



# Informe de Seguridad Social y Bienestar en las Américas

# 2020

**Versión abreviada**



## Conferencia Interamericana de Seguridad Social

Gibrán Ramírez Reyes  
**Secretario general**

José Antonio Hernández Sánchez  
**Director ejecutivo de Proyectos e Investigación**

Miguel Ángel Ramírez Villela  
**Jefe de la División de Proyectos**

Janín Muñoz Mercado  
**Diseño y formación**

Alejandra Torres Hernández  
Antonio Álvarez Prieto  
**Edición**

Ana Cecilia Zapien Trejo  
**Corrección de estilo**

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

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

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

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

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

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



8	Advertencia
9	Introducción
10	Primera parte. El largo siglo de la seguridad social
12	<b>Capítulo 1. Orígenes y auge</b>
12	Orígenes
14	El auge
17	<i>Las características de los nuevos sistemas</i>
19	Conclusiones
20	<b>Capítulo 2. El fin del largo siglo XX de la seguridad social: una época de decadencia</b>
20	La seguridad social y el fin de la época dorada del capitalismo
21	Los esfuerzos por dismantelar los sistemas de seguridad social
21	<i>Descentralización de la política social</i>
22	<i>Privatizaciones</i>
22	· Pensiones
22	· Salud
24	<i>Programas focalizados y Fondos de Inversión Social</i>
24	El giro a la inclusión de los años 2000
25	<i>Siglo XXI: agendas hacia la universalización de la seguridad social</i>
26	<i>La seguridad social al final del largo siglo XX</i>
27	· <i>Algunas reversiones a las privatizaciones de los sistemas de pensiones</i>
27	· <i>Programas de pensiones no contributivas</i>
28	· <i>Reformas sanitarias</i>
29	· <i>Prestaciones familiares y programas de transferencias condicionadas</i>
30	Conclusiones
31	<b>Capítulo 3. Análisis comparado de los sistemas de seguridad social en América</b>
31	Índices
32	Presión
32	<i>Evolución de la presión por seguridad social</i>
34	<i>Evolución de la presión específica</i>
36	La cobertura
38	La eficacia
40	El desempeño en la seguridad social
42	<i>Índice de Desempeño Específico</i>
45	Conclusiones
46	<b>Segunda parte. Casos de estudio</b>

