilizando una variedad de regímenes adecuados a cada situación nacional y haciendo posible una mayor coordinación entre los regímenes vigentes. Es importante destacar que la universalización probablemente requiere un desarrollo progresivo, lo que también permitirá el desarrollo institucional y del espacio fiscal correspondiente. Para estos fines, es recomendable hacer un esfuerzo de cara a profundizar la sustentación y el intercambio de buenas prácticas de los programas del PPS.
- ▶ Junto al diseño de nuevas políticas, sería asimismo recomendable que se realizaran mayores **esfuerzos de coordinación y cooperación entre los distintos programas ya existentes**, evitando la fragmentación que históricamente ha caracterizado el desarrollo de las políticas de protección social en ALC. La coordinación tendría que darse tanto a nivel político, como entre el personal que gestiona los programas y entre distintos niveles organizacionales (nacional, provincial y municipal). En la medida en que la coordinación vaya tomando forma, sería recomendable que se la dotara del sustento legal requerido.
- ▶ También en el espíritu de la Recomendación núm. 202, cabría **coordinar y complementar las acciones de los programas de protección social con las estrategias de formalización del empleo y las políticas de mercado de trabajo** adecuadas a la situación nacional de cada país.
- ▶ Estos esfuerzos de identificación, discusión, adopción de decisiones y puesta en práctica de políticas que buscan colmar las lagunas, **deberían constituir las etapas de un diálogo nacional tripartito** sobre las garantías básicas del Piso de Protección Social, con la participación de los distintos grupos de interés

relevantes, basando estos diálogos en evidencias y estudios preparatorios que informen a los afiliados sobre las opciones disponibles.⁵⁹

- Los resultados de los trabajos necesariamente deberían ser **planes de extensión de las cuatro garantías básicas del PPS, en consonancia con los planes nacionales de desarrollo**, que prevean el desarrollo de las capacidades humanas, materiales y el espacio fiscal necesario. Además es necesario que, como parte de la hoja de ruta, figure el establecimiento de un calendario que relacione las acciones con fechas y resultados y de un sistema de supervisión de los avances.
- Se debe elaborar un **estudio que calcule los costos de la puesta en práctica de las garantías del Piso de Protección Social**, discutir los resultados y las opciones en los procesos de diálogo nacional, y diseñar las fuentes de financiamiento sostenibles necesarias para su paulatina implementación.
- Otra posible acción es la definición de un **mecanismo de supervisión y evaluación sistemática** de las políticas de protección social del país, especialmente de los programas vinculados con el concepto de Piso de Protección Social, lo que igualmente requiere un **sólido desarrollo de los sistemas estadísticos** incluyendo la desagregación por sexo, edad, localización geográfica y otras variables que sean de relevancia.
- Es clave establecer un marco jurídico adecuado para **garantizar la seguridad y protección de la información personal de carácter privado** existente en las bases de datos de las políticas de protección social.
- Asimismo, en el caso de países y en situaciones en las que ya existen políticas que cubren determinados riesgos sociales, la etapa complementaria a la formulación de un plan para un Piso de Protección Social, es la **elaboración de un plan de desarrollo del sistema integrado de protección social**, que permita al país **buscar efectivamente la ratificación del Convenio núm. 102**.
- Los países que hayan avanzado en el desarrollo de sus sistemas de protección social podrían promover un **esfuerzo político nacional de ratificación del Convenio núm. 102**, aunque fuera necesario utilizar alguna de las cláusulas de flexibilidad existentes en el Convenio para países con sistemas aún incompletos, y, en este último caso, formular políticas que permitan introducir las ramas que faltan, adaptar reglas que no se ajusten al Convenio y completar los regímenes existentes para cumplir con la integralidad del Convenio núm. 102.

59

Véase cómo han preparado algunos países asiáticos sus diálogos nacionales mediante la utilización de la técnica *Assessment Based National Dialogue* (ABND) en OIT: *Assessment Based National Dialogue on Social protection in Asia and the Pacific. A Participatory Approach*. Oficina Regional de la OIT para Asia y el Pacífico, [Bangkok, 2012]. Véase también los esfuerzos de tres países en OIT: *Coordinación de las políticas de protección social y empleo. Experiencias de Burkina Faso, Camboya y Honduras* (Ginebra, 2013).

- ▶ Aquellos países que ya hayan ratificado el Convenio núm. 102, que gestionen sistemas de protección social más completos e integrados, con elevados niveles de cobertura, podrían buscar **la ratificación de los Convenios superiores en materia de seguridad social** que se apliquen a los casos nacionales y/o formular planes para alcanzar los niveles más elevados estipulados en esos Convenios.

Referencias

- Arenas de Mesa, A. 2010. *Historia de la Reforma Previsional Chilena: Una Experiencia Exitosa de Política Pública en Democracia*. OIT, Santiago de Chile.
- Bertranou, F. y Maurizio, R. 2012. "Asignaciones como transferencias semicondicionadas a niños y adolescentes en la economía informal en la Argentina", en *Revista Internacional de Seguridad Social*, Vol. 65/1, págs. 57-76.
- _____, Cetrángolo, O., Grushka, C. y Casanova, L. 2011. "Encrucijadas en la seguridad social" en *Argentina: Reformas, cobertura y desafíos pendientes para el sistema de pensiones*. OIT- CEPAL, Buenos Aires. Enlace: http://www.ilo.org/buenosaires/publicaciones/WCMS_BAI_PUB_94/lang-es/index.htm
- _____, Mazorra, X. 2009. *Argentina: Experiencias en Programas de Protección de Ingresos y Mejora de la Empleabilidad*. Santiago de Chile: OIT Notas sobre la Crisis. Enlace: http://www.ilo.org/americas/publicaciones/observatorio-de-la-crisis/WCMS_LIMD2_16_S/lang-es/index.htm
- _____, Paz, J. 2007. *Políticas y programas de protección al desempleo en Argentina*. Buenos Aires: OIT. Enlace: http://www.ilo.org/buenosaires/publicaciones/WCMS_BAI_PUB_22/lang-es/index.htm
- _____. 2010. *La contribución de la OIT a la Reforma Previsional de Chile*. Oficina de la OIT para el Cono Sur de América Latina. OIT. Santiago de Chile.
- _____. (Coordinador). 2010. *Aportes para la construcción de un piso de protección social en Argentina: el caso de las asignaciones familiares*. Buenos Aires, Oficina de la OIT para Argentina, Proyecto ARG/06/M01/FRA - Una respuesta nacional a los desafíos de la globalización, Cooperación Técnica para el Desarrollo de la República Francesa, 2010. Enlace: <http://www.oit.org.ar/WDMS/bib/publ/libros/asignaciones.pdf>
- Cecchini, S. y Madariaga, A. (2011). *Conditional Cash Transfer Programs. The Recent Experience in Latin America and the Caribbean*. Santiago de Chile: CEPAL.
- CEPAL (2010). *La Hora de la Igualdad*. Brasilia. Informe presentado al 33° Período de Sesiones. Enlace: http://www.eclac.cl/publicaciones/xml/0/39710/100604_2010-114-SES.33-3_La_hora_de_la_igualdad_doc_completo.pdf
- _____. 2013. *Base de Datos de Programas de Protección Social No Contributiva en América Latina y el Caribe*. Enlace: <http://dds.cepal.org/bdptc/>
- _____. 2013. *Panorama Social de América Latina 2013*. Santiago de Chile. Enlace: <http://www.eclac.cl/publicaciones/xml/9/51769/PanoramaSocial2013.pdf>

- Durán-Valverde, F. & Pacheco, J. F. 2012. *Fiscal Space and the Extension of Social Protection: Lessons learnt from Developing Countries*. Ginebra: OIT/Extension of Social Security Working Paper 33. Enlace: <http://www.social-protection.org/gimi/gess/RessShowRessource.do?ressourceld=34168>
- FAO. 2013. *Panorama de la Seguridad Alimentaria y Nutricional en América Latina y el Caribe. Hambre en América Latina y el Caribe: acercándose a los Objetivos del Milenio*.
- G-20. 2011. *Declaración de Brasilia sobre el Piso de Protección Social*. Brasilia, Reunión Consultiva del G20 Argentina-Brasil-Francia-México (mayo de 2011). Enlace: <http://www.social-protection.org/gimi/gess/RessShowRessource.do?ressourceld=23160>
- G-20. 2011. *Pour bâtir notre avenir commun, renforçons notre action collective au service de tous*. Cannes, Declaración final de la Cumbre de Jefes de Estado y Gobierno del G-20 (noviembre de 2011). Enlace: <http://www.g20.utoronto.ca/2011/2011-cannes-declaration-111104-fr.html>
- HelpAge (2013). *Social Pensions Database*. Country Pages. Versión 29 de octubre de 2013. Enlace: <http://www.pension-watch.net/pensions/about-social-pensions/about-social-pensions/social-pensions-database/>
- MacKellar, Landis y Henry, Carla. 2010. *The ILO's Strategy to Extend Social Security: An Independent Evaluation Report*. Ginebra. OIT. Enlace: http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed_mas/---eval/documents/publication/wcms_146039.pdf
- Mesa-Lago, Carmelo. 2007. *Reassembling Social Security. A Survey of Pensions and Healthcare Reforms in Latin America*. Nueva York: Oxford University Press.
- _____, Becker, U.; Hohnerlein, E.; Ossio Bustillos, L.; Simonovits, A. 2013. „Re-reformas de Pensiones Privatizadas en el Mundo: Estudio comparativo de Argentina, Bolivia, Chile y Hungría”, en: *Revista Trabajo*, Año 7, núm. 10, Centro de Análisis del Trabajo de la Universidad Autónoma Metropolitana Iztapalapa, México, págs. 48-167. Enlace: <http://www.izt.uam.mx/sotraem/Documentos/trabajo10.pdf>
- Murro, Ernesto et. al. .2007. *Prestaciones familiares: políticas, prácticas y lucha contra la pobreza en Europa y América Latina*. Ginebra, AISS/ Comisión Técnica de Asignaciones Familiares. Enlace: <http://www.issa.int/es/Recursos/Informes-Tecnicos/Prestaciones-familiares-politicas-practicas-y-lucha-contr-la-pobreza-en-Europa-y-America-Latina>
- Naciones Unidas. 1948. *Declaración Universal de Derechos Humanos*. Enlace: <http://www.un.org/es/documents/udhr/>
- _____. 2009. *UN Chief Executive Board summary of conclusions of the first regular session of 2009*. Paris: Documento CEB/2009/1. Enlace: <http://www.social-protection.org/gimi/gess/RessShowRessource.do?ressourceld=24741>.
- OEA - OIT - RIPSQ. 2012. *Protección Social y Trabajo Decente: Compromisos para la Prosperidad*. Washington, Declaración Conjunta firmada entre la Secretaría General de la OEA y la Oficina Regional de la OIT en el ámbito de la Red Interamericana de Protección Social. Enlace: <http://redproteccionsocial.org/sites/default/files/Declaracion%20Conjunta%20OEA-OIT.pdf>.

- OIT. 2001. *Seguridad social: temas, retos y perspectivas*. Ginebra, Conferencia Internacional del Trabajo, 89.^a reunión 2001, Informe VI. Enlace: <http://www.ilo.org/public/spanish/standards/relm/ilc/ilc89/pdf/rep-vi.pdf>.
- _____. 2002. *Seguridad social: un nuevo consenso*. Ginebra. OIT. Enlace: <http://www.social-protection.org/gimi/gess/ShowRessource.action?ressource.ressourceId=7801>.
- _____. 2004. *Por una globalización justa: crear oportunidades para todos*. Ginebra. Enlace: <http://www.ilo.org/public/spanish/wcsdg/docs/report.pdf>
- _____. 2006. *Trabajo decente en las Américas: una agenda hemisférica, 2006-2015*. Brasilia: XVI Reunión Regional Americana. Enlace: http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---dgreports/---dcomm/---webdev/documents/publication/wcms_081003.pdf
- _____. 2008. *Declaración de la OIT sobre la Justicia Social para una Globalización Equitativa*. Ginebra. Declaración adoptada por la Conferencia Internacional del Trabajo en su 97.^a reunión. Enlace: http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---dgreports/---cabinet/documents/genericdocument/wcms_099768.pdf
- _____. 2009. *Seguridad social para todos. Una inversión en la justicia social y en el desarrollo económico*. Ginebra. Documentos de Política de Seguridad Social 7. Enlace: <http://www.ilo.org/gimi/gess/RessShowRessource.do?ressourceId=14145>
- _____. 2009. *Para recuperarse de la crisis: Un Pacto Mundial para el Empleo*. Ginebra. Documento adoptado por la Conferencia Internacional del Trabajo en su 98.^a reunión. Enlace: http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed_norm/---relconf/documents/meetingdocument/wcms_115078.pdf.
- _____. 2010. *Extending Social Security to All. A Guide through Challenges and Options*. Ginebra. Enlace: http://www.ilo.org/global/publications/ilo-bookstore/order-online/books/WCMS_146616/lang--en/index.htm
- _____. 2011. *Informe de la Comisión para la Discusión Recurrente sobre la Protección Social*. Ginebra. Conferencia Internacional del Trabajo. 100.^a reunión, Actas Provisionales 24. Enlace: http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed_norm/---relconf/documents/meetingdocument/wcms_157813.pdf
- _____. 2011. *Piso de Protección Social para una globalización equitativa e inclusiva*. Ginebra. Grupo Consultivo sobre el Piso de Protección Social. Enlace <http://www.social-protection.org/gimi/gess/RessFileDownload.do?ressourceId=27103>
- _____. 2011. *Seguridad Social para la Justicia Social y una Globalización Equitativa*. Ginebra. Conferencia Internacional del Trabajo, 100.^a. Sesión, Discusión Recurrente sobre la Protección Social (Seguridad Social), Informe VI. Enlace: http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/@ed_norm/@relconf/documents/meetingdocument/wcms_154235.pdf
- _____. 2011. *World Social Security Report 2010/11. Providing Coverage in Times of Crisis and Beyond*. Ginebra. Enlace: <http://www.ilo.org/gimi/gess/RessShowRessource.do?ressourceId=15263>
- _____. 2012. *Assessment Based National Dialogue on Social protection in Asia and the Pacific. A Participatory Approach*. Oficina Regional de la OIT para Asia y el Pacífico, Bangkok. Enlace: <http://www.social-protection.org/gimi/gess/RessShowRessource.do?ressourceId=30171>

