



International Labour Office
Bureau international du Travail
Oficina Internacional del Trabajo

Encuesta de Seguridad Social

Primeros Pasos



Departamento de Protección Social
Oficina Internacional del Trabajo

Introducción

La Encuesta de Seguridad Social se ha convertido en la principal herramienta usada para recopilar datos sobre la cobertura de protección social para niños, desempleados, adultos mayores, personas con discapacidad, mujeres embarazadas, recién nacidos, víctimas de accidentes de trabajo, pobres y vulnerables. Además, permite recolectar la información necesaria para calcular indicadores sobre la suficiencia de los beneficios, los ingresos y los gastos de los sistemas nacionales de protección social. El Departamento de Protección de la OIT disemina, de manera periódica, estadísticas comparables sobre los programas de protección social a nivel mundial, mediante estudios temáticos así como por medio del informe emblemático de la OIT: Informe Mundial sobre la Protección Social. [Informe Mundial sobre la Protección Social](#). El informe es publicado trienalmente e incluye información sobre la cobertura legal y efectiva en los sistemas de protección social, descripciones sobre los programas contributivos y no contributivos, indicadores sobre la suficiencia de la cobertura, gastos de protección social y mucho más, para más de 190 países.

Este **manual de “Primeros Pasos”** es diseñado para ayudar usuarios con los aspectos técnicos de la Encuesta de Seguridad Social y para servir como guía de las principales características de la Encuesta.

Para obtener información adicional, ver:

- Informe Mundial sobre la Protección Social: https://www.ilo.org/global/publications/books/WCMS_624890/lang--es/index.htm
- Plataforma de protección social: <http://www.social-protection.org/gimi/gess/ShowMainPage.action?lang=ES>
- Datos sobre indicador 1.3.1 de los ODS: <http://www.social-protection.org/gimi/gess/Wspr.action>

Para descargar el manual metodológico y la Encuesta de Seguridad Social, favor de visitar:

<http://www.social-protection.org/gimi/ShowTheme.action?lang=ES&id=10>

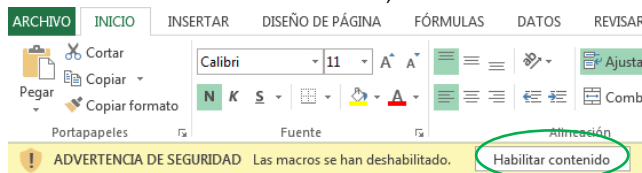
Si tiene alguna pregunta o duda sobre la Encuesta de Seguridad Social, puede contactar el Departamento de Protección Social escríbanos a través del siguiente correo electrónico: socprodata@ilo.org


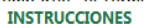



Índice

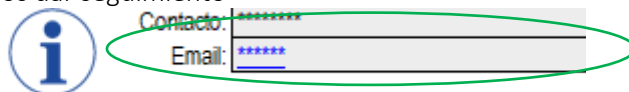
Antes de comenzar	3
1. Rellenar el Inventario de Programas	3
2. Rellenar las Paginas de los Programas	2
<i>Cobertura</i>	3
<i>Pago de beneficios</i>	4
<i>Criterios de elegibilidad</i>	5
<i>Gastos</i>	5
<i>Comentarios, notas y fuentes</i>	6
3. Rellenar Información sobre la Pobreza	7
4. Enviar la Encuesta	7

Antes de comenzar

- El archivo está en formato .xlsm, editable usando Microsoft Excel



- Favor de hacer clic en **Habilitar contenido** si aparece una advertencia sobre macros desactivados
- Si necesita imprimir, favor de escoger la escala correcta para su impresora. “Ajustar hoja en una página” o “Ajustar todas las columnas en una página” producirá los mejores resultados para papel de tamaño A3 o papel mayor
- Favor de leer las instrucciones antes de comenzar. Puede accederlas haciendo clic en el botón de información  o seleccionando la hoja de instrucciones  
- Después de leer las instrucciones, navegue al Inventario de Programas usando el botón  o haciendo clic en la hoja del mismo nombre 
- Favor de incluir sus datos de contacto o, si procede, revise los que ya estén incluidos por si necesitamos dar seguimiento



1. Rellenar el Inventario de Programas

Información general sobre los programas existentes de protección social en los países