<b>49</b>	<b>Capítulo 4. La seguridad social en los países de la Comunidad del Caribe (Caricom)</b>
<b>49</b>	Historia y características generales de la seguridad social en los países de la Caricom
<b>51</b>	La Caricom y la seguridad social
<b>53</b>	<i>Mercado común y acuerdo de portabilidad</i>
<b>54</b>	Regímenes de seguridad social en los países de la Caricom
<b>54</b>	<i>Salud</i>
<b>57</b>	<i>Pensiones</i>
<b>58</b>	Conclusiones
<b>60</b>	<b>Capítulo 5. Las transformaciones del sistema de seguridad social uruguayo</b>
<b>60</b>	Evolución del sistema de seguridad social: orígenes y auge
<b>62</b>	La etapa de transformaciones
<b>62</b>	<i>Los intentos neoliberales</i>
<b>63</b>	· <i>Pensiones</i>
<b>63</b>	· <i>Salud</i>
<b>63</b>	<i>La recuperación y ampliación del sistema</i>
<b>64</b>	Presión, cobertura, eficacia y desempeño
<b>66</b>	Conclusiones
<b>68</b>	<b>Capítulo 6. El sistema de seguridad social en Chile</b>
<b>68</b>	Evolución del sistema de seguridad social chileno en el siglo XX
<b>71</b>	Las reformas de la dictadura
<b>71</b>	<i>Pensiones</i>
<b>72</b>	<i>Salud</i>
<b>74</b>	Tendencias hacia el universalismo
<b>74</b>	Presión, cobertura, eficacia y desempeño
<b>76</b>	Conclusiones
<b>77</b>	<b>Capítulo 7. Las transformaciones del sistema de seguridad social de República Dominicana</b>
<b>77</b>	Evolución del sistema de seguridad social en el siglo XX
<b>80</b>	La etapa de las transformaciones: del período neoliberal a la definición universalista de la seguridad social dominicana
<b>80</b>	<i>El período neoliberal</i>
<b>83</b>	<i>Hacia la expansión de derechos: de 2000 a 2020</i>
<b>84</b>	Presión, cobertura, eficacia y desempeño
<b>86</b>	Conclusiones
<b>87</b>	<b>Capítulo 8. El sistema de seguridad social en Nicaragua</b>
<b>87</b>	Evolución del sistema de seguridad social
<b>88</b>	Intentos de imponer políticas neoliberales
<b>90</b>	El impulso sandinista: entre la ampliación y la sostenibilidad
<b>91</b>	Presión, cobertura, eficacia y desempeño
<b>93</b>	Conclusiones
<b>94</b>	<b>Aprendizajes y recomendaciones</b>
<b>100</b>	Fortalecimiento de la regulación y rectoría estatal
<b>101</b>	Sostenibilidad financiera y eficiencia en la gestión
<b>101</b>	La necesidad de diagnósticos certeros
<b>101</b>	Establecimiento de sistemas de información
<b>102</b>	Fortalecimiento de los sistemas públicos de pensiones
<b>102</b>	La necesidad de la protección ante el desempleo
<b>103</b>	La protección de las niñas y niños
<b>103</b>	La importancia de los sistemas de cuidado
<b>103</b>	El combate a las inequidades de género
<b>104</b>	La necesidad de un enfoque de derechos
<b>104</b>	Atención a la dualidad de los sistemas
<b>106</b>	<b>Referencias</b>



## Gráficas

Gráfica 1. Año de promulgación de las primeras leyes en prestaciones de la seguridad social en el mundo, 1829-2011	13
Gráfica 2. Año de promulgación de las primeras leyes en prestaciones de la seguridad social en Europa, 1829-2011	13
Gráfica 3. Año de promulgación de las primeras leyes en prestaciones de la seguridad social en América, 1829-2011	14
Gráfica 4. Tasa de mortalidad infantil (0-5 años) en países de la Caricom, 2018	57

## Tablas

Tabla 1. Índice de Presión, 2009 y 2016	33
Tabla 2. Transiciones en el Índice de Presión, 2009 y 2016	34
Tabla 3. Índice de Presión Específica	35
Tabla 4. Índice de cobertura, 2009 y 2016	37
Tabla 5. Transiciones en el Índice de Cobertura, 2009 y 2016	37
Tabla 6. Índice de Eficacia, 2009 y 2016	39
Tabla 7. Transiciones en el Índice de Eficacia, 2009 y 2016	39
Tabla 8. Índice de Desempeño de los Sistemas de Seguridad Social, 2009 y 2016	40
Tabla 9. Transiciones en el Índice de Desempeño de los Sistemas de Seguridad Social, 2009 y 2016	41
Tabla 10. Índice de Desempeño Específico de los Sistemas de Seguridad Social, 2016	42
Tabla 11. Resumen de resultados de los índices, 2016	43
Tabla 11, cont. Resumen de resultados de los índices, 2016	44
Tabla 12. Cambios porcentuales en las variables estudiadas, 2009 y 2016	48
Tabla 13. Cobertura de la seguridad social en países seleccionados de la Caricom	55
Tabla 14. Desglose del gasto en salud en los países de la Caricom	56
Tabla 15. Cobertura de pensiones por vejez en países seleccionados de la Caricom	58
Tabla 16. Indicadores de presión, cobertura y eficacia de la seguridad social para Uruguay	65
Tabla 17. Indicadores de presión, cobertura y eficacia de la seguridad social para Chile	75
Tabla 18. Indicadores de presión, cobertura y eficacia de la seguridad social para República Dominicana	85
Tabla 19. Indicadores de presión, cobertura y eficacia de la seguridad social para Nicaragua	92