- _____. 2012. *Panorama Laboral 2012, América Latina y el Caribe*. Oficina Regional de la OIT para América Latina y el Caribe, Lima. Enlace: http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---americas/---ro-lima/documents/publication/wcms_195884.pdf
- _____. 2012. *Seguridad social para todos. Establecimiento de pisos de protección social y de sistemas integrales de seguridad social. La estrategia de la Organización Internacional del Trabajo*. Ginebra. Enlace: <http://www.ilo.org/gimi/gess/RessShowRessource.do?ressourcelid=34193>
- _____. 2013. *Coordinación de las políticas de protección social y empleo. Experiencias de Burkina Faso, Camboya y Honduras*. Ginebra. Enlace: <http://www.social-protection.org/gimi/gess/RessShowRessource.do?ressourcelid=38800>
- _____. OIT. 2013. *Empleo y protección social en el nuevo contexto demográfico*. Ginebra. Conferencia Internacional del Trabajo, 102ª. Sesión, Informe IV. Enlace: <http://www.social-protection.org/gimi/gess/RessShowRessource.do?ressourcelid=37737>
- _____. 2013. *Panorama Laboral 2013, América Latina y el Caribe*. Oficina Regional de la OIT para América Latina y el Caribe, Lima. Enlace: http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---americas/---ro-lima/documents/publication/wcms_232760.pdf
- _____. OIT. 2013. *Social Security Inquiry (SSI/OIT)*. Enlace: <http://www.ilo.org/dyn/ilossi/ssimain.home>
- _____. 2014. *World Social Protection Report 2014-15. Building Economic Recovery, Inclusive Development and Social Justice*. Ginebra. Enlace: <http://www.social-protection.org/gimi/gess/ShowTheme.do?tid=3985>
- _____. y PNUD. 2011. *Successful Social Protection Floor Experiences*. New York: UNDP. *Sharing Innovative Experiences*. Vol. 18. Enlace: <http://www.social-protection.org/gimi/gess/RessShowRessource.do?ressourcelid=20840>
- _____. PNUD y ONU Mujeres. 2012. *Combatiendo la desigualdad desde lo básico: Piso de protección social e igualdad de género*. San José, Panamá, México: OIT, PNUD y ONU Mujeres. http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---americas/---ro-lima/---sro-san_jose/documents/publication/wcms_190697.pdf
- OMS. 2014. Observatorio mundial de la salud. Repositorio de datos. Ginebra. <http://apps.who.int/gho/data/node.main.NUTWHOREGIONS?lang=en>
- OPS. 2012. *Salud en las Américas, Edición de 2012: Volumen Regional*. Washington, DC. http://www.paho.org/saludenlasamericas/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=166&Itemid=
- _____. 2014. Observatorio Regional de Salud. Bases de datos. http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=category&layout=blog&id=2391&Itemid=2392&lang=es
- Scheil-Adlung, X. y Bonnet, F.. 2011. "Más allá de la cobertura jurídica: evaluación del rendimiento de la protección social de la salud", en *Revista Internacional de Seguridad Social*, Vol. 64/3, págs. 23 -43. Enlace: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1468-246X.2011.01400.x/pdf>

- _____. 2013. "Revisión de las políticas para avanzar hacia la cobertura universal de salud en los países de bajos ingresos: ventajas de los pisos nacionales de protección social", en *Revista Internacional de Seguridad Social*, Vol. 66/3-4, págs. 159-186.
- Schwarzer, H. y Casali, P. 2010. "El Piso de Protección Social: Desarrollo Conceptual y Aplicación en América Latina", en *Panorama Laboral 2010*. Oficina Regional de la OIT para América Latina y el Caribe. Lima. Enlace: <http://oit.org.pe/WDMS/bib/publ/panorama/panorama10.pdf>
- _____. Tessier, L.; Gammage, S. [org.] .2014. *Coordinación institucional y pisos de protección social. Experiencias de América Latina (Argentina, Brasil, Chile, México, Uruguay)*. Extension of Social Security Working Paper 40. Ginebra. Enlace: <http://www.social-protection.org/gimi/gess/ShowRessource.action?ressource.ressourceId=43138>
- UIS/UNESCO. 2014. UIS.Stat. Education. <http://data.uis.unesco.org/Index.aspx?queryid=127#>
- UNESCO. 2013. Situación Educativa de América Latina y el Caribe: Hacia la educación de calidad para todos al 2015. Oficina Regional de Educación para América Latina y el Caribe. OREALC/UNESCO, Santiago de Chile. www.unesco.org/new/fileadmin/MULTIMEDIA/FIELD/Santiago/images/SITIED-espanol.pdf
- Velásquez, Mario. 2010. Seguros de desempleo y reformas recientes en América Latina. CEPAL/*Serie Macroeconomía del Desarrollo* n° 99. Santiago de Chile. http://www.eclac.org/publicaciones/xml/0/38180/Serie_MD_99.pdf

Anexo - Contribuciones específicas de los miembros del Grupo de Trabajo Interagencial

Organización Panamericana de la Salud (OPS)

El informe sobre las brechas de protección social desde la perspectiva de la OPS

1. La OPS y la Iniciativa del Piso de Protección Social

A partir de la declaración conjunta de la OIT y la OPS en 2002, la Organización ha desarrollado numerosas actividades tendientes a la extensión de la protección social y la disminución de los niveles de exclusión en salud en la región.

La situación de la Protección Social en Salud (PSS) en la Región de las Américas presenta avances significativos en los últimos años.

A partir del lanzamiento de la Iniciativa del Piso de Protección Social por OIT con la colaboración de la Organización Mundial de la Salud (OMS), la OPS ha estado presente en las actividades regionales, llegando a formar parte en 2012 del Grupo Interagencial Regional para la Iniciativa del Piso de Protección Social.

2. Antecedentes

A continuación figura una lista de algunos de los antecedentes institucionales de la OMS y la OPS, acerca de la protección social:

1. OPS. 130ª Sesión del Comité Ejecutivo. RESOLUCION CE130.R9. 2002. AMPLIACION DE LA PROTECCION SOCIAL EN MATERIA DE SALUD: INICIATIVA CONJUNTA DE LA ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD Y LA ORGANIZACIÓN INTERNACIONAL DEL TRABAJO. La Resolución insta a los Estados Miembros a ampliar la protección social en materia de salud, fomentar procesos de diálogo social que permitan definir los objetivos y estrategias nacionales en este campo e incluir la ampliación de la protección social en materia de salud como un elemento guía en sus procesos de reforma sectoriales. Solicita también a los directores de la Oficina Sanitaria Panamericana (OSP) y la OIT diseminar ampliamente la documentación conceptual y metodológica

sobre el tema, promover el dialogo social, apoyar a los países en el desarrollo de modelos y proseguir alentando una línea de trabajo sobre la ampliación de la protección social en materia de salud en sus acciones de cooperación en la Región.⁶⁰

2. OPS-OIT. La 26ª Conferencia Sanitaria Panamericana, en 2002. Establece la AMPLIACION DE LA PROTECCION SOCIAL EN MATERIA DE SALUD: INICIATIVA CONJUNTA DE LA ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD Y LA ORGANIZACIÓN INTERNACIONAL DEL TRABAJO. El documento establece las bases conceptuales de la protección social en salud, describe las causas de exclusión en salud y enumera los lineamientos estratégicos a seguir en los campos de la rectoría, el financiamiento, el aseguramiento y la provisión de servicios en los sistemas de salud.⁶¹
3. OMS. RESOLUCION DE LA 58ª ASAMBLEA MUNDIAL DE LA SALUD. WHA58.33. 2005. FINANCIAMIENTO SUSTENTABLE EN SALUD, COBERTURA UNIVERSAL Y ASEGURAMIENTO SOCIAL DE LA SALUD. La Resolución insta a los Estados Miembros a la implementación de formas de financiamiento que incluyan la distribución de los riesgos entre la población evitando gastos sanitarios desastrosos y el empobrecimiento por motivos de enfermedad, la garantía de una distribución adecuada y equitativa de una infraestructura y recursos humanos para la salud de buena calidad para la prestación de servicios de buena calidad acordes con el paquete de prestaciones, la garantía de que los fondos externos contribuyan al desarrollo de mecanismos de financiación duraderos para el sistema, la planificación de la transición hacia la cobertura universal contribuyendo a satisfacer las necesidades de atención de la salud de la población y mejorando su calidad, el reconocimiento de que en el proceso hacia la cobertura universal debe tenerse en cuenta los contextos macroeconómicos, socioculturales y políticos de cada país, y el aprovechamiento de las oportunidades de colaboración entre proveedores públicos y privados y las organizaciones que financian la salud bajo la firme rectoría global del gobierno.
4. OPS/OMS. PLAN ESTRATEGICO 2008-2012. DOCUMENTO OFICIAL 328. El Plan Estratégico, en su objetivo 14 establece "Extender la protección social mediante una financiación equitativa, suficiente y sostenible". El mismo se centra en el logro de una financiación colectiva y sostenible del sistema de salud y protección social y en la protección de las familias contra los gastos en salud catastróficos. Se establecen como indicadores y metas a efectos de concretar los logros en el presente período: a) el aumento del porcentaje de población cubierta por algún tipo de plan de protección social en la Región. Línea de base el 46 por ciento en el 2003. Meta: el 60 por ciento para el 2013; b) Aumento del porcentaje del gasto público asignado a la salud, incluido el gasto en atención primaria de salud.

60
61

En: <http://www.paho.org/spanish/gov/ce/ce130.r9-s.pdf>
En: <http://www.paho.org/spanish/gov/csp/csp26-12-s.pdf>

Línea de base el 3,1 por ciento en el 2006. Meta: el 5 por ciento para el 2013 y c) Disminución de los gastos de bolsillo en salud, expresada como porcentaje del gasto sanitario total. Línea de base el 52 por ciento en el 2006. Meta: el 40 por ciento para el 2013.

5. OMS. RESOLUCION DE LA 62ª ASAMBLEA MUNDIAL DE LA SALUD. WHA62.14. 2009. REDUCIR LAS INEQUIDADES SANITARIAS ACTUANDO SOBRE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD. La Asamblea insta a los Estados Miembros a que desarrollen y apliquen objetivos y estrategias para mejorar la salud pública centrándose en las inequidades, a que tengan en cuenta la equidad sanitaria en todas las políticas nacionales relativas a los determinantes sociales de la salud y consideren el desarrollo y fortalecimiento de políticas de protección social integrales y universales incluyendo el fomento de la salud, la prevención de la morbilidad y la atención sanitaria y a que promuevan la disponibilidad y el acceso a los bienes y servicios esenciales para la salud y el bienestar.

3. Avances en los países de la región

La protección social en salud constituye un desafío para la región. Ha habido avances importantes en el desarrollo de las bases jurídicas para su desarrollo y su puesta en práctica. Tal como refleja el Informe *Salud en las Américas, Edición de 2012*, en los últimos años, varios países revisaron sus marcos jurídicos e instrumentaron políticas de reestructuración de los sistemas y servicios basadas en el ejercicio del derecho a la salud con énfasis en la inclusión y la integralidad de las prestaciones, el trato humanitario, la participación activa de los ciudadanos en la salud, el reconocimiento de la autoridad sanitaria nacional como rectora, la consolidación de los principios de la atención primaria en salud como normativa y la ampliación de la protección social sanitaria. Incluso algunos países emitieron nuevas constituciones que proclaman la relación entre la salud y el desarrollo integral, reconocen la interculturalidad y garantizan el acceso gratuito de la población a los servicios sanitarios en todos los niveles de atención”.⁶²

Aun teniendo en cuenta estos importantes avances de los países respecto de sus sistemas de salud, persisten, en la región, características de segmentación y fragmentación en los mismos. La mayor parte de los países presenta sistemas con nichos de oferta de servicios que se diferencian en su forma de financiación distinguiéndose subsectores con mecanismos contributivos y otros no contributivos y que actúan como canales relativamente independientes para el acceso de la población a la atención de su salud. En cuanto a las transformaciones de los sistemas de salud en los países de la región, es posible observar avances importantes, aunque muy diferentes entre sí, que comprenden la ampliación de cobertura, cambios en los

62 *Salud en las Américas, Edición de 2012*. Organización Panamericana de la Salud/OMS. Publicación científica No. 636. Washington DC, 2012.

mecanismos de financiación, mejoras en los modelos de atención y de gestión de los servicios e integración de los mismos.

4. Recomendaciones y Mensajes claves

Respecto del avance de la Protección Social en el área de la salud y, en particular de las acciones a ser desarrolladas en el marco de la Iniciativa del Piso de Protección Social, se enumeran a continuación algunas recomendaciones y mensajes claves para orientar la tarea de cooperación técnica:

- a. La denominación “Piso” no debe ser interpretada en el sentido de brindar canastas básicas o mínimas de servicios. Los países deben avanzar hacia la cobertura universal en salud con servicios de alta calidad, solidaridad en la financiación y equidad.
- b. Es necesario abogar por unos marcos jurídicos adecuados para la consideración de la salud como un derecho de las personas.
- c. Los países deben continuar con los procesos de transformación de los mecanismos de financiación de los servicios de salud, en busca de modalidades más solidarias e integrales.
- d. Los servicios de salud, a los cuales debe garantizarse el acceso, tendrán que ser definidos en base a criterios de eficacia y en relación con las necesidades de la población.
- e. La Atención Primaria de la Salud y el modelo de Redes Integradas de Servicios de Salud, constituyen los modelos estratégicos que guían las transformaciones del sistema hacia la cobertura universal.