- 4.1. Algunos de los programas en el inventario están pre-rellenados, basado en información previamente compartida con la OIT – **FAVOR DE REVISAR CUIDADOSAMENTE SI FALTAN PROGRAMAS O INFORMACION SOBRE LOS PROGRAMAS YA INCLUIDOS. BORRE INFORMACION NO ACTUALIZADA.**
- 4.1. Escriba en la celda **Nombre del programa 1** el nombre del programa en el idioma oficial del país, y en ingles en la celda justo debajo, si procede. Luego escriba el nombre de la institución que administra el programa

Haz clic en Programa_# para detallar la información	Nombre del programa en español o lengua original	Nombre del programa en inglés, si aplica	Nombre de la institución que administra el programa
Programa 1	Seguro de pensión legal	Statutory accident insurance scheme	Ministerio del Trabajo y Seguridad Social
Programa 2	Pensión para agricultores	Pension for farmers	
Programa 3	Seguro de accidentes estatutario	Statutory accident insurance scheme	

4.1. Indique las relevantes **funciones de protección social** cubiertas por el programa al seleccionar X de la lista

Funciones realizadas (por favor, marque todas las que aplican)																
Vejez	Invalidez / Discapacidad	Subsistencia	Subsidios de enfermedad	Maternidad / Paternidad	Protección de los niños	Protección de la familia	Acceso a educación	Protección del desempleo	Riesgos del trabajo	Servicios de salud	Servicios de trabajo social	Programa de empleos	Subsidios de vivienda	Alimento y nutrición	Asistencia social enfocada en la reducción de la	Otro tipo de apoyo y/o asistencia
X	X	X														
X	X	X														
								X								
								X								

4.1. Indique si el programa es **contributivo, no contributivo o mixto**;

¿Contributivo o no contributivo?	¿Contributivo o no contributivo?
selecc. en la lista	selecc. en la lista
Contributivo	Contributivo
Mixto	Mixto
Contributivo	Contributivo
No contributivo	No contributivo
Mixto	Mixto

4.1. Indique si las cotizaciones al programa son obligatorias o voluntarias: el **número de personas que cotizaron al programa**, en el caso de un programa contributivo o mixto

Número de personas que cotizaron al programa durante el periodo a reportar (si aplica)		
Total	Hombres	Mujeres
23,786	12,310	11,476
2,308	1,372	1,026
8,540	4,052	2,488

4.1. Indique el **número de beneficiarios**, para todos los programas

Número de beneficiarios (número de personas que recibieron beneficios durante el periodo reportado)		
Total	Hombres	Mujeres
2,610	1,251	1,362
291	151	136
246	126	120

1.7 Seleccione si el programa tiene una **administración pública o privada**;

¿Administración pública o privada?	¿Administración pública o privada?
selecc. en la lista	selecc. en la lista
Pública	Reconocida nacionalmente
Pública	Reconocida internacionalmente
Privada	Privada

4.1. Luego indique el **estatus legal** que le corresponde al programa

Estatus legal	Tipo de programa	Gasto total moneda (último año)
selecc. en la lista	selecc. en la lista	Selecc. la u
Reconocido en la legislación nacional	Universal	
Reconocido nacional		
Reconocido		
Reconocido nacional		

Reconocido en la legislación nacional

No reconocido (caridad/ONGs, etc)

No implementado aún

4.1. Especifique el **tipo de programa** usando las opciones en la lista desplegable

Tipo de programa	Gasto total anual en moneda local (último año disponible)	Gasto total administrativo anual en moneda local (último año disponible)	Ingreso total anual en moneda local (último año disponible)
selecc. en la lista	Selecc. la unidad aquí	Selecc. la unidad aquí	Selecc. la unidad aquí
Universal	60,143.00	Not available	34,331.00
Seguridad social			

Universal

Seguridad social

Asistencia social

Cuenta individual obligatoria

Responsabilidad del empleador

Pensión ocupacional

Fondo de previsión

Contribución definida nacional (CDN)

Transferencia monetaria (cond. o incondicional)

Otro relacionado con el empleo (indicar en la nota)

Otro no relacionado con el empleo (indicar en la nota)

4.1. Seleccione la **unidad** (Miles, Millones, Billones) de la lista desplegable

Gasto total anual en moneda local (último año disponible)	Gasto total administrativo anual en moneda local (último año disponible)	Ingreso total anual en moneda local (último año disponible)
Miles	Selecc. la unidad aquí	Selecc. la unidad aquí
	Selecc. la unidad aquí	Selecc. la unidad aquí
	Miles	
	Millones	
	Billones	