## Siglas y acrónimos

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

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

## Monedas

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

# Advertencia

El presente documento resume el Informe de Seguridad Social y Bienestar en las Américas (ISSBA) con el objetivo de poner los resultados de este ambicioso proyecto al alcance del gran público. Por ello, se evita en lo posible el lenguaje técnico, el exceso de referencias bibliográficas y ciertas discusiones metodológicas de un interés propio de una lectura académica o especializada. De esta manera, se remite a nuestros lectores al Informe mismo en caso de tener cualquier duda sobre el uso de fuentes, la construcción de indicadores o las reflexiones teóricas que sustentan lo que se leerá a continuación.

# Introducción

**EL ISSBA** es uno de los proyectos más ambiciosos que ha realizado hasta el momento la nueva administración de la Conferencia Interamericana de Seguridad Social (CISS), y surge con el objetivo de conocer la situación de los sistemas de los países que la integran. Esta información permitirá formular recomendaciones de política pública que promuevan una seguridad social universal, de calidad y orientada al bienestar en las Américas, como parte de los esfuerzos basados en la cooperación internacional para garantizar el acceso a este derecho humano.

Antes de comenzar, debe decirse que el ISSBA no se publica en un momento cualquiera, sino en medio de una de las mayores crisis sanitarias y económicas de los últimos 100 años. Esto es importante para pensar la seguridad social no sólo por el hecho de que la atañe directamente y la ha puesto a prueba, sino también porque han sido crisis de esta magnitud las que han provocado las principales transformaciones en la materia a lo largo de la historia. De la Gran Depresión y la Segunda Guerra Mundial que

vino tras ella, surgió un aumento inmenso de la cobertura y del tipo de prestaciones que ofrecía, en lo que fue llamado Estado de bienestar (que correspondió a una configuración institucional propia de los países desarrollados). De la crisis de los años ochenta y la caída del bloque socialista, vinieron la contracción y parcial privatización de los sistemas. Hoy es evidente que los actuales sistemas de seguridad social deberán transformarse de nuevo tras la dura prueba que les está poniendo el COVID-19, pero no es claro todavía en qué dirección lo harán. El rumbo que tomen en los siguientes años se determinará en estos momentos, y es esencial la participación de amplios sectores de la población en el proceso, especialmente de los jóvenes, para quienes las reformas tendrán consecuencias tanto en lo inmediato como en el largo plazo. Para una planeación efectiva y estratégica, es fundamental un mejor conocimiento de las condiciones actuales, los logros por mantener y los retos a superar. El ISSBA busca ser una herramienta que aporte a tal fin.



# Primera parte

El largo siglo de  
la seguridad social

**EMULANDO LOS SIGLOS** de heterodoxa duración del historiador Eric Hobsbawm, podría hablarse de un "largo siglo de la seguridad social" en el continente americano. Desde los 1900, cuando se promulgaron las primeras leyes para indemnizar por accidentes de trabajo y proveer pensiones por vejez en algunos países del Cono Sur, hasta las reformas de las primeras dos décadas del siglo XXI. La historia de este largo siglo ha girado en torno a una contradicción fundamental —y aún no resuelta— de la seguridad social, entre su condición de derecho humano y su origen como prestación laboral.

Su primer aspecto se instituyó formalmente en la Declaración Universal de los Derechos Humanos (DUDH), que en 1948 reconoció a la seguridad social como un derecho humano; es decir, una obligación de los Estados para con todos sus habitantes, independientemente de su sexo o edad, de su situación laboral o incluso migratoria.

Sin embargo, desde su origen, la seguridad social ha sido en la práctica principalmente una prestación laboral. De hecho, nació del interés de Otto von Bismark por contener el activismo obrero y prevenir el socialismo en la Alemania de finales del siglo XIX. Desde entonces, las prestaciones y programas que componen la seguridad social se han establecido como mecanismos de atención a los trabajadores, particularmente los del sector formal. A la fecha es bastante común, por ejemplo, que la gran mayoría de quienes tienen un empleo formal en las ciudades estén afiliados a algún esquema de aseguramiento, pero que en el campo,

o en el sector informal, nadie cuente con ninguna protección ante accidentes de trabajo o pensiones por vejez o invalidez, por no hablar de licencias de maternidad o paternidad, o seguros de desempleo. Es usual también que niñas y niños accedan a este derecho humano sólo en tanto sean dependientes de alguien más.