5. Propuesta de Indicadores clave

La evaluación de los avances respecto de la Iniciativa del Piso de Protección Social en Salud puede hacerse a través de dos categorías principales: i) la medición del gasto de bolsillo dedicado a la salud (de conformidad con recomendaciones de la OMS, que este tipo de gasto no debe exceder del 15-20 por ciento del gasto sanitario total) y ii) El mapa de cobertura y la evaluación del perfil de las personas que no tienen cobertura de salud, ya sea por medio de mecanismos de seguridad privada o pública, o social.

Este documento propone algunos indicadores que pueden utilizarse para supervisar la protección social en el campo de la salud. La información se obtuvo de fuentes de datos oficiales y no oficiales, informes de países, artículos revisados por pares y la literatura gris. Sin embargo, los autores reconocen las limitaciones de la información proporcionada en relación con el enfoque metodológico o la falta de información sobre algunos países.

- 1) **Indicador de Gobernanza de los Sistemas de Salud:** este indicador se refiere al conjunto de funciones que deben desempeñar los gobiernos para mejorar la salud de las personas. La gobernanza del sistema de salud debe ocuparse de

las funciones de los sectores público, privado y voluntario en la consecución de los objetivos nacionales de salud. En la publicación *Salud en las Américas, Edición de 2012*, este aspecto se utilizó para describir i) las estructuras institucionales de los sistemas de salud, incluido el marco legal y ii) las tendencias en las políticas sociales y de salud, centrado específicamente en la cobertura de los subsistemas actuales (seguridad pública, privada y social) y la implementación de un enfoque de atención primaria hacia la universalización.

2) La financiación del Sistema de Salud: Este indicador describe los mecanismos y los enfoques utilizados por los países para financiar la atención de salud, la organización de los recursos y el papel de los distintos actores de este proceso. El análisis se centra en los esfuerzos de los países para sustituir el enfoque de riesgo individual por un concepto de derecho a la salud y mancomunidad de recursos económicos. De hecho, varios países de la región han adoptado dicha trayectoria. Uruguay es un ejemplo reciente de un país en el cual se llevaron a cabo reformas en 2008 para garantizar la cobertura universal de salud mediante el establecimiento del Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS). A pesar de las mejoras logradas y los esfuerzos de los países para aumentar la cobertura y reducir el riesgo financiero de las poblaciones vulnerables, la mayoría de los países de la región aún tiene problemas en la financiación de la protección social en salud y en la reducción de la segmentación de los sistemas de salud.

3) Gastos catastróficos en salud: Los sistemas de salud deben ofrecer protección financiera a los hogares contra las situaciones de mala salud que provocan gastos catastróficos. Este problema afecta a países con diferentes niveles de ingresos, pero parece estar inversamente relacionado con el gasto total en salud como porcentaje del PIB, y directamente relacionado con los gastos de bolsillo como porcentaje del gasto total en salud y el porcentaje de la población situada por debajo de la línea de pobreza. El gasto de bolsillo es considerado como la forma más regresiva de financiación sanitaria y la que más expone a las familias al riesgo financiero catastrófico. Aun cuando un mecanismo de mancomunidad de fondos esté presente, el costo de la puesta en común de herramientas tales como los deducibles, copagos y coseguros aumentan la probabilidad de que un hogar experimente riesgos financieros catastróficos, tanto más cuando se trata de una familia de bajos ingresos. A pesar de esta evidencia, la medición de los gastos catastróficos en salud en las Américas sigue constituyendo un desafío por cuestiones metodológicas y conceptuales relativas a la definición de lo que debe considerarse como gasto catastrófico, así como la falta de información y las irregularidades en la producción de datos.

4) Acceso a los Servicios de Salud: Este indicador se mide frecuentemente por el uso efectivo de los servicios, como un indicador indirecto. La evidencia sugiere que, en la región de las Américas, aproximadamente el 30 por ciento de la población de la región no pueden acceder a la atención debido a razones financieras y el 21 por ciento son disuadidos de buscar atención por causa de las barreras

geográficas. El acceso a la asistencia sanitaria también se asocia con las desigualdades sociales y de salud. Por lo general, las personas más pudientes, a menudo con menos necesidades, consumen la mayor parte de la atención. Por el contrario, los pobres con mayores problemas de salud, consumen menos.

Referencias

- Bachelet, M. 2011. *Piso de Protección Social para una Globalización Equitativa e Inclusiva*. Ginebra: OIT (Internet) [citada el 19 de febrero de 2013]; disponible en: http://www.oit.org/wcmsp5/groups/public/---dgreports/---dcomm/---publ/documents/article/wcms_166486.pdf
- OMS. 2000. *Informe sobre la salud en el mundo 2000 – Mejorar el desempeño de los sistemas de salud* (Internet). París. Disponible en <http://www.who.int/whr/2000/en/>
- _____. (2010). *Informe sobre la salud en el mundo 2010 – Financiación de los sistemas de salud: el camino hacia la cobertura universal* (Internet). París. Disponible en: <http://www.who.int/whr/2010/index.html>
- OPS. 2012. *Salud en las Américas, Edición de 2012*. Organización Panamericana de la Salud/OMS. --Publicación científico técnica No. 636. Washington D. C.
- WPRO. 2013. *The WHO Health Systems Framework* (Internet). WPRO. [citado el 18 de febrero de 2013]. Disponible en: http://www.wpro.who.int/health_services/health_systems_framework/en/index.html
- Xu K, Evans D.B., Carrin G., Aguilar-Rivera A.M., Musgrove P., Evans, T. 2007. "Protecting households from catastrophic health spending", en *Health affairs*. 2007; 26 (4): págs. 972-983.
- _____. 2003. Evans, D.B., Kawabata, K. Zeramardini, R., Klavus, J., Murray, C.J. "Household catastrophic health expenditure: a multicountry análisis*", en *Lancet* : 362 (9378): 111-6.

Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL)

Desafíos contemporáneos de la protección social en América Latina y el Caribe, a la luz de la dinámica en el mercado laboral

Ante el nuevo orden global y su efecto en las sociedades nacionales, deben reconocerse las sendas restricciones que ha evidenciado el mercado laboral para crear empleo de calidad y para constituir la puerta de entrada a la protección social en la región. De allí que repensar la solidaridad, para que sea financiada con mecanismos contributivos y no contributivos constituya un gran desafío (CEPAL, 2006).

Como contribución al presente estudio, la CEPAL presenta algunas reflexiones que forman parte del análisis de la cobertura de la protección social de la región en la publicación *Panorama Social de América Latina 2013*, considerando la afiliación de los asalariados a los sistemas de pensiones y de salud, en dos puntos en el tiempo cuya comparabilidad puede garantizarse.

La afiliación de la población asalariada a los regímenes de pensiones expresa estrictamente la expectativa futura de percibir una pensión a la edad determinada por ley, y no se refiere a los niveles de aquella expectativa y por su parte la afiliación a los regímenes de salud se refiere estrictamente al acceso virtual a servicios de salud, sin ningún alcance respecto de su gama o calidad. El lapso considerado diverge, limitando la comparabilidad.

Cuando se compara la tendencia general de la afiliación a los regímenes de salud y pensiones, en primer término resalta que se ha incrementado en la mayoría de los 18 países, en magnitudes que muestran esfuerzos nacionales muy diversos (CEPAL 2013. cuadros IV.1 y IV.2). En algunos casos, los incrementos son muy notables a lo largo de la década: en razón de la reforma de salud en Colombia, el incremento es de 38,7 puntos porcentuales; en Ecuador y República Dominicana, el 21,2 y el 24,3 por ciento respectivamente. En el régimen de pensiones, en Ecuador, Perú y República Dominicana se supera el 20 por ciento.

En algunos países, los incrementos se producen en ambas ramas, en otros denotan énfasis diversos respecto de los regímenes de pensiones y de salud. Los incrementos tienen lugar tanto en países con sistemas de protección social más maduros, como en países con coberturas bajas o intermedias dentro del espectro. Por otra parte, algunos países siguen evidenciando cifras inquietantes, porque a pesar de ser muy baja la afiliación, la cobertura no acusa cambios favorables, se estanca en algunos e incluso disminuye en unos pocos.

Al adentrarse en la distribución socioeconómica de la afiliación, emerge nítidamente la desigualdad en materia de protección social. Son muy notorios los contrastes entre el primer quintil y el quinto quintil de ingresos, tanto en los regímenes de pensiones

como en los de salud. Es en los países en los que la afiliación promedio de la población asalariada es más baja, en los que la afiliación está más concentrada por ingresos (CEPAL 2013, cuadros IV.1 y IV.2).

Sin embargo, en materia de pensiones, los cambios revelan que la distribución socioeconómica se ha vuelto un poco menos regresiva en varios países; incluso en México o El Salvador donde la afiliación ha disminuido. Costa Rica, seguida de lejos por Uruguay, es el país de la región donde más asalariados de menores ingresos están afiliados a los regímenes de pensiones. Otros países muestran también una gran mejoría relativa de los sectores de menores ingresos: es el caso de Argentina, Brasil, Chile, Ecuador, Perú y República Dominicana. En Ecuador, los aumentos son más parejos a lo largo de los quintiles; también en Bolivia, donde la participación del primer quintil en relación con el más rico también aumenta. Por su parte, en seis de los países aumentó la desigualdad en esta materia.

Con grandes variaciones cuando se comparan los países, destaca que incluso en el quintil superior existe un contingente que no está afiliado a ningún sistema de pensiones. También desde el segundo al cuarto quintil, se evidencia una desprotección relativa en esta materia, cuyos gradientes de desprotección divergen mucho según la condición socioeconómica, y en ningún caso es comparable a la del primer quintil.

En el ámbito de la salud destacan Argentina, Chile, Costa Rica, Panamá y Uruguay con la mayor cobertura en ambos puntos del tiempo; en el caso de Colombia, a lo largo de 12 años se da el salto a una de las afiliaciones más altas de la región. Lamentablemente en Brasil, que tiene un sistema universal, las encuestas no permiten distinguir la afiliación en los regímenes de salud; tampoco en la República Bolivariana de Venezuela. Se evidencian esfuerzos muy notables de extensión en Ecuador, México, Perú y República Dominicana, que ostentaban afiliaciones intermedias dentro del rango de países e incrementos importantes en Argentina y el Estado Plurinacional de Bolivia, y más discretos en el resto de países. El Salvador muestra una evolución negativa previa a la reforma del sistema de salud que está en marcha y en Honduras se observa un estancamiento virtual de la baja afiliación.

En este ámbito, la afiliación se ha vuelto menos regresiva en Argentina, Bolivia, Chile, Colombia, El Salvador, México, Perú y República Dominicana; en Costa Rica y Ecuador, el incremento es bastante parejo en todo el espectro; también en República Dominicana, con más progresividad si se consideran los quintiles extremos. En Bolivia, Colombia, Ecuador, Paraguay y Perú, los sectores intermedios logran incrementos importantes. En Guatemala y Uruguay, el quintil de menores ingresos reduce levemente su afiliación.

Aunque en una magnitud algo menor que en el caso de las pensiones, y con grandes variaciones por país, destaca que también incluso en el quintil de mayores ingresos, un contingente de la población no está afiliada a ningún sistema de salud, y así en todos los quintiles, observándose que los gradientes de desprotección se reducen a medida que se incrementan los ingresos. Ello puede deberse a cierto tipo de contratos

laborales, o a su ausencia, o bien expresar la autoselección de quienes dejan la seguridad social porque -al menos en el presente- se aseguran vía el mercado y tratan de migrar a la seguridad social en caso de que prestaciones de salud indispensables que no sean cubiertas por sus pólizas o sus precios se eleven en demasía, si aquella carece de barreras de entrada y actúa de reaseguro de los mercados privados.

Pero también cabe indicar que -prácticamente en todos los países- un contingente importante de sectores no vulnerables carece también de protección social; evasión y elusión, barreras de entrada erigidas por los propios sistemas de seguridad social, ausencia de regulación y de supervisión del mercado laboral, conductas oportunistas de trabajadores y de empresarios desde posiciones asimétricas, son todos aspectos cuya virtual incidencia asoma al observar tales cifras. En el caso de la salud, puede evidenciar sectores que dejan la seguridad social porque -al menos en el presente- se atienden vía el mercado y cuando la seguridad social carece de barreras de entrada y actúa de reaseguro de los mercados privados tratan de migrar a ella cuando requieren de prestaciones de salud que no son cubiertas por sus pólizas o por la cuantía de sus precios.

La solidaridad en el financiamiento de la protección social tiene ciertamente una base altruista, que consiste en velar por las necesidades “de otros” y no solo por las propias, pero también un sentido inter-temporal: ahorrar cuando se está sano e inserto en el mercado laboral, para cuando se esté enfermo y para percibir una pensión. La magnitud de los riesgos y su carácter impredecible fundamentan la necesidad de compartir riesgos, incluso por parte de personas de altos ingresos, mediante una protección inter-temporal a lo largo de las diversas etapas vitales. Este aspecto es crucial para la disposición a asumir el pago de impuestos o de cotizaciones para la protección social y debe ser fortalecido en la argumentación en torno a la protección social. En tal sentido, la distribución de la falta de cobertura de la protección social en la región brinda una base argumental para fortalecer políticas universales y con financiamiento solidario, ya que -aunque claramente en una desigual magnitud y profundidad- la desprotección afecta a muy diversos sectores sociales.