4.1. Indique los **gastos totales anuales**, **gastos administrativos** y los **ingresos totales anuales** en moneda local

Gasto total anual en moneda local (último año disponible)	Gasto total administrativo anual en moneda local (último año disponible)	Ingreso total anual en moneda local (último año disponible)
Miles	Miles	Miles
60,143.00	No disponible	34,331.00

4.1. Si los campos no son aplicables o si los datos no están disponibles, puede indicar '**No aplicable**' o '**No disponible**'

2. Rellenar las Paginas de los Programas

Información detallada sobre los beneficios de los programas

4.1. La hoja tiene algunas características automáticas y algunos campos estarán señalados o borrados dependiendo de las opciones seleccionadas

4.1. El nombre del programa que escribió en el Inventario de Programas aparecerá automáticamente en la hoja del programa correspondiente además de la fecha

4.1. Si el año en que los datos fueron recopilados es diferente al año en que está completando el cuestionario, asegurese de indicar el año que corresponde a los datos

REGRESAR a Inventario	Seguro de pensión legal	Statutory accident insurance scheme	Año
-----------------------	-------------------------	-------------------------------------	-----

4.1. Escriba el **nombre del beneficio** en el idioma oficial del país y en inglés, si procede y aplicable

Beneficios del programa	Nombre del beneficio en lengua original	Nombre del beneficio en inglés, si disponible
Beneficio 1	Pensión regular de vejez	Regular Old Age Pension
Beneficio 2	Pensión regular de invalidez	Regular Disability Pension
Beneficio 3	Pensión regular de sobrevivencia	Regular Survivors Pension
Beneficio 4	Subsidio de cuidados médicos	Medical care subsidy

4.1. Seleccione la **función cubierta** por el beneficio
(Favor de desagregar la información y ser lo más detallado posible, indicando una función para cada beneficio pagado por un programa)

Función cubierta	Grupos de pob (como contribuyentes segun rec
selec. en la lista	Grupo de población
Vejez	Trabajadores asalariados
Vejez	
Invalidez/discapacidad	
Sobrevivencia	
Maternidad	
Subsidios de enfermedad	
Desempleo	
Niños	
Familia	
Riesgos del trabajo	
Servicios de salud	
Reducción de la pobreza	
Otro (especifique en notas)	

4.1. Seleccione **grupos de población legalmente cubiertos** por el beneficio y especifique el **grupo de edad** y **area geográfica** de los grupos de población legalmente cubiertos. Si el programa cubre varios grupos, seleccione más de una vez para añadir cada grupo a la lista

Grupos de población legalmente cubiertos (como contribuyentes asegurados o beneficiarios que tienen derecho a recibir beneficios)				Contributivo/ no contributivo	Si es c
Grupos de población	grupo de edad	area geográfica	selec. en la lista		Tot
Trabajadores asalariados	Edad laboral, Adulto mayor	Todo territorio	Contributivo		23,704
Todos los residentes Población pobre Asalariados y independientes Trabajadores asalariados Trabajadores independientes Empleados del sector público Empleados del sector privado Desempleado Trabajadores domésticos Trabajadores migrantes Trabajadores en un sector específico (especifique en notas) Otro (especifique en notas)					

Grupos de población legalmente cubiertos (como contribuyentes asegurados o beneficiarios que tienen derecho a recibir beneficios)		
Grupo de población	grupo de edad	area geográfica
Trabajadores asalariados	Edad laboral, Adulto mayor	Todo territorio
Trabajadores asalariados	Niños	
Trabajadores asalariados	Edad laboral	
Trabajadores asalariados	Adulto mayor	
Trabajadores asalariados	Todas las edades	

Grupos de población legalmente cubiertos (como contribuyentes asegurados o beneficiarios que tienen derecho a recibir beneficios)	
area geográfica	selec. en la
Todo territorio	Contributivo
Rural	
Urbana	
Todo territorio	

Cobertura efectiva

Favor de indicar las características de cada beneficio incluido en el programa

- 4.1. Empiece por especificar si el beneficio es contributivo, no contributivo o mixto

Contributivo/ no contributivo	Si es o
selec. en la lista	Tota
Contributivo	23,704
Contributivo	
No contributivo	
Mixto	

Contributivo o mixto

No contributivo

- 4.1. Para beneficios contributivos o mixtos, indique la cantidad de **cotizantes activos**