La incorporación de los grupos de trabajadores se dio, en la mayoría de los casos, de manera gradual y por sectores de actividad, lo que resultó en sistemas fragmentados y estratificados, con mejores niveles de protección para los grupos más organizados, mientras la inmensa mayoría permanecía excluida. Al finalizar los noventa, hubo una importante incorporación de quienes carecían de cobertura, pero se consiguió principalmente por medio de instrumentos focalizados, financiados por impuestos indirectos y que ofrecen menores niveles de protección. Esto ha resultado en un acceso disparado a prestaciones que deberían ser iguales para todas las personas. Así, aunque se ha atenuado la exclusión basada en la condición laboral, persiste la heterogeneidad en el disfrute de un derecho que es universal.



A pesar de los naturales problemas de cualquier intento de periodización, es posible dividir este largo siglo en tres grandes etapas: las primeras dos (orígenes y auge) se presentarán en el primer capítulo, y la última (transformaciones) en el segundo.

# Capítulo 1

## Orígenes y auge

### Orígenes

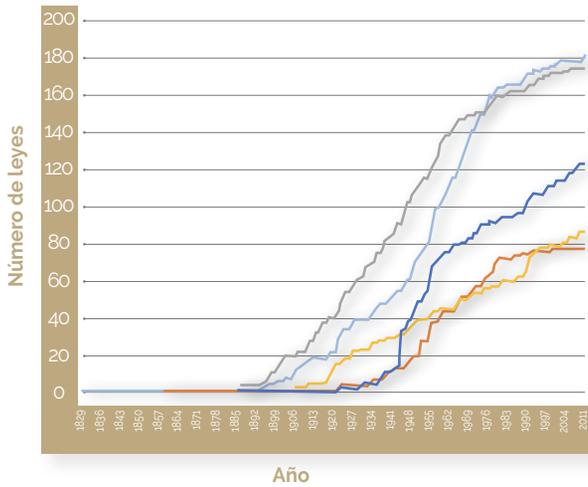
**EL ANTECEDENTE** más importante de la seguridad social como la conocemos ahora se gestó, como se vio ya, durante el gobierno de Otto von Bismarck en Alemania. Ante una economía europea en caída y tras la experiencia de la Comuna de París,<sup>1</sup> Bismarck buscaba políticas que restaran votos a un partido socialista que seguía ganando simpatía entre la población, con la idea de que era necesaria una dosis de socialismo para detener el avance del socialismo. Así, a partir de la década

<sup>1</sup> La llamada "Comuna de París" fue un movimiento —con una importante participación de mujeres— y gobierno popular en París, entre el 18 de marzo y el 28 de mayo de 1871, en el marco de la derrota francesa en la Guerra franco-prusiana (1870-1871). En términos ideológicos no había una sola tesis, con algunos grupos jacobinos, otros socialistas y algunos anarquistas o republicanos. En la práctica, las medidas tomadas prontamente por el gobierno de la Comuna buscaron mejorar las condiciones de vida y de trabajo de la clase trabajadora y las mujeres de París. A pesar de haber durado menos de 100 días —fue abolida por las tropas de Versalles en pocos, pero sangrientos días—, la Comuna tuvo importantes consecuencias en la mejora de la vida de la clase trabajadora. Como ejemplos, la abolición del trabajo de panaderos por las noches para servir pan caliente a la clase adinerada, el establecimiento de guarderías para mujeres trabajadoras y que París tuviera un alcalde electo. La Comuna tuvo apoyo, además, de algunas otras regiones de París. La brutal reacción de las tropas francesas señala el miedo a insurrecciones populares semejantes, un miedo compartido por otros gobiernos en el continente.