Otro ángulo importante a considerar a efectos de arrojar luz sobre la dinámica del mercado laboral es la afiliación según la inserción laboral de los asalariados, para observar cómo se distribuyen en todo el espectro laboral tanto los niveles de afiliación como sus incrementos (CEPAL 2013, cuadros IV.3 y IV.4). Sistemáticamente en todos los países, la afiliación es mayor en los empleados públicos que en los de la empresa privada, remitiendo entre otras causas a problemas de evasión⁶³ y fallos de supervisión del mercado laboral. En Argentina, Nicaragua y República Dominicana, seguidos de Bolivia, los incrementos de afiliación a los regímenes de pensiones de los empleados públicos son muy elevados.

63 Como se desconocen los niveles de cotización, esta información no da luces acerca de la elusión, que es otro problema importante.

En segundo término, el tamaño de la empresa es un buen indicador de la afiliación: conforme disminuye, la afiliación también decrece, por causas similares a las enunciadas. Sin embargo, la desprotección por categorías ocupacionales varía mucho de país a país. Se destaca Costa Rica como el país que más ha acortado las brechas en los regímenes de pensiones por ocupaciones, seguido de Uruguay y Chile que evidencia menores brechas que otros países de la región, pero que muestra una caída cercana al 6 por ciento en el caso de los empleados públicos.

La afiliación de los profesionales y técnicos de microempresas a regímenes de pensiones y salud, se redujo en cuatro países con niveles bajos de afiliación. La situación de los asalariados de las microempresas, es muy desventajosa en muchos países; la afiliación a los regímenes de pensiones ha empeorado discretamente en algunos y más en tres. También es desventajosa para el servicio doméstico, que ostenta niveles muy bajos de afiliación a los regímenes de pensiones, casi estancados en varios casos y que empeoran en cuatro, pero que mejora en un conjunto importante de países, y en cuatro de ellos de manera sustancial. En cuanto a los regímenes de salud, la afiliación del servicio doméstico, que es mayor que a los regímenes de pensiones, presenta incrementos notables en Colombia, Ecuador, México y Perú, y más discretos en cinco más.

Como se advierte en el presente estudio, la propuesta de la OIT y la OPS sobre el Piso de Protección Social tiene una perspectiva que puede denominarse de “pluralismo institucional”, ya que considera para su realización regímenes universales de prestaciones, de seguro social, de asistencia social, impositivos, relacionados y no con empleo, y se deslinda de las visiones residuales de la política social. La universalidad de la protección social es vista como una búsqueda progresiva en el marco de una pluralidad de instituciones, y dentro de una estrategia bidimensional que comprende una dimensión horizontal, relativa a un conjunto de garantías básicas para todos, y la vertical que se refiere a la implementación gradual de normas superiores.

El desafío crucial de tal propuesta es cómo conciliar ambas dimensiones en un horizonte de equidad: es decir, cómo garantizar que la estrategia gradual y proceso progresivo de realización por fases –que se construye sobre la base de los regímenes vigentes y que parte de la expansión de la cobertura horizontal como un primer paso hacia la construcción de sistemas universales e integrales– no se convierta en una fragmentación adicional de la protección social existente.

Y es que la profundización de sistemas duales de servicios sociales, en cuyo marco los privilegiados gozan de servicios de calidad, mientras que los excluidos adolecen de una menor cobertura y tienen acceso a servicios deficientes, ha sido un mecanismo que ha potenciado la desigualdad en América Latina y el Caribe. Esta fragmentación está determinada también por condicionantes políticos entronizados en los propios sistemas de protección social, es decir, no es exógena, en términos, por ejemplo, de que surja estrictamente de la dinámica del mercado laboral. Deben quedar también atrás las miopías con efectos de género, como el supuesto de que el acceso primordial

a la protección social debía darse mediante los ingresos y la protección social del trabajador –hombre, jefe de familia– que permitía asegurar a todo el grupo familiar.

En el caso de la protección social, para romper las barreras de la segmentación, es fundamental la firme incorporación de los principios de universalidad y solidaridad y repensar la solidaridad de manera integral, vale decir, financiada tanto dentro como fuera del mundo del trabajo, y que los mecanismos contributivos y no contributivos no operen como compartimentos estancos.

Las políticas deben emprenderse desde diferentes ámbitos. El sistema contributivo no tiene por qué estar asociado exclusivamente con el estatus laboral de las personas. Según el nivel de ingresos de quienes han estado excluidos, pueden considerarse formas de cotización mediante esquemas familiares y tasas diferenciales fijas; en países con vastos sectores informales o receptores de remesas, cabe eliminar las barreras de acceso a los sistemas de protección social contributivos para franjas de la población que tendrían cierta capacidad de pago, pero que de conformidad con la normativa actual están inhabilitadas para cotizar, y establecer modalidades de subsidios. Cuando los sistemas contributivos son regresivos debido a bajos topes de cotización, su ruptura es indispensable para avanzar hacia la solidaridad del financiamiento y la universalidad de las prestaciones. Por otra parte, debe incrementarse el financiamiento solidario de la protección social de carácter no contributivo, es decir, que utiliza a tal fin recursos fiscales.

Por su parte, el cuidado, especialmente de las personas de los adultos mayores, está llamado a ser un nuevo pilar de la protección social. En su defecto, la evolución del cuidado tendrá diversos efectos adversos, entre otros, para la sostenibilidad de la protección social en un marco de envejecimiento de la población⁶⁴ (CEPAL, 2013).

La estrategia hacia una mayor equidad en la protección social no puede centrarse solo en el incremento de recursos, sino que debe abarcar la morfología de la protección social, en el marco de las transiciones demográficas y epidemiológicas que se producen en los países. Se requieren sendos consensos en torno al espacio fiscal, a la ampliación del financiamiento de la protección social y a ciertas reformas en materia de salud y de pensiones que atañen a variados aspectos.

Es un momento propicio, por cuanto la maduración de las reformas ha puesto de relieve evidencias que pueden contribuir a debilitar los antiguos dogmas que nutrían el individualismo en esta materia. Han aflorado numerosas aristas que atañen a la equidad, a la sustentabilidad financiera de los sistemas, y a su eficacia y eficiencia a escala de las sociedades. Entre los aspectos cruciales está la consolidación de las capacidades regulatorias de las complejas combinaciones público-privadas para resolver las actuales asimetrías de poder en torno a: la hipertrofia de la intermediación

64 Véase CEPAL: *Panorama social de América Latina*, (Santiago de Chile, 2013).

financiera y aseguradora y altos costos de transacción; los riesgos financieros de los sistemas de pensiones y su derivación hacia los cotizantes por parte de los entes administradores; los altos costos administrativos de los sistemas de capitalización individual y sus niveles de lucro y el bajo nivel de las tasas de sustitución; el uso de normas de acreditación y supervisión de los entes prestadores, administradores o aseguradores que contemplen criterios de calidad, eficacia y eficiencia; la capacidad regulatoria y las sanciones para encarar la corrupción. Está también sobre el tapete la judicialización excesiva del derecho a la salud que hunde sus raíces en características de los sistemas que deben reformarse. Destaca el ordenamiento del laberinto financiero asociado con la dualidad de los sistemas de protección social en aras de la equidad, la eficiencia y la transparencia. Por otra parte, sigue emergiendo la necesidad de una institucionalidad que logre integrar y articular los niveles de atención y los sistemas de derivación y contra derivación, con capacidad de sanción y bajo reglas comunes para la red. Están también en disputa mecanismos mediante los cuales definir las prestaciones que pueden y deben abarcarse.

Referencias:

- CEPAL .2006. *La protección social de cara al futuro: acceso, financiamiento y solidaridad*. Santiago de Chile.
- _____. 2013. *Panorama social de América Latina 2012*. Santiago de Chile.
- _____. 2014. *Panorama social de América Latina 2013*. Santiago de Chile.

Fondo de las Naciones Unidas para la Población (UNFPA)

La universalización del acceso a la salud sexual y reproductiva (SSR) como parte de los pisos de protección social

El UNFPA, es una agencia de cooperación internacional para el desarrollo que promueve el derecho de cada mujer, hombre y niño a disfrutar de una vida sana, con igualdad de oportunidades para todos. El UNFPA apoya a los países en la utilización de datos socio-demográficos para la formulación de políticas y programas de reducción de la pobreza, y para garantizar que todo embarazo sea deseado, todos los partos sean seguros, todos los jóvenes estén libres de VIH/SIDA y todas las niñas y mujeres sean tratadas con dignidad y respeto. En ese sentido, el trabajo del UNFPA está relacionado con el Piso de Protección Social, especialmente con la salud y considera que los derechos sexuales y reproductivos debieran formar parte del Piso de Protección Social.

La salud reproductiva es un estado general de bienestar físico, mental y social, y no de mera ausencia de enfermedades o dolencias, en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo y sus funciones y procesos.

En consecuencia, la salud reproductiva entraña la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos y de procrear, y la libertad para decidir hacerlo o no hacerlo, cuándo y con qué frecuencia. Esta última condición lleva implícito el derecho del hombre y la mujer a obtener información y de planificación de la familia de su elección, así como a otros métodos para la regulación de la fecundidad que no estén legalmente prohibidos, y el acceso a métodos seguros, eficaces, asequibles y aceptables, el derecho a recibir servicios adecuados de atención de la salud que permitan los embarazos y los partos sin riesgos y den a las parejas las máximas posibilidades de tener hijos sanos. En consonancia con esta definición de salud reproductiva, la atención de la salud reproductiva se define como el conjunto de métodos, técnicas y servicios que contribuyen a la salud y al bienestar reproductivos al evitar y resolver los problemas relacionados con la salud reproductiva. Incluye también la salud sexual, cuyo objetivo es el desarrollo de la vida y de las relaciones personales y no meramente el asesoramiento y la atención en materia de reproducción y de enfermedades de transmisión sexual.

Teniendo en cuenta la definición que antecede, los derechos reproductivos abarcan ciertos derechos humanos que ya están reconocidos en las leyes nacionales, en los documentos internacionales sobre derechos humanos y en otros documentos pertinentes de las Naciones Unidas aprobados por consenso. Esos derechos se basan en el reconocimiento del derecho básico de todas las parejas e individuos a decidir libre y responsablemente el número de hijos, el espaciamiento de los nacimientos y el intervalo entre éstos y a disponer de la información y de los medios para ello y el derecho a alcanzar el nivel más elevado de SSR. También incluye su derecho a adoptar decisiones relativas a la reproducción sin sufrir discriminación, coacciones ni

violencia, de conformidad con lo establecido en los documentos de derechos humanos. En ejercicio de este derecho, las parejas y los individuos deben tener en cuenta las necesidades de sus hijos nacidos y futuros y sus obligaciones con la comunidad. La promoción del ejercicio responsable de esos derechos de todos debe ser la base primordial de las políticas y programas estatales y comunitarios en la esfera de la salud reproductiva, incluida la planificación de la familia. Como parte de este compromiso, se debe prestar plena atención, a la promoción de relaciones de respeto mutuo e igualdad entre hombres y mujeres, y particularmente a las necesidades de los adolescentes en materia de enseñanza y de servicios con objeto de que puedan asumir su sexualidad de modo positivo y responsable. La salud reproductiva está fuera del alcance de muchas personas de todo el mundo a causa de factores como: los conocimientos insuficientes sobre la sexualidad humana y la información y los servicios insuficientes o de mala calidad en materia de salud reproductiva; la prevalencia de comportamientos sexuales de alto riesgo; las prácticas sociales discriminatorias; las actitudes negativas hacia las mujeres y las niñas; y el limitado poder de decisión que tienen muchas mujeres respecto de su vida sexual y reproductiva. En la mayoría de los países, los adolescentes son particularmente vulnerables a causa de la falta de información y de acceso a los servicios pertinentes. Las mujeres y los hombres de más edad tienen problemas especiales en materia de salud reproductiva, que no suelen encararse de manera adecuada.

En general, es importante destacar que cualquiera sea la modalidad de incorporación de la SSR en las reformas del sistema de salud, es clave tener en cuenta que la garantía de las prestaciones, implica tener un profundo conocimiento del funcionamiento y normatividad del sistema de salud, de la accesibilidad a recursos, y contar con un grupo de indicadores de seguimiento, de las políticas, del marco jurídico, de acceso y calidad a servicios de SSR, así como de metodologías que permitan la priorización del proceso de garantía de las prestaciones.

Por todas estas razones, es esencial, identificar las dimensiones necesarias de considerar en estos procesos así como discutir los aspectos críticos para la protección y garantía de las prestaciones prioritarias en la SSR.

Desde la década de los 90, la región de ALC, ha dedicado esfuerzos importantes relacionados con la Reforma Sanitaria, siendo una de las evoluciones más importantes en el campo de actuación del UNFPA. La mayoría de los países han ejecutado o promueven en la actualidad iniciativas, que permiten modificar las políticas y sistemas de salud actuales con el objetivo de garantizar el acceso a servicios de salud. En ALC, los regímenes de protección social en salud son heterogéneos (aseguramiento gratuito de prestaciones que garantizan el derecho a la salud, mecanismos de transferencias condicionadas) y han alcanzado un nivel de desarrollo disímil. Es importante resaltar que los cambios en el sector salud han avanzado con diferentes ritmos y con modelos propios que responden al contexto nacional, tanto en lo político como económico. El UNFPA ha tenido diferentes niveles de participación en los mismos. El nuevo milenio nos ha permitido observar un fortalecimiento del compromiso de los Gobiernos hacia

los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM), y particularmente hacia el acceso universal a la salud, incluida la SSR, y una redefinición de las prestaciones de salud a partir de los programas de alivio a la pobreza o de transferencias condicionadas. No obstante, persisten aún serias brechas de implementación y una escasa ampliación del gasto social en salud. En este marco, el UNFPA ha dedicado esfuerzos importantes para desarrollar una serie de metodologías y herramientas en colaboración con sus socios implementadores, en este caso el Centro de Estudios de Estado y Sociedad (CEDES) y la OPS entre otros, que apoyen a los países a garantizar el acceso universal a un conjunto de prestaciones esenciales en la SSR. Como resultado, la inclusión de la SSR como tema estratégico en los debates más amplios sobre las reformas de los sistemas de salud, ha creado sin duda algunas oportunidades que garantizan la integración de la SSR en las diversas dimensiones de los sistemas de salud.