Cobertura		
Si es contributivo, número de cotizantes activos (personas)		
Total	Hombres	Mujeres
23,704	12,239	11,465
82	71	11
23,704	12,239	11,465

Especifique el número de cotizantes activos

- 4.1. Para beneficios contributivos, no contributivos y mixtos, indique la cantidad de **personas beneficiarias que reciben el beneficio actualmente**

Cobertura efectiva		
Número de beneficiarios (número de personas que recibieron beneficios durante el periodo reportado)		
para <u>quedados de salud</u> indique el número de personas protegidas, incluidos miembros de familia;		
para <u>beneficios a corto plazo</u> (enfermedad, maternidad, desempleo, etc.) indique el número de beneficiarios en un punto determinado del tiempo o promedio durante el año.		
Total	Hombres	Mujeres
1,584	736	852
373	164	209
6	5	1
647	347	300

Especifique el número de beneficiarios (personas que reciben beneficios)

Pago de beneficios

Información detallada sobre el pago de beneficios

- 4.1. Indique si el beneficio es pago **en dinero** o **en especie**

El beneficio es dado en dinero o en especie	Pago periódico o único
selec. en la lista	selec. en la lista
En dinero	Pago único
En dinero	En especie

- 4.1. Indique si el pago es **periódico** o **único**

Pago de beneficios	
Pago periódico o único	El monto mínimo mensual pagado, en caso de beneficio en dinero
selec. en la lista	en moneda local
Pago único	4.79
Periódico	Pago único

- 4.1. Indique el **monto mínimo mensual** pagado en moneda local

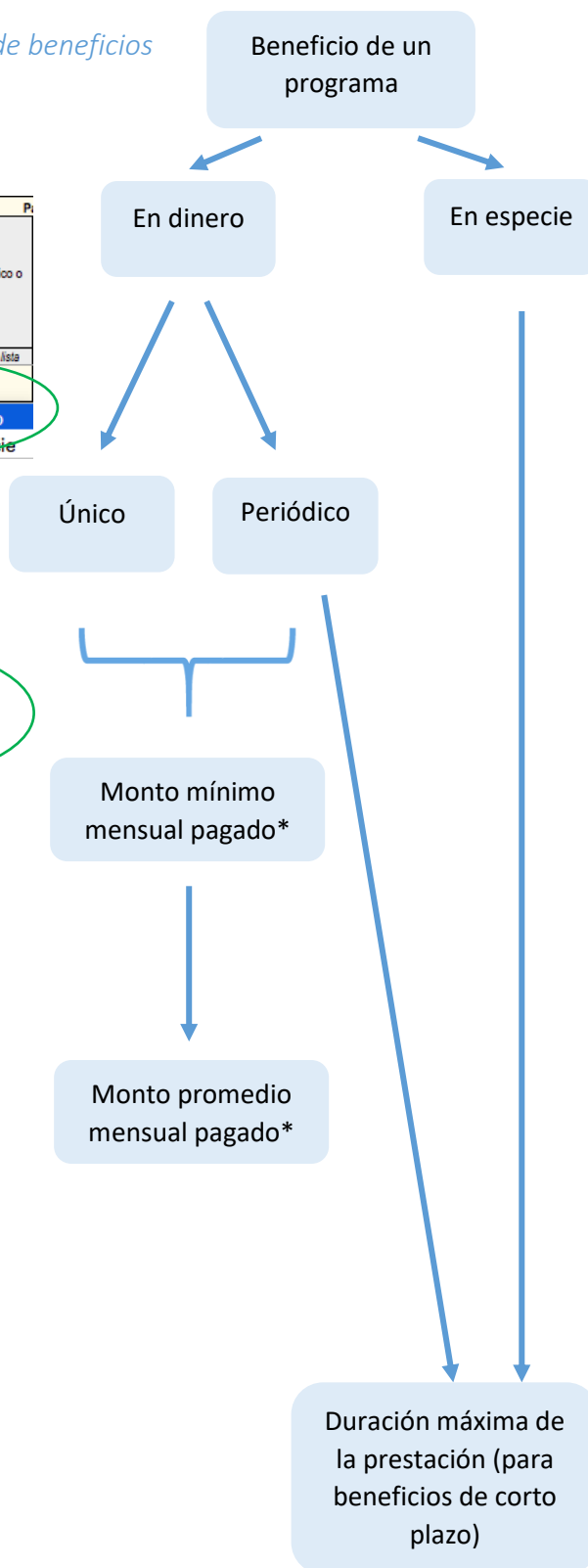
Pago de beneficios	
El monto mínimo mensual pagado, en caso de beneficio en dinero	
en moneda local	
173	