de 1880 se promulgaron en Alemania una serie de leyes de protección ante enfermedad, accidentes de trabajo, invalidez y vejez, que crearían el primer sistema de bienestar (*welfare*). Uno de los esfuerzos de mayor trascendencia fue la promulgación de la Ley sobre el Seguro de Enfermedad de 1883. Esto fue un hito, pues por primera vez se codificaron los principios básicos de un seguro de este tipo en una sola ley, y se asignaron responsabilidades concretas para la protección de los trabajadores, cuotas obrero-patronales y montos claros de prestaciones. El Estado revisaba que los empleados estuvieran inscritos en los sistemas y amenazaba con multas a empleadores que fallaran en esta responsabilidad. A dicha ley le siguieron otras de igual importancia, por ejemplo, las referentes a los accidentes de trabajo (1884), pensiones por vejez o invalidez (1889) y seguro de desempleo (1927). La garantía jurídica de los esquemas de protección, sumada a la supervisión del Estado, dio como resultado importantes mejoras en la salud de la población<sup>2</sup> y sentó las

<sup>2</sup> Como una disminución de la mortalidad entre la clase trabajadora de casi un 9 % entre 1884 y el final del siglo XIX, en particular por enfermedades infecciosas. Véase Lorraine Boissoneault, "Bismarck Tried to end Socialism's Grip-By Offering Government Healthcare", *Smithsonian Magazine*, 14 de julio de 2017.

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



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

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

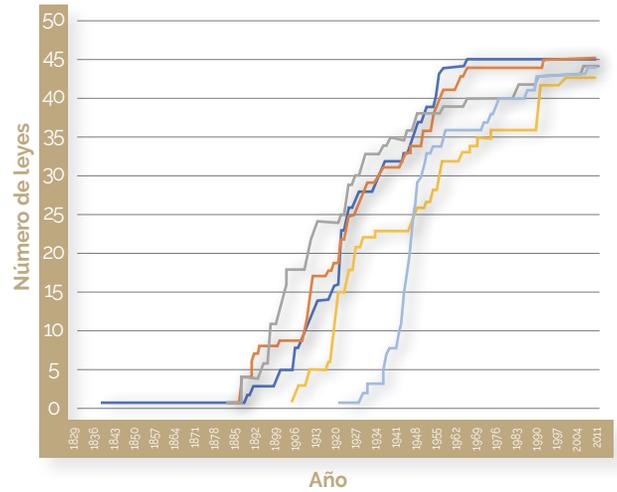
bases de muchos de los sistemas de seguridad social que se crearían en las décadas siguientes alrededor del mundo. Como se observa en la Gráfica 1,<sup>3</sup> desde 1880 surgen las primeras leyes de seguridad social, y a partir de 1900 se multiplican por todo el mundo, aunque no de manera simultánea.

En muchos países de lo que sería América Latina se crearon esquemas de pensiones por vejez para algunos servidores públicos desde la época colonial.<sup>4</sup> Tras las guerras de independen-

<sup>3</sup> Para la elaboración de las gráficas 1, 2 y 3, se consultó una base de datos que retoma información de International Social Security Association (ISSA), "Country Profiles-Country Comparison". Disponible en <https://ww1.issa.int/country-profiles/comparison>. La base construida se puede consultar en [https://docs.google.com/spreadsheets/d/e/2PACX-1vR-ZdC\\_sf9qBk1TpdDwxj6a2YuiHogoVUTeONuK37F9NvJZy-gnpSbc5vFYkpkFeRMaedWdlH2Zxng75h/pubhtml](https://docs.google.com/spreadsheets/d/e/2PACX-1vR-ZdC_sf9qBk1TpdDwxj6a2YuiHogoVUTeONuK37F9NvJZy-gnpSbc5vFYkpkFeRMaedWdlH2Zxng75h/pubhtml)

<sup>4</sup> Carmelo Mesa-Lago, *Social Security in Latin America: Pressure Groups, Stratification and Inequality*, University of Pittsburgh Press, Pittsburgh, 1978; y Tapen Sinha, *Pension Reform in Latin America and its Lessons for International Policymakers*, Springer Science-Business Media, Nueva York, 2000.