La identificación de prioridades y la definición de prestaciones básicas o esenciales, como mecanismos para garantizar la SSR de las poblaciones son centrales en la agenda de los derechos y servicios de salud sexual y reproductiva. Reconocemos que este proceso implica esfuerzos políticos y técnicos complejos. Asimismo, tras la experiencia acumulada, el proceso puede resultar más efectivo y eficaz si se dispone de orientaciones que permitan a los países determinar las mejores estrategias para definir un paquete de prestaciones prioritarias que pueda ser garantizado por los Gobiernos, así como identificar los elementos involucrados en el proceso de definición de ese conjunto de prestaciones prioritarias para avanzar en el acceso universal a la SSR.

Es reconocido por los distintos actores que trabajan en el campo de la SSR, que esto plantea retos particulares en el proceso de la definición de las prestaciones prioritarias, especialmente cuando se trata de establecer los indicadores de seguimiento y resultados, ya que además de abarcar la dimensión del acceso a la salud, también debe incluir dimensiones positivas de la salud que se traducen en bienestar, equidad y justicia social.

Los aspectos relevantes de la agenda de la SSR y los beneficios que se obtienen de las inversiones en servicios de salud van más allá del logro de resultados únicamente en la SSR. Es importante señalar que estos beneficios se asocian también con otras áreas de la salud y también con otras dimensiones del bienestar. La intervención en este campo tiene adicionalmente un impacto potencial en los ámbitos social y económico. Esto obedece al hecho de que por tratarse de un concepto concebido desde una perspectiva de equidad, género y derechos humanos, es de gran utilidad no solo para orientar los procesos de reformas del sector salud, sino también otros aspectos vinculados con el grado de desarrollo humano y social.

Para la Oficina Regional para América Latina del UNFPA (LACRO), el tema de las reformas del sector salud, el aseguramiento de intervenciones esenciales que garanticen el acceso universal a la salud sexual y reproductiva es de gran relevancia institucional.

Entre las actividades que se han llevado a cabo, podemos señalar, reuniones técnicas, capacitación de recursos humanos en colaboración con otros socios regionales comprometidos con el tema, producción de documentos orientadores técnicos y la movilización de asistencia técnica para el desarrollo de capacidades a nivel nacional.

Como buena práctica que se ha convertido en una garantía vinculada con el Piso de Protección Social, se debería mencionar la colaboración entre el CEDES y el UNFPA iniciada en el año 2009 para apoyar las tareas de asistencia técnica del Fondo de Población en la región de América Latina, en temas relacionados con los procesos de reforma del sector salud y la garantía de la agenda de la SSR. El objetivo central de la colaboración con el CEDES ha sido orientar a los gobiernos y otros responsables de las decisiones en materia de políticas en los procesos de incorporación de la SSR a los sistemas y políticas de salud con el ánimo de construir capacidades y abrir espacios de diálogo político y técnico. Estos años de trabajo conjunto han dado lugar al desarrollo de herramientas y lineamientos metodológicos para ser utilizados en el plano regional y nacional, así como a actividades de debate regional y de colaboración en la asistencia técnica a los países. Entre las experiencias exitosas en las que el UNFPA ha colaborado, podemos señalar:

Programas gratuitos de servicios de Salud Reproductiva, Materna e Infantil:

1. La experiencia en la definición del Plan Integral de Prestaciones Prioritarias, Uruguay, 2007;
2. La Ley de Maternidad Segura y la Estrategia Nacional Integrada de Planificación Familiar, (ENIPLA), Ecuador;
3. El Plan de Prevención del Embarazo Adolescente, Consejo Nacional de Política Económica y Social (CONPES), Colombia, 2012;
4. El Seguro Universal de Salud, Bolivia

En el caso de transferencias condicionadas de dinero:

1. Oportunidades, México
2. Bono Materno- Infantil, Honduras
3. Bono Juana Azurduy de Padilla, Bolivia

El proceso de la formulación de un plan integral de prestaciones prioritarias en la SSR a partir del acompañamiento llevado a cabo en el año 2005 al Gobierno de Uruguay, puede servir como experiencia para trabajos de cooperación técnica en relación con las garantías básicas del Piso de Protección Social en las Américas. El UNFPA avanzó en el análisis de los aspectos críticos que deben tenerse en cuenta para que las oficinas de país puedan ofrecer su colaboración a los Gobiernos en escenarios de cambio de los sistemas de salud, y en particular, en procesos de definición de prestaciones prioritarias en la SSR.

En este proceso, uno de los insumos más importantes fue la recopilación de información sobre los procesos de incorporación de las prestaciones prioritarias en la SSR en ocho países seleccionados de la región. El instrumento para este relevamiento (cuestionario semiestructurado) fue validado en Uruguay en el año 2009. A partir de esta validación se elaboró una versión final que fue aplicada en Argentina, Colombia, Ecuador y Uruguay en el año 2010 y en 2011, en Bolivia, Honduras, El Salvador y Nicaragua. También como parte de este proceso se organizaron dos talleres regionales de formación para fortalecer los recursos humanos, dirigidos a los responsables de las decisiones (autoridades sanitarias), representantes de la sociedad civil e investigadores especialistas en este campo, así como funcionarios de las oficinas de país del UNFPA.

Un aspecto importante es medir y supervisar los avances de la situación en la SSR, que va más allá de la información epidemiológica, y debe incluir aspectos tales como:

La situación de la SSR (epidemiológica, cobertura, acceso, calidad, y con enfoque de equidad) a lo largo del ciclo de vida. Indicadores y línea de base disponibles, características del sistema de información, dimensión del acceso y calidad de los servicios de atención de salud reproductiva, de promoción y prevención de la salud. Algunos ejemplos:

Para la cobertura de servicios de salud, los siguientes parámetros deben ser identificados:

1. El grado de cobertura – es decir, si las prestaciones y la cartera de servicios son integrales, complementarios, o suplementarios;
2. La existencia de una cartera de derechos garantizados;
3. El tipo de provisión (OPS, 2008);
4. El porcentaje de mujeres que usan métodos anticonceptivos modernos;
5. El porcentaje de varones que usan el condón/ vasectomía;
6. El porcentaje de partos atendidos por personal calificado;
7. La tasa de fecundidad adolescente (10-14 y de 15-19 años);
8. La tasa de fecundidad general;
9. El ratio de Mortalidad Materna, por grupos etarios y diferencias urbano-rurales, por zonas geográficas, y por pertenencia étnica.

Además, se deben tener en cuenta los siguientes elementos que ejercen influencia en el suministro de servicios de salud a la población:

- ◆ El marco normativo: leyes, normas, guías u otras normativas vigentes (marcos regulatorios) en la SSR y temas relacionados (por ejemplo, normas reguladoras del consentimiento informado, la objeción de conciencia, el secreto profesional y/o el acceso a la información).

- ♦ La situación de las prestaciones de la SSR brindadas por distintos sub -sectores del sistema de salud: diferencias entre éstos; diferencias entre grupos poblacionales; prestaciones predeterminadas; fuentes de financiamiento, etc.
- ♦ Las obligaciones y los compromisos internacionales asumidos por el país sobre la SSR: Plataformas de Acción de El Cairo y Beijing; el Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer (CEDAW), su Protocolo Facultativo, y las observaciones y recomendaciones formuladas por los comités de seguimiento de los tratados de derechos humanos (regionales e internacionales). Impacto de los compromisos internacionales o regionales sobre otras políticas sectoriales (por ejemplo, acuerdos comerciales sobre patentes).

En relación con la garantía de los derechos en salud, es fundamental que las decisiones de política se orienten a responder a los compromisos asumidos por el país en los foros, conferencias y cumbres de alto nivel político.

Mediante el sistema de atención primaria de salud, todos los países deben esforzarse por que la salud reproductiva esté al alcance de todas las personas de edad apropiada lo antes posible y a más tardar para el año 2015. La atención de la salud reproductiva en el contexto de la atención primaria de la salud debería abarcar, entre otras cosas: asesoramiento, información, educación, comunicaciones y servicios en materia de planificación de la familia; educación y servicios de atención prenatal, partos sin riesgos, y atención después del parto, en particular para la lactancia materna y la atención de la salud materno infantil, incluida la prevención del aborto y el tratamiento de sus consecuencias; tratamiento de las infecciones del aparato reproductor, las enfermedades de transmisión sexual y otras afecciones de la salud reproductiva; e información, educación y asesoramiento, según sea apropiado, sobre sexualidad humana, salud reproductiva y paternidad responsable. Se debería disponer en todos los casos de sistemas de derivación a servicios de planificación de la familia y de diagnóstico y tratamiento de las complicaciones del embarazo, el parto y el aborto, las infecciones del aparato reproductor, el cáncer de mama y del aparato reproductor, las enfermedades de transmisión sexual y el VIH/SIDA. La disuasión activa de prácticas peligrosas como la mutilación genital de las mujeres, también debería formar parte de los programas de atención de salud reproductiva.

Se deberían preparar programas de atención de la salud reproductiva para atender a las necesidades de las mujeres y las adolescentes, que entrañen la participación de la mujer en la dirección, la planificación, la adopción de decisiones, la gestión, la ejecución, la organización y la evaluación de los servicios. Los Gobiernos y otras organizaciones deberían adoptar medidas activas para hacer que las mujeres estén incluidas en todos los niveles del sistema de atención de la salud.

Se deberían elaborar programas innovadores para que todos los adolescentes y los hombres adultos tengan acceso a información, asesoramiento y servicios de salud reproductiva. Esos programas deben educar y facultar al hombre para que comparta por igual las responsabilidades de la planificación de la familia y las labores domésticas

y de crianza de los hijos y acepte la responsabilidad de prevenir las enfermedades de transmisión sexual. Los programas deberían llegar al hombre en su trabajo, en el hogar y en los lugares de esparcimiento. Con el apoyo y la orientación de los padres, y de conformidad con la Convención sobre los Derechos del Niño, se debería llegar también a los muchachos y adolescentes en las escuelas, las organizaciones juveniles y los lugares donde se reúnan. Junto con la información y el asesoramiento necesarios, se deberían promover y hacer accesibles métodos de contracepción masculina voluntarios y adecuados, así como métodos encaminados a prevenir las enfermedades de transmisión sexual, incluso el VIH/SIDA.

Los Gobiernos deberían promover una participación mucho más amplia de la comunidad en los servicios de atención de la salud reproductiva, descentralizando la gestión de los programas de salud pública y formando asociaciones en cooperación con organizaciones locales no gubernamentales y grupos privados de atención de la salud. Se debería alentar a participar en la promoción de una mejor salud reproductiva a todos los tipos de organizaciones no gubernamentales, incluidos los grupos locales de mujeres, los sindicatos, las cooperativas, los programas para los jóvenes y los grupos religiosos.

Los inmigrantes y las personas desplazadas en muchas partes del mundo tienen un acceso limitado a la atención de la salud reproductiva y pueden estar expuestos a graves riesgos para su salud y sus derechos reproductivos. Los servicios deben ser especialmente sensibles a las necesidades de cada mujer y cada adolescente y tener en cuenta su situación, muchas veces de impotencia, prestando particular atención a las que son víctimas de violencia sexual.

Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF)

El Piso de Protección Social y la Infancia

1. Protección Social e Infancia

El Artículo 26 de la Convención sobre los Derechos del Niño es claro, dice: “Los Estados Partes reconocerán a todos los niños el derecho a beneficiarse de la seguridad social, incluso del seguro social, y adoptarán las medidas necesarias para lograr la plena realización de este derecho de conformidad con su legislación nacional.” Aparte de este imperativo legal, aceptado por todos los países de la región, hay otros motivos por los cuales es importante construir sistemas de protección social que incluyan a la infancia y sus necesidades.

Por un lado está el impacto positivo sobre el bienestar infantil (por ejemplo, a través de los seguros de salud, apoyo alimentario, becas escolares, etc.) que las intervenciones del Piso de Protección Social aportan. Además, muchas de las intervenciones ayudan a reducir la pobreza, tanto la monetaria entre adultos (que ayuda a la infancia – por ejemplo es bien sabido que parte de las pensiones que perciben los adultos mayores son utilizadas en el bienestar de sus nietos) como la pobreza infantil multidimensional (que aun afecta a casi la mitad de la población de menores de 18 años en la región).

Por último, las medidas del sistema de protección social fortalecen a las familias. En consecuencia, contribuyen a crear sociedades más igualitarias, inclusivas y cohesivas en las que la infancia crece y se desarrolla mejor, en plenitud, y más feliz.

2. La visión amplia de la protección social del UNICEF y el Piso de Protección Social

El UNICEF utiliza un esquema de protección social que tiene cuatro elementos interrelacionados (<http://www.unicef.org/socialprotection/framework/>). Estos son: Transferencias sociales, Programas destinados a garantizar el acceso a los servicios, Servicios de apoyo, y Legislación y reforma de las políticas para la equidad.

Las transferencias sociales incluyen diversas formas (monetarias o en especie) para apoyar a las familias. Entre estas se encuentran: Asignación por nacimiento, Subsidio universal por niño/a, Transferencias monetarias condicionadas y no condicionadas, Beneficios maternales y paternales, Licencia de enfermedad, Apoyo monetario o inserción laboral para personas con discapacidad, Suministro de prótesis u otros elementos para personas con discapacidad, Seguro de invalidez, y Seguro de desempleo. Como se puede observar, algunos de estos (por ejemplo, los dos últimos) no están enfocados directamente a la infancia. Sin embargo es importante que existan para que padres y madres puedan dar a sus hijos/as lo que merecen y lo que les quieren ofrecer.