- 4.1. Indique el **monto promedio mensual** pagado en moneda local

El monto promedio mensual pagado, en caso de beneficio en dinero	
en moneda local	
332	

- 4.1. Indique la **duración máxima de la prestación** o **edad límite**, para beneficios periódicos o en especie

Duración máxima de la prestación (para prestaciones a corto plazo)
12 meses



* Para pagos únicos, favor de indicar el monto del pago único

Criterios de elegibilidad

Condiciones y requisitos para recibir beneficios

- 4.1. Para beneficios **contributivos** o mixtos, indique el periodo mínimo de contribución/ empleo requerido para recibir el beneficio

Periodo mínimo de contribución/ empleo requerido para recibir el beneficio
15 years

- 4.1. Para beneficios **no contributivos**, indique si el beneficio es universal/ categórico o focalizado/sujeto a comprobación de recursos

Criterios de elegibilidad				Gasto	
Universal (no sometido a comprobación de recursos o de beneficio) o focalizado (sometido a comprobación de recursos o de beneficio)	Conditional or unconditional cash transfers	Edad de jubilación para la pensión de vejez		Otros criterios, si procede (especifique)	Gasto total (incl. el gasto administrativo)
selec. en la lista	selec. en la lista	Hombre	Mujer		en moneda local
Universal/categórico (no sujeto a comprobación de recursos/beneficios)		65	65		2848.01
Universal/categórico (no sujeto a comprobación de recursos/beneficios)					
Focalizado (sujeto a comprobación de recursos)					
Focalizado (sujeto a comprobación de beneficios)					

- 4.1. Para **transferencias monetarias**, indique si son condicionadas o no condicionadas

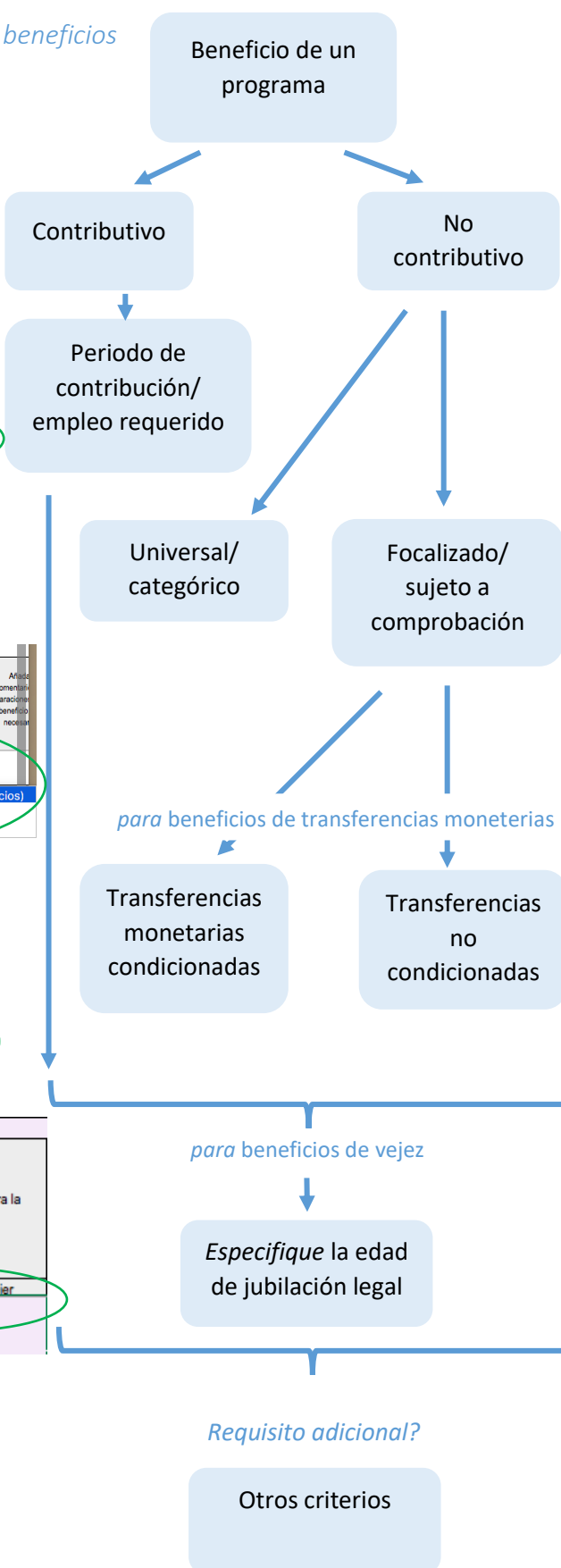
Criterios de elegibilidad	
Transferencias monetarias condicional o no condicional	Edad de jubilación para la pensión de vejez
selec. en la lista	Hombre
No condicional	65
Condional	
No condicional	