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



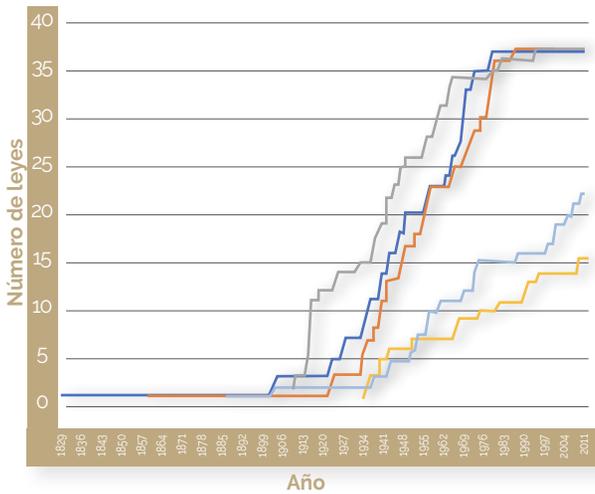
**Fuente:** Elaboración propia con información de International Social Security Association (ISSA), "Country Profiles-Country Comparison". Disponible en <https://ww1.issa.int/country-profiles/comparison>

- Enfermedad y maternidad
- Desempleo

cia, muchos países mantuvieron algunos de esos sistemas también para ciertos grupos privilegiados, principalmente la milicia y la burocracia. En contraste, fue hasta la década de 1860 que se establecieron en Estados Unidos pensiones para viudas y veteranos de la Guerra de Secesión.

Ya a finales del siglo XIX y durante las primeras décadas del siglo XX, algunos países comenzaron a legislar la seguridad social, es decir, a crear esquemas gubernamentales y obligatorios —como había sucedido en Alemania— más allá de organizaciones o arreglos privados. Estos primeros esfuerzos por construir sistemas de seguridad social en el continente se dieron principalmente en Argentina, Brasil, Chile y Uruguay, y en menor medida Ecuador, Colombia y Cuba. Estos sistemas "pioneros" se orientaron en un principio hacia ciertos grupos de trabajadores que tenían una mejor organización y poder relativo. En Uruguay, como en Cuba y Chile,

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



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

- Vejez, discapacidad y muerte
- Accidentes de trabajo
- Familiares
- Enfermedad y maternidad
- Desempleo

se crearon múltiples programas especiales para las distintas ramas económicas y hasta para actividades y ocupaciones tan específicas como estibadores y trabajadores de la lana y el cuero. En varios de estos países, la competencia electoral sumó a esta fragmentación, pues se iban otorgando prestaciones y concesiones para ganar los votos de ciertos grupos.

Estos primeros esfuerzos son sin duda limitados, pero influyeron enormemente en las características que adoptarían después los sistemas de seguridad social durante el tiempo de auge, y eso por tres motivos principales.

1. En primer lugar, los primeros sistemas de aseguramiento de burócratas y militares nunca desaparecieron, y a la fecha estas dos categorías siguen contando, en casi todos los países del continente, con servicios médicos y esquemas de pensiones especiales, que suelen ser administrados, asimismo, por instituciones distintas.
2. En segundo lugar, en varios países se habían establecido ya esquemas de pensiones por vejez o retiro, y de protección ante accidentes de trabajo, para ciertas categorías de trabajadores; en particular, los mejor organizados o de industrias estratégicas. De este modo, para cuando se reconoció a la seguridad social como un derecho humano, ya existían sistemas relativamente elaborados, sumamente fragmentados y desiguales, con capacidad institucional instalada y ciertos usos ya difíciles de revertir, lo mismo que intereses creados que se opondrían a reformas posteriores.
3. Por último, los errores de esta primera etapa (falta de técnica actuarial, o pensiones demasiado generosas e imposibles, por tanto, de universalizar) fueron una enseñanza, no sólo para los países que los cometieron, sino también para los demás, que iniciarían sus sistemas de seguridad social sobre la base de la experiencia de los pioneros.