Los programas destinados a garantizar el acceso a los servicios pueden incluir intervenciones tales como Subsidios de vivienda, Exenciones de las tasas para servicios relacionados con la salud o la educación o el agua/saneamiento, Programas de alimentación escolar, Seguro de salud (incluida la salud reproductiva para adolescentes), Becas para libros y otros útiles escolares, Vales de alimentos o ayuda alimentaria, etc. Si bien algunos de estos podrían ser considerados como transferencias (porque lo son), en este caso están diseñadas y tienen como objetivo (único o principal) apoyar el acceso a servicios y no el beneficio directo de la transferencia por sí misma.

Entre los Servicios de apoyo se encuentran distintos tipos de intervenciones. Estas van desde los servicios directos como la atención domiciliaria (por ejemplo, a familias con hijos/as con discapacidad) hasta formación o facilitación para que los miembros de las familias sepan dónde y cómo acceder a los distintos tipos de servicios y subsidios a los que tienen derecho. También se pueden incluir en este rubro los servicios de recuperación de víctimas de violencia o abuso, a niños/as separados de sus padres/madres migrantes, el cuidado de los niños cuyos padres/madres se forman o estudian, o el apoyo a los niños afectados por el SIDA.

Existen diversos elementos del sistema de protección social que no son servicios ni subsidios. Solamente se regulan o legislan. Tal es el caso de la Legislación contra la discriminación, Licencias por nacimiento para madres y padres, Licencias para lactancia o Derechos de herencia y Derecho a las vacaciones. Este último, como los otros componentes de la agenda del trabajo decente, tiene un impacto positivo en la infancia al permitir que los padres y madres tengan mejores trabajos y remuneraciones (y más tiempo para cuidarlos y acompañarlos) y también contribuyen a disminuir el trabajo infantil.

Es importante hacer hincapié en que la mayoría de estos elementos forman parte del Piso de Protección Social. Por lo tanto, los países de la región cuentan con la asistencia de UNICEF en tanto que sistema que les brinda apoyo técnico para hacer realidad el derecho a la protección social.

3. Algunos aspectos prácticos

Que los niños, niñas y adolescentes de la región, así como los adultos que les cuidan, cuenten con un Piso de Protección Social requiere que trabajemos en conjunto en algunos elementos prácticos. El primer paso es establecer claramente los objetivos del sistema de protección social sin los cuales es imposible diseñar apropiadamente sus componentes.

En segundo lugar, se debe reconocer que, en algunos países con recursos limitados poder ofrecer a toda la población los servicios del Piso de Protección Social a todas las familias y sus hijos/as, puede ser demasiado oneroso en el corto plazo. Sin embargo, reconocer esta limitación no significa abandonar los objetivos de la protección social.

Por el contrario, significa que hay que establecer planes de mediano plazo para la concreción progresiva del derecho a la protección social.

También significa que hay que aceptar que toda la población hace frente a diferentes vulnerabilidades a lo largo de su ciclo de vida. Esto implica que el Piso de Protección Social debe ser universal e integrado.

En cuarto lugar y para apoyar a todo el sistema, es útil contar con un sistema único de beneficiarios. Por un lado, esto permite evitar duplicidades e ineficiencias. También garantiza que las familias, niños/as, y adolescentes que requieren diferentes tipos de asistencias reciban todo lo que necesitan.

Así, se puede observar que las agendas del Piso de Protección Social y de la protección social integrada para la infancia son coherentes y se refuerzan mutuamente.

ONU Mujeres

Los Pisos de Protección Social y la perspectiva de género

En julio de 2010, la Asamblea General de las Naciones Unidas creó la ONU Mujeres, la Entidad de la ONU para la Igualdad de Género y el Empoderamiento de las Mujeres. Al hacerlo, los Estados Miembros de la ONU dieron un paso histórico en la aceleración de los objetivos de la Organización en materia de igualdad de género y de empoderamiento de la mujer. La creación de la ONU Mujeres formó parte de la reforma de la ONU, al reunir los recursos y mandatos para obtener un mayor impacto. Fusiona y seguirá el importante trabajo de cuatro componentes del sistema de la ONU, con el fin de centrarse exclusivamente en la igualdad y el empoderamiento de las mujeres:

- ◆ División para el Adelanto de la Mujer (DAW)
- ◆ Instituto Internacional de Investigaciones y Capacitación para la Promoción de la Mujer (INSTRAW)
- ◆ Oficina del Asesor Especial en cuestiones de género (OSAGI)
- ◆ Fondo de Desarrollo de las Naciones Unidas para la Mujer (UNIFEM)

Las principales funciones de ONU Mujeres son:

- ◆ Dar apoyo a las entidades intergubernamentales como la Comisión de la Condición Jurídica y Social de la Mujer en su formulación de políticas y estándares y normas mundiales,
- ◆ Dar asistencia a los Estados Miembros para implementar esos estándares, dando cuando sea necesario el apoyo técnico y financiero adecuado para ayudar a los países que lo soliciten, así como para establecer alianzas eficaces con la sociedad civil; y
- ◆ Hacer que el sistema de la ONU rinda cuentas de sus compromisos en materia de igualdad de género, incluyendo el monitoreo continuo de los progresos dentro del sistema.

En el marco de su plan estratégico 2014-2017, la ONU Mujeres, entre otras cosas, impulsará asociaciones nuevas y fortalecidas dentro del sistema de las Naciones Unidas y con organizaciones y redes de mujeres, otras organizaciones de la sociedad civil, académicos y expertos, medios de difusión y el sector privado. Estas asociaciones respaldan la promoción, por parte de la ONU-Mujeres, de la integración de las cuestiones de igualdad de género en todos los sectores de desarrollo.

En este sentido, el plan estratégico también incluye bajo el efecto esperado 2 (Las mujeres, especialmente las más pobres y más excluidas, se ven económicamente empoderadas por el desarrollo y se benefician de este) lograr un mayor acceso de las mujeres a medios de vida sostenibles, activos productivos y trabajo decente así como la reducción de la pobreza y la participación y el liderazgo de las mujeres en la política

económica y la adopción de decisiones. Asigna atención especial a las mujeres más pobres y excluidas, así como a las desigualdades estructurales, en particular la carga de trabajo no remunerado de la mujer, las desigualdades de género en el acceso al empleo decente y la igualdad de remuneración. En este sentido, las políticas y medidas que conformen los Pisos de Protección Social deben tener una adecuada adaptación para que las mujeres no sean discriminadas en su papel de cuidadoras tanto porque los Estados implícitamente incluyan el trabajo no remunerado para el funcionamiento de sus políticas de protección social como por el diseño de prestaciones contributivas y no contributivas (incluyendo las prestaciones condicionadas) que no tengan en cuenta las desventajas que tienen las mujeres a lo largo de su ciclo vital.

La ONU Mujeres viene brindando asistencia técnica a los distintos países para visualizar la aportación de las mujeres a la reproducción social (el trabajo de la mujer no remunerado y por lo general no reconocido), asegurar el financiamiento para la equidad de género y también garantizar el empoderamiento económico de las mujeres a través del cumplimiento de sus compromisos internacionales y de sus propias legislaciones, procesos de planificación y presupuestación y políticas económicas (macro y micro). En conjunto, estos elementos pueden ayudar a los países a diseñar prestaciones sociales y políticas que eviten los sesgos de género que a la larga provocan que las mujeres hoy por hoy sigan siendo la mayoría de las personas afectadas por la pobreza no sólo de ingresos sino de tiempo. Concretamente, la ONU Mujeres puede brindar ayuda para la realización de auditorías de género de los sistemas de protección social; el financiamiento y diseño no sexista de prestaciones específicas; la inclusión de indicadores sensibles al género para el seguimiento del impacto de los Pisos de Protección Social; el abordaje de las recomendaciones y observaciones relacionadas con el Piso de Protección Social de procesos intergubernamentales y del Comité de la CEDAW.

En la actualidad, la ONU Mujeres ha unido fuerzas con la OIT y el PNUD en torno a la perspectiva de género en los Pisos de Protección Social así como con la OIT sobre los derechos de las trabajadoras domésticas incluyendo su inserción en los sistemas de protección social.

Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO)

La garantía del Derecho a la Educación, su estrecha relación y sus efectos en el Derecho a la Protección Social

En su misión la UNESCO, se propone “*contribuir a la paz y a la seguridad estrechando mediante la educación, la ciencia y la cultura, la colaboración entre las naciones, a fin de asegurar el respeto universal a la justicia, a la ley, a los derechos humanos y a las libertades fundamentales...*”. En ese marco, promueve la educación como un derecho humano fundamental, mejora la calidad de la educación y estimula la experimentación, la innovación y el diálogo en materia de políticas.

Según la UNESCO, no hay posibilidad de un ejercicio pleno del Derecho a la Educación sin cambios sustantivos en las políticas. Unas políticas que garanticen la implementación sistémica de acciones que impacten en los sistemas educativos de manera integral, asegurando que los estudiantes ejerzan su derecho a aprender y disminuyan el riesgo de que abandonen el sistema en busca de mejores oportunidades, al que permanentemente están expuestos y que solo los conduce a la pobreza. También unas políticas capaces de acompañar procesos más amplios de protección social, donde éstas junto a otras relativas a la atención de la multidimensionalidad de las necesidades humanas, estén en condiciones de ofrecer unas estructuras integrales que conduzcan a la concreción de todos los derechos humanos para todas las personas.

El Derecho a la Educación, entendido como el “derecho a aprender”, requiere sistemas educativos inclusivos, integradores, de calidad, capaces de contribuir a ampliar el acceso de los grupos excluidos a la educación, a mejorar la justiciabilidad del derecho evitando las discriminaciones y a contribuir a la creación de estructuras más amplias a favor de la justicia social. Esas estructuras, concretadas en sistemas de protección social integrales, son subsidiarias de lo que los sistemas educativos logren –o no logren– aportar. A su vez, los sistemas educativos conseguirán responder mejor a su objetivo de garantía del Derecho a la Educación si es que esos sistemas de protección social generan las condiciones para que las familias puedan mantener a sus hijos en la escuela y la terminen.

A pesar de los esfuerzos realizados por los países y de los notables avances en la región de América Latina y el Caribe en la última década, el Derecho a la Educación se ve constantemente amenazado por múltiples situaciones, principalmente asociadas con la pobreza y las diferentes manifestaciones de las diversas vulnerabilidades. La falta de acción contra las desigualdades, la estigmatización y las discriminaciones derivadas del nivel de ingresos, la disparidad entre los sexos, la etnia, el idioma y la discapacidad, así como el abandono por trabajo infantil, están retrasando los progresos hacia la *Educación para Todos*, objetivo que ha convocado el compromiso de los Estados Miembros de la UNESCO desde 2000 hasta 2015. Este retraso implica una situación

futura de las poblaciones afectadas de una gran vulnerabilidad que desembocará en grandes desafíos para la protección social y los sistemas que se implemente para cumplir ese objetivo.

Los sistemas educativos han de ser capaces de generar las condiciones y las ayudas para lograr un aprendizaje de calidad desde la primera infancia y preparar a las personas para el aprendizaje a lo largo de toda la vida. Una revisión de la situación regional muestra un panorama con avances y desafíos importantes con miras a una acción sistémica a favor de los derechos humanos en estructuras más amplias para su protección.

Revisemos la situación de la región respecto de los objetivos de la *Educación para Todos*: 1) Atención y educación de la primera infancia; 2) Enseñanza primaria universal; 3) Competencias de jóvenes y adultos; 4) Alfabetización de adultos; 5) Paridad e igualdad de género; y 6) Calidad de la educación⁶⁵.

La educación preescolar se ha extendido considerablemente desde el año 2000. La tasa bruta de matrícula en la educación preescolar a escala mundial pasó del 33 por ciento en 1999, al 50 por ciento en 2011; en América Latina y el Caribe el incremento pasó del 54 al 73 por ciento en el mismo período. Eso sí, la desigualdad en el interior de muchos países es muy elevada, siendo esta la situación predominante en la región. Aunque la agenda de expansión de programas de cuidado y educación de la primera infancia sigue siendo relevante, el mayor desafío de los países de la región es avanzar en la garantía de un nivel de calidad satisfactorio de este tipo de servicios, toda vez que está demostrado que los efectos positivos en el desarrollo infantil que de ellos se esperan, no se producen –e incluso pueden ser perjudiciales– si los programas son de baja calidad.

Respecto del avance hacia la universalización de la educación primaria, en el mundo la tasa neta ajustada aumentó desde el 84 hasta el 91 por ciento. En los países de América Latina y el Caribe en conjunto, el aumento fue solo del 94 al 95 por ciento en el mismo período. Asimismo, el número de niños fuera de la escuela se redujo solo el 24 por ciento en la región. Considerando como objetivo una cobertura del 97 por ciento, se considera que en los países para los que se cuenta con datos en la región, varios alcanzarán esa meta en 2015 (aunque algunos están aún muy lejos de la misma). La evaluación de la educación primaria universal debe considerar también si los niños han terminado su educación primaria. En el mundo, el progreso a este respecto ha sido casi nulo: entre 1999 y 2010, la proporción de niños que alcanzó el último grado de la educación primaria apenas subió del 74 al 75 por ciento; en la región, en cambio, el avance fue más significativo, aumentando del 77 al 84 por ciento.

⁶⁵ Datos del *Informe Enseñanza y Aprendizaje. Lograr la calidad para todos. Una mirada sobre América Latina y el Caribe*, resumen regional del *Informe de Seguimiento de la Educación para Todos en el Mundo 2013/2014*, elaborado por la UNESCO en 2013.