- 4.1. Para **beneficios de vejez**, indique la edad de jubilación legal para hombres y mujeres

Edad de jubilación para la pensión de vejez	
Hombre	Mujer
65	65

- 4.1. Proporcione otros criterios requeridos, si procede

Otros criterios, si procede (especifique)



Gastos

Información sobre gastos para cada beneficio incluido en el programa

- 4.1. Indique los **gastos totales**, incluyendo los gastos administrativos, en moneda local

Gasto
Gasto total (incl. el gasto administrativo)
en moneda local
2848.01

Comentarios, notas y fuentes

- 4.1. En la última columna de esta hoja, proporcione **comentarios o aclaraciones** sobre el beneficio, si lo considera necesario

Añada comentarios o aclaraciones para el beneficio, si es necesario

- 4.1. Debajo la tabla de beneficios, proporcione **notas**, si las hubiere

- 4.1. Favor de proveer las **fuentes** de la información proporcionada

NOTAS:	FUENTES:

En cuanto termine de rellenar la información detallada sobre los beneficios incluidos en el programa, favor de

- 4.1. Regresar al Inventario de Programas [REGRESAR a Inventario](#) y proceda a rellenar la información sobre los beneficios para los otros programas, si procede. Vea más en la sección [Rellenar el Inventario de Programas](#).

3. Rellenar Información sobre la Pobreza

Favor de navegar a la última hoja del documento, [Info Pobreza](#)

- 4.1. Favor de proveer la **cantidad de personas** (incluyendo **hombres y mujeres**) y **hogares** viviendo en la pobreza (cantidad **total**, **urbana**, y en **zonas rurales**), así como la cantidad de personas como porcentaje de la respectivas poblaciones (total, urbana, y rural).

Pregunta 1

¿ Cuántos hogares y/o individuos vivían en estado de pobreza de acuerdo con la definición más frecuentemente usada en fuentes oficiales (ej. informes de la Oficinas/Instituto Nacional de Estadísticas, organizaciones internacionales, etc.)?

	Población total		Urbana		Rural	
	Número	Proporción de la población total (%)	Número	Proporción de la población urbana (%)	Número	Proporción de la población rural (%)
Número total de personas,	6.674	16.1	2.565	9.0	4.109	29.1
de las cuales						
hombres	3.014	7.3	1.206	4.0	1.808	12.8
mujeres	3.660	8.8	1.359	5.0	2.301	16.3
Hogares	1.971					

- 4.1. Favor de proveer información sobre la **línea de pobreza** (nacional, para **niños, adultos y mayores de edad**), **mínimo de subsistencia** (para **niños, adultos y mayores de edad**), **mínimo de vida**, **línea de pobreza extrema**, y otros indicadores, si procede.

Pregunta 2

Sirvanse proporcionar información sobre la **línea nacional de pobreza**, el **nivel mínimo de subsistencia**, la **línea de pobreza extrema**, etc.

	Valor en moneda local	Año	Método de cálculo	Método y periodicidad para la actualización
Línea nacional de pobreza				
Línea de pobreza para niños				
Línea de pobreza para adultos				
Línea de pobreza para adultos mayores				
Mínimo de subsistencia para niños				
Mínimo de subsistencia para adultos				
Mínimo de subsistencia para adultos mayores				
Mínimo de vida				
Línea de pobreza extrema				
Otros indicadores, por favor especifique				

- 4.1. Provea cualquier otro detalle en **notas**, si procede, y **fuentes** para la información proporcionada en los respectivos campos

28

Notas:

Fuentes:

4. Enviar la Encuesta

- 4.1. Si necesita información más detallada o en cuanto termine de rellenar la Encuesta, favor de enviar la encuesta al siguiente correo electrónico: socprodata@ilo.org