Sobre la educación de los jóvenes, hay evidencia de que el modo más eficaz de adquirir competencias básicas es el paso por el primer ciclo de la enseñanza secundaria⁶⁶. En el mundo, la tasa bruta de matrícula en el primer ciclo de la enseñanza secundaria pasó del 72 al 82 por ciento en el período 1999-2011, mientras que en los países de América Latina y el Caribe esta proporción aumentó del 95 al 102 por ciento, lo cual refleja además un importante nivel de retraso escolar. A su vez, la tasa bruta de matrícula en el segundo ciclo de educación secundaria aumentó en la región desde un 62 hasta un 77 por ciento, comparado con un avance del 45 al 59 por ciento en el mundo. El número de adolescentes que no estaban estudiando disminuyeron entre 1999 y 2011 en un 31 por ciento en el mundo, mientras que en la región esta reducción fue del 55 por ciento. Con todo, las desigualdades en el interior de los países son muy importantes, lo que perjudica especialmente a las poblaciones más pobres, rurales o pertenecientes a minorías étnicas. De los países para los que se cuenta con información, se estima que la mayoría de los países de la región está lejos de alcanzar el objetivo del 97 por ciento para 2015.

La alfabetización universal es indispensable para el progreso social y económico, aunque el mejor modo de desarrollar competencias en lectura y escritura es hacerlo durante la infancia mediante una educación de calidad. En el mundo, en las últimas dos décadas el analfabetismo adulto disminuyó en un 12 por ciento, mientras en América Latina y el Caribe lo hizo en el 16 por ciento, a pesar de que aún 35 millones de adultos permanecen analfabetos en la región. Se estima que los países de la región no lograrán la alfabetización universal para 2015, tal como se comprometieron en las Metas de Educación para Todos.

La paridad de género –conseguir que la tasa de matrícula sea la misma para niñas y niños– es el primer paso para alcanzar el quinto objetivo de Educación para Todos. En los países de bajos ingresos, las disparidades suelen ir en detrimento de las niñas, pero en los países de ingresos medios y altos las disparidades van aumentando en detrimento de los niños a medida que se va ascendiendo hacia el primer y segundo ciclo de la enseñanza secundaria. En América Latina y el Caribe, en efecto, la tendencia es que la disparidad de género en el acceso a la educación perjudique a los hombres, especialmente en la educación secundaria. En la región no hay países con disparidad extrema en contra de las mujeres en la escolarización, ni en primaria ni en secundaria.

La calidad de la educación es la meta en que la región se encuentra más crónicamente retrasada. En una crisis generalizada del aprendizaje en el mundo⁶⁷, hay que comprender que la calidad de la oferta educativa es un factor protector ante la repetición y deserción escolares, pues si se logra transmitir conocimientos, habilidades y actitudes relevantes, entonces aumentan las posibilidades de superar la pobreza.

⁶⁶ La enseñanza secundaria formal tiene dos niveles: el primer ciclo, destinado a consolidar y ampliar las competencias básicas adquiridas en la primaria, y el segundo ciclo, donde se prepara a los jóvenes para que accedan al mundo del trabajo o a niveles superiores de educación y formación. Tal como señala el *Informe de Seguimiento de la Educación para Todos en el Mundo 2013/2014. Enseñanza y Aprendizaje. Lograr la calidad para todos*, (UNESCO), 2014.

⁶⁷

La mejora de la calidad de las escuelas y la disminución de las diferencias entre ellas reducirán la desigualdad en los resultados del aprendizaje: la igualdad de oportunidades en el aprendizaje es un derecho humano tan importante como el derecho a ir a la escuela. Pero una mayor equidad en la educación depende también de la suerte de los niños fuera de la escuela, en las estructuras económicas y sociales que perpetúan la marginación. Se requieren por tanto estrategias integradas para luchar contra la exclusión en un marco más amplio de reducción de la pobreza y de promoción de la integración social. De aquí, la importancia decisiva de contar con sistemas de protección social integrales, capaces de abordar las dimensiones de la problemática social en su conjunto.

En su *Informe de Seguimiento de la Educación para Todos en el Mundo 2012. Los jóvenes y las competencias. Trabajar con la educación*⁶⁸, la UNESCO hizo presente que la enseñanza primaria ya no es suficiente para dar a los jóvenes la oportunidad de conseguir un empleo digno pues el cambio tecnológico, entre otros, requiere mayores competencias básicas.

La evidencia muestra que una enseñanza secundaria más incluyente “reduce el riesgo de que los jóvenes engrosen las filas de los millones de estudiantes de todo el mundo que abandonan la escuela sin haber adquirido las competencias necesarias para conseguir buenos empleos o recibir más formación”⁶⁹. Brindar igualdad de oportunidades en la escolarización, proporcionando una educación de calidad, son pasos críticos para que los jóvenes logren adquirir diversas competencias para mejorar sus perspectivas.

Un gran número de jóvenes abandona la escuela antes de finalizar la enseñanza secundaria, incluso en países de ingresos medianos y altos y principalmente pertenecen a hogares pobres y desfavorecidos. Es preciso realizar esfuerzos para que ellos puedan proseguir su educación y adquirir cualificaciones y competencias para tener acceso a posibilidades de empleo⁷⁰.

La enseñanza técnica y profesional de calidad cobra vigencia y relevancia en este escenario. Esta educación puede ser muy eficaz si se apoya en sólidas competencias básicas y responde a la demanda de competencias del mercado de trabajo, vinculando su contenido con las necesidades de dicho mercado. Se debe señalar eso sí, que cuando se desplaza a los estudiantes con bajo rendimiento a sistemas paralelos de enseñanza técnica y profesional, existe el riesgo de reforzar las desigualdades sociales. Sin embargo, cuando se imparte una enseñanza técnica y profesional de alta calidad, adaptada al mundo del trabajo, una combinación de las asignaturas profesionales con posibilidades de aprendizaje basadas en el trabajo, puede contribuir a reavivar la motivación de los estudiantes que de otra manera hubieran abandonado la escuela

⁶⁸ *Informe de Seguimiento de la Educación para Todos en el Mundo 2012. Los Jóvenes y las Competencias. Trabajar con la educación*, elaborado por la UNESCO.

⁶⁹ *Ibid*

⁷⁰ Las estimaciones del equipo del *Informe Seguimiento de la Educación para Todos en el Mundo 2012*, indican que en 123 países de ingresos bajos y medianos, por lo menos unos 200 millones de jóvenes de entre 15 y 24 años de edad no han logrado terminar la escuela primaria

prematuramente. Por otro lado, la experiencia indica que el aprendizaje formal de oficios puede ser útil para tender puentes entre escuela y trabajo pues facilita la adquisición de competencias adaptadas a las necesidades de los empleadores y proporciona una experiencia laboral a los jóvenes. Las competencias transferibles junto con la capacidad son aspectos altamente valorados y esperados por el mundo del trabajo.

Los datos disponibles muestran que la generación joven es numerosa en la mayoría de los países de la región y que estos pasarán a convertirse en un motor del crecimiento si es que los países son capaces de brindarles oportunidades. Pero muchos no están preparados adecuadamente para ello. La evidencia muestra que si entre los 15 y los 19 años un joven está aún en la escuela primaria, sus posibilidades de concluirla y pasar a la enseñanza secundaria son escasas; si nunca ha ido a la escuela, o la ha abandonado antes de completar la enseñanza primaria o el primer ciclo de la secundaria, es poco probable que alguna vez adquiera las competencias básicas. Para que el acceso desigual a la educación no se convierta en una condena eterna para los jóvenes en situación de desventaja y, en consecuencia, en un desafío mayor para los sistemas de protección social, hay que realizar esfuerzos desde el inicio de la vida escolar y prestar mucha atención a los jóvenes que ya están en edad de cursar la secundaria para ofrecerles oportunidades de desarrollo personal pertinentes que se conviertan a su vez en un aporte al desarrollo de sus países.

La discriminación en la educación y la discriminación en el mercado de trabajo se potencian y acentúan la situación de desventaja. Por lo tanto, cuando los jóvenes no tienen las competencias básicas necesarias, en particular lectura, escritura y matemáticas, están en una posición débil para ingresar al mundo del trabajo puesto que estas competencias son fundamentales por sí mismas y para adquirir otras en materia de comunicación, solución de problemas y pensamiento crítico. Muchos jóvenes necesitarán, por consiguiente, programas de “segunda oportunidad” para adquirir las competencias que no lograron en el sistema educativo puesto que si éstos llegan a la edad adulta sin la educación que necesitan para desarrollar su potencial, el desempleo, la pobreza y los trastornos sociales se acrecentarán planteando mayores desafíos a los sistemas integrados de protección social.

“Las consecuencias de los bajos niveles de educación son nefastas para los jóvenes afectados y para los países en que viven. Muchos jóvenes quedarán confinados a trabajos, mal remunerados, inseguros y a menudo peligrosos, y sus países se verán privados del tipo de competencias que pueden impulsar el crecimiento económico. Conseguir que todos los jóvenes culminen con éxito la enseñanza primaria y el primer ciclo de la secundaria es indispensable para que los países cuenten con la fuerza de trabajo competente que requieren a fin de lograr el dividendo demográfico necesario para el desarrollo”⁷¹.

71 UNESCO, 2012. *op cit.*

Un problema adicional para los sistemas de protección social será la de los muchos niños que, debido a la pobreza, no van a la escuela y están trabajando (la OIT estimaba en 115 millones el número de niños y jóvenes en esta situación en el mundo que en 2008 estaban trabajando en condiciones peligrosas). Los niños que trabajan, en lugar de estudiar desde una edad temprana, es probable que se encuentren atrapados para toda la vida en empleos mal remunerados. Trabajar en la niñez tiene graves efectos colaterales ulteriores en relación con las modalidades de empleo, el desempleo y los niveles de remuneración, pero también repercute en la protección social presente y futura de estos niños que por la precariedad de su situación se cuentan entre los más marginados. La situación de los niños y jóvenes que ni estudian ni trabajan, es aún más grave y requiere especial atención con miras al alcance de los sistemas de protección social a estos grupos altamente desprotegidos.

Junto con la vulnerabilidad y el riesgo al cual expone el trabajo a los niños, en la mayoría de los países pobres las niñas tiene menos probabilidades que los niños de adquirir las competencias básicas. Todos los factores relacionados con la desventaja en la educación, como la pobreza, las disparidades entre hombres y mujeres y la discapacidad, suelen estar asociados también con la desventaja en el mercado laboral. Son las diversas “caras” de la exclusión.

Con todo, el desafío para los Estados es muy importante. La distribución desigual de los recursos públicos, genera un impacto directo en la desigualdad de oportunidades presentes y futuras. Es preciso entonces un enfoque más redistributivo para que los jóvenes no sufran los efectos de la marginación acumulada en su trayectoria de vida: de la educación, de las mejores oportunidades laborales y de los mecanismos de protección social. De este modo, cada vez más se ejerce presión sobre los Gobiernos para que velen por que los jóvenes tengan las competencias que les permitan encontrar buenos trabajos. Pero puede que los jóvenes y los Estados tengan que afrontar tiempos todavía más difíciles por el crecimiento de la demanda de calificaciones que requieren la urbanización, los adelantos tecnológicos y la transición hacia una economía verde.

El desarrollo de competencias es una inversión acertada por su importancia esencial para reducir el desempleo, las desigualdades y la pobreza, y promover el crecimiento.

La función clave del desarrollo de competencias para fomentar la prosperidad es evidente en todo el mundo: los países que han invertido atinadamente en actividades de formación para impartir competencias, han logrado progresos considerables en materia de desarrollo equitativo. Esas inversiones también han contribuido tanto a proteger a los países contra los efectos de las coyunturas económicas desfavorables como a liberar a muchas personas de la pobreza. Los Gobiernos son los principales financiadores de los programas de desarrollo de competencias. Su apoyo puede ser muy eficaz si se complementa con recursos del sector privado y de donantes de ayuda.

Referencias:

- UNESCO. 2012. *Informe de Seguimiento de la Educación para Todos en el Mundo 2012. Los Jóvenes y las Competencias. Trabajar con la educación*
- _____. 2014. *Informe de Seguimiento de la Educación para Todos en el Mundo 2013/2014. Enseñanza y Aprendizaje. Lograr la calidad para todos.*
- _____. 2014. *Informe Enseñanza y Aprendizaje. Lograr la calidad para todos. Una mirada sobre América Latina y el Caribe, resumen regional del Informe de Seguimiento de la Educación para Todos en el Mundo 2013/2014.*

HelpAge International

Seguridad de ingresos en la vejez y piso de protección social*

Se reconoce cada vez más el papel que juega el Piso de Protección Social (PPS) en la erradicación de la pobreza, en la disminución de la desigualdad y en el crecimiento económico equitativo en países en desarrollo; este reconocimiento crece a la par que se reconoce la necesidad de garantizar un ingreso seguro en la vejez. A pesar de ello, la discusión en torno a ampliar el PPS ha estado en gran medida separada de debates vigentes sobre la extensión y la reforma de sistemas de pensiones. Tanto en el nivel nacional como internacional, el tema de las pensiones y jubilaciones tiende a ser tratado por un grupo de actores diferente al que trata la protección social como tema de desarrollo.

Es en este contexto que la estrategia organizacional de HelpAge prioriza las pensiones no contributivas como garantía de la seguridad de ingresos en la vejez. Consideramos que el invertir en Pisos de Protección Social puede ayudar a enfocar la función central de los sistemas de pensiones y garantizar así la seguridad de los ingresos para todos durante todo el ciclo de vida, algo que históricamente no se ha logrado debidamente.

Estableciendo el vínculo entre el Piso de Protección Social y los sistemas de pensiones

En la última década, en Latinoamérica se ha reconocido cada vez más la importancia de la protección social, más allá de las “redes de seguridad” que se centran en el alivio a corto plazo en períodos de emergencia. A pesar del alto crecimiento económico de la región, la pobreza ha permanecido en niveles altos y la desigualdad se ha incrementado. Sin embargo, varios países han ido en contra de esta tendencia estableciendo sistemas de protección social completos. Estas experiencias han demostrado dos cosas: primero, que la protección social es fundamental para combatir la pobreza y la desigualdad y para asegurar que el crecimiento sea incluyente; y segundo, que en lugar de ser exclusivas de economías más ricas como la del Brasil, las políticas de protección social significativas y efectivas son posibles también en contextos de bajos ingresos como el boliviano.

Por otra parte, la crisis económica mundial ha generado la necesidad de analizar una gama de ejemplos de países, incluyendo Brasil y China, donde la implementación de sistemas sólidos de protección social ha paliado el impacto directo de la crisis en las personas y a la vez ha actuado como una vigorosa medida contracíclica.⁷²

72

* Los autores de la contribución de HelpAge International son: Charles Knox y Pilar Contreras. OIT. *Piso de Protección Social para una globalización equitativa e inclusiva*, Ginebra, OIT, 2011. Enlace: http://www.ilo.org/global/publications/books/WCMS_165750/lang--en/index.htm; Berg, J. y Tobin, S., “Income-led growth as a crisis response: Lessons from Brazil” en OIT, *The global crisis – Causes, responses and challenges* (Ginebra, 2011). Enlace: http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/@dgreports/@dcomm/@publ/documents/publication/wcms_155824.pdf

Para HelpAge, el PPS es particularmente valioso para la priorización de la extensión de la protección social a todas las personas adultas mayores, desde una perspectiva basada en derechos. Garantizar los ingresos mínimos en la vejez es una función clave de los sistemas de pensiones. A pesar de ello, la mayor parte de los países están lejos de lograrlo. Globalmente, sólo uno de cada cinco adultos mayores percibe una pensión, y la cobertura es menor en países en desarrollo, particularmente para mujeres, trabajadores informales y personas que viven en áreas rurales.⁷³ El éxito limitado que han tenido los países de la región en ampliar la cobertura de los regímenes de pensiones es producto de una serie de factores, pero particularmente del hecho de que prestaron poca atención a la concreción del derecho a la seguridad social en la vejez.

Los sistemas de pensiones vigentes son sistemas contributivos que cubren sólo a trabajadores formales, con suficientes ingresos para poder hacer cotizaciones regulares, una población que representa una pequeña élite en la región. El reconocimiento de la importancia y viabilidad de la inversión en Pisos de Protección Social puede ayudar a enfocar la función central de los sistemas de pensiones a fin de garantizar la seguridad de los ingresos para todos, algo que históricamente no se ha logrado debidamente tal como se ha señalado.

La mayoría de las personas desea y espera llegar a la vejez, lo que hace que la vejez sea una inquietud humana universal. La falta de seguridad de los ingresos en la vejez tiene consecuencias no sólo para la dignidad y la autonomía de las propias personas adultas mayores, sino también para sus familias y para las redes de las cuales forman parte, como también para las decisiones de las futuras generaciones de personas mayores. Evidencia de países con sistemas de protección social relativamente completos muestra que por lo general, las pensiones representan el mayor gasto en protección social, y que pueden desempeñar un importante papel redistributivo. Los regímenes de pensiones constituyen también uno de los primeros pasos en el desarrollo de pisos más amplios.

¿Qué opciones existen?

El concepto de PPS impulsa la priorización de la extensión y la reforma de los sistemas de protección social, a través de la garantía de la seguridad de los ingresos y el acceso a servicios básicos a lo largo del ciclo vital. Los sistemas de protección social y de seguridad social tienen que ver con una amplia gama de instrumentos con múltiples objetivos, pero el concepto de un piso se centra en hacer realidad el derecho a la

73 Fortezza A., Luccheti L., y Pallares-Miralles, M. "Measuring the Coverage Gap" en Holzmann, R., Robalino, D. A. y Takayama, N. (eds.), *Closing the Coverage Gap: The Role of Social Pensions and Other Retirement Income Transfers*, Banco Mundial (Washington DC, 2009).

seguridad social⁷⁴ y puede ayudar a revelar brechas en la cobertura que a menudo persisten.

Los sistemas de pensiones que garantizan la seguridad de los ingresos en la vejez pueden diseñarse de distintas maneras. Como ocurre en el caso de pisos de protección más amplios, la garantía de la seguridad de los ingresos básicos en la vejez puede combinar enfoques contributivos y no contributivos en diferentes formas.

Para la mayoría de los países de América Latina, el modelo de una pensión no contributiva es relevante para garantizar la seguridad de los ingresos en la vejez, donde los altos niveles de informalidad y pobreza se convierten en un obstáculo que impide que los sistemas de pensiones, basados en cotizaciones regulares sobre la nómina, sean eficientes.⁷⁵ Los sistemas de pensiones con un seguro social contributivo, de elevada cobertura, se desarrollaron en el contexto de grandes economías formales, que no existen en la mayoría de los países de la región, donde la mayoría de las personas vive con altos niveles de pobreza y vulnerabilidad, lo que impide que pague cotizaciones regulares para su vejez.

De hecho, en los últimos 50 años, se han implementado en América Latina sistemas de pensiones con cotizaciones sobre la nómina, y la mayoría ha fracasado en el intento de extender la cobertura. De manera similar, si bien existen programas de inclusión de los trabajadores informales en los sistemas contributivos, todavía hay muy pocas experiencias positivas. Esto se debe no sólo a la falta de ingresos disponibles, sino también a la falta de estructuras administrativas para recaudar las cotizaciones y mantener cuentas individuales de jubilación. Esto significa que la implementación de regímenes de pensiones no contributivas será esencial para que los países puedan lograr avances considerables hacia la seguridad universal de los ingresos en la vejez.

Esto está siendo reconocido por un número cada vez mayor de países en desarrollo que han establecido pisos no contributivos, como son Bolivia, Chile, Kosovo, Nepal, Sudáfrica, Tailandia y Timor Oriental.⁷⁶

El envejecimiento poblacional plantea claramente un desafío a la sostenibilidad de los sistemas de pensiones; sin embargo, las pensiones no contributivas son adaptables en este contexto cambiante. Primero, se ha demostrado que los pisos no contributivos pueden ser un componente asequible de los sistemas de pensiones. Dentro de la OCDE, Nueva Zelandia cuenta con una pensión no contributiva universal y algunas de las tasas de pobreza en la vejez más bajas, y el costo de la pensión está también

74 La Declaración Universal de Derechos Humanos (1948) afirma que "Todos, como miembros de la sociedad, tienen derecho a la seguridad social" (Artículo 22) y esto ha sido codificado en los instrumentos internacionales de Derechos Humanos, como el Pacto Internacional de los Derechos Económicos, Sociales y Culturales, 1966, la Convención por la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra las Mujeres, 1979 (CEDAW) y la Convención de los Derechos del Niño, 1989.

75 Nótese que el espectro de opciones de diseño puede tener implicaciones para un amplio abanico de temas que van más allá del alcance de esta nota (por ejemplo, incentivos negativos y la economía política de los sistemas).

76 Véase *Social Pensions Database* en: <http://www.pension-watch.net>.

por debajo del promedio.⁷⁷ La figura es similar en países más pobres. Un cálculo de costos realizado por HelpAge International demuestra que pensiones no contributivas universales para personas de más de 65 años, podrían ser implementadas con un porcentaje que oscila entre el 0,4 y el 1,7 por ciento del PIB, en 50 países de ingresos bajos y medios del estudio, incluyendo a países que están envejeciendo rápidamente como China y Tailandia. Además, señala que existen una serie de enfoques efectivos para contener los costos en el tiempo, incluyendo el incremento gradual y predecible de las edades para las pensiones, acorde con la esperanza de vida.

Conclusión

El reconocimiento cada vez mayor de la importancia de los Pisos de Protección Social puede ayudar a lograr centrarse más en la función esencial de los sistemas de pensiones, para garantizar ingresos mínimos en la vejez. La mayor parte de los países de la región han logrado poco en este campo hasta la fecha. La naturaleza particular de la vejez y su lugar importante en el desarrollo de sistemas de protección social también sugiere que este puede ser un paso importante hacia Pisos de Protección Social más amplios. Existen varias opciones para diseñar sistemas de pensiones que proporcionen la seguridad de los ingresos básicos, pero para la mayoría de los países en desarrollo con altos niveles de pobreza e informalidad, el modelo de pensiones no contributivas es una prioridad.

Referencias:

- Berg, J. y Tobin, S. "Income-led growth as a crisis response: Lessons from Brazil" en OIT, *The global crisis – Causes, responses and challenges*, Ginebra, OIT. Enlace: http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/@dgreports/@dcomm/@publ/documents/publi_cation/wcms_155824.pdf
- Forteza, A., Luccheti, L., y Pallares- Miralles, M. "Measuring the Coverage Gap" en Holzmänn, R., Robalino, D. A. y Takayama, N. (eds.). *Closing the Coverage Gap: The Role of Social Pensions and Other Retirement Income Transfers*, Banco Mundial (Washington,DC, 2009).
- OIT. 2011. *Piso de Protección Social Social para una globalización equitativa e inclusiva*, Ginebra. Enlace:http://www.ilo.org/global/publications/books/WCMS_165750/lang--en/index.htm
- OCDE. (2009). *Pensions at a Glance 2009: Retirement-Income Systems in OECD Countries*. Paris.

77 OCDE: *Pensions at a Glance 2009: Retirement-Income Systems in OECD Countries*, (París, 2009).

Red Interamericana de Protección Social (RIPSO)/Organización de los Estados Americanos (OEA)

Enfoque integral para la protección social en las Américas

En el marco de la OEA, y desde su lanzamiento en el año 2009, la RIPSO ha venido actuando como mecanismo de cooperación de los ministerios y agencias nacionales de desarrollo social, en colaboración con organizaciones internacionales, organizaciones no gubernamentales, el sector privado y la academia, para promover el intercambio y la transferencia de experiencias y conocimientos en materia de protección social.

Desde la OEA, se adopta el concepto de que la protección social “es un enfoque integral conformado por un variado conjunto de políticas y programas universales y focalizados que buscan apoyar a las personas ante los diversos riesgos que enfrentan durante el transcurso de sus vidas y que su diseño específico dependerá de las condiciones, necesidades y decisiones de cada Estado Miembro”⁷⁸.

A su vez, en la recientemente aprobada Carta Social de las Américas, los países de la región reconocen “la responsabilidad de desarrollar e implementar políticas y programas de protección social integral, con base en los principios de universalidad, solidaridad, igualdad, no discriminación y equidad que den prioridad a las personas que viven en condiciones de pobreza y vulnerabilidad y tomando en cuenta sus circunstancias nacionales”⁷⁹.

Se considera decisivo avanzar hacia sistemas de protección social integrales; de articular lo avanzado en la protección social contributiva, con lo avanzado en la protección social no contributiva, y de solucionar la fragmentación entre diversos programas, políticas y esfuerzos en protección social, buscando sinergias y complementariedades. Con esta finalidad, la RIPSO/OEA actúan en los ámbitos de capacitación, cooperación y asistencia técnica y en el establecimiento de una comunidad de práctica, para apoyar el desarrollo de las políticas de protección social en las Américas.

Capacitación. Se desarrollan actividades de fortalecimiento de la capacidad institucional de las agencias nacionales de desarrollo social en la formulación e implementación de políticas y programas de protección social.

- ♦ Diplomado en Protección Social en América Latina con la Universidad Católica de Chile (2da edición, marzo-julio 2014).
- ♦ Diplomado en Protección Social en el Caribe con la University of West Indies (1era edición septiembre 2013-julio 2014).

⁷⁸ Comunicado de la Segunda Reunión de Ministros y Altas Autoridades de Desarrollo Social. Cali, Colombia, 8-9 de julio de 2010.

⁷⁹ Carta Social de las Américas, capítulo III, artículo 14.

Cooperación/asistencia técnica. La RIPSO desarrolla actividades de cooperación en materia de protección social a través de intercambios presenciales y virtuales de experiencias, misiones de asistencia técnica, y talleres para intercambiar conocimientos y experiencias.

- ♦ Tercer Taller de Protección Social y Cooperación Internacional del Caribe, Bridgetown, Barbados (septiembre 26-27, 2013).
- ♦ Cuarto Taller de Protección Social y Cooperación Internacional para América Latina (TBD, 2014).
- ♦ Actividades de cooperación e intercambio resultado de la demanda de los Estados Miembros (2013-2014).

Comunidad de práctica. La RIPSO busca consolidar una comunidad de práctica de responsables de decisiones en política y expertos en protección social a través de una red de conocimientos y aprendizaje.

- ♦ Portal de Conocimiento RIPSO (www.redproteccionsocial.org) que ofrece funcionalidades para intercambiar recursos sobre protección social, creación de grupo de discusión sobre temas afines, entre otros.
- ♦ Serie de webinars “Diálogos Interamericanos de Protección Social” que busca fomentar el intercambio de ideas y soluciones en materia de protección social con la colaboración de los socios de la RIPSO.

En relación a la iniciativa del Piso de Protección Social, la RIPSO/OEA busca facilitar la cooperación entre países en materia de protección social a través de los talleres presenciales que se implementan en América Latina y el Caribe, y a través de actividades de cooperación y asistencia directamente solicitadas por las agencias nacionales correspondientes.

Los Diplomados en Protección Social son también mecanismos de capacitación que se ofrecen a los actores gubernamentales nacionales y a otros agentes involucrados en el campo de la protección social en los países de la región.

Igualmente, la RIPSO pone a disposición de los países y los organismos internacionales el Portal de Conocimiento RIPSO para facilitar el intercambio de conocimientos y experiencias relacionadas con la implementación de los Pisos de Protección Social en América Latina y el Caribe. En particular, el Portal RIPSO puede alojar grupos de discusión (públicos o privados) para que los actores involucrados discutan temas de su interés tales como lecciones aprendidas, buenas prácticas, marcos normativos, etc.; o para dar seguimiento a discusiones que se hayan dado de manera presencial en una primera fase, o viceversa. Estos grupos pueden ser solicitados y administrados por cualquier profesional de la protección social relacionado con los Gobiernos nacionales.