## El auge

Entre los cuarenta y los setenta, se vivió la época de auge de la seguridad social en las Américas y el mundo. Para explicar por qué fue así, podría hablarse al menos de cuatro grandes motivos.

1. En primer lugar, la expansión de la industrialización por Asia, América y, en menor medida, África. Con ella llegaron también los grandes

sindicatos, un movimiento más fuerte de la clase trabajadora y un cambio general de las relaciones obrero-patronales, lo que incluyó demandas relacionadas con la seguridad social.

En América Latina en particular, este impulso a la industrialización vino, paradójicamente, de la crisis: desde la Gran Depresión, durante la Segunda Guerra Mundial y aún algunos años después, mientras duró la reconstrucción de Europa, los países latinoamericanos se vieron en la necesidad de ajustar la producción para satisfacer su demanda interna, en particular de bienes industriales que hasta el momento habían comprado del extranjero. Esta necesidad resultó ser una oportunidad, porque dio pie al desarrollo de una industria nacional propia en varios países de la región, en particular Argentina, Uruguay, Brasil, Colombia, Venezuela y México. Fue la llamada *industrialización por sustitución de importaciones* (ISI).

Junto con este desarrollo industrial, lo mismo que en otras partes, vino también un crecimiento notorio de las ciudades y de la clase obrera urbana, y con ellas, la formación de grandes sindicatos y sus ocasionales exigencias de seguridad social, pero sobre todo, el interés de las élites políticas por ganárselos como bases de apoyo. Esto implicó un gran aumento de la cobertura, pero también, como puede imaginarse ya, el reforzamiento de su carácter fragmentado y desigual, como una prestación laboral que unos pueden conquistar en la lucha o por concesiones desde el poder y otros no, a pesar de que desde 1948 se le reconoció ya como un derecho humano.

2. En segundo lugar, la miseria y la destrucción traídas por la Segunda Guerra Mundial hizo de las políticas de seguridad social —en ocasional oposición al libre mercado— una

medida urgente en toda Europa. Así, se dio un giro ideológico con el cual se volvió más aceptable la intervención del Estado en ámbitos que, hasta entonces, se consideraban propios del mercado o la familia, y de ahí que se volvieran algo más aceptado, e incluso promovido, en otras regiones del mundo, pese a que éstas no hubieran sufrido los mismos problemas.

A eso debe añadirse el inicio de la Guerra Fría y el temor a la posible influencia del comunismo entre una clase trabajadora cada vez más movilizadora y que no había sufrido tantas penalidades en Europa desde la Revolución Industrial. Entre la necesidad económica de la reconstrucción y la necesidad política de contener posibles rebeliones, en los países de occidente el desarrollo de los llamados Estados de bienestar no fue ya solamente una meta de la izquierda, sino más bien un acuerdo plural de la mayor parte de los partidos y tendencias políticas, incluidos los estrategas estadounidenses de la reconstrucción europea. Este cambio de mentalidad influyó también, naturalmente, en el resto del mundo, porque las potencias ya no estaban impidiendo esta clase de políticas, sino incluso las fomentaban.

De esta manera, los gobiernos europeos debatieron opciones de políticas sociales para hacer frente a sus problemas,<sup>5</sup> y dicho debate marcó la pauta de lo que se haría después también en otras regiones del mundo. Un documento referente de la época fue el *Informe Beveridge* (1942), comisionado por el gobierno británico a Sir William Beveridge, académico de la Universidad de Oxford, con miras a la reconstrucción des-

---

<sup>5</sup> Tony Judt, *Postguerra: Una historia de Europa desde 1945*, Santillana, México, 2011.

pués de la guerra. El reporte proponía un sistema de seguridad social amplio que cubriera a la población "de la cuna a la tumba" (*from cradle to grave*). Cada persona trabajadora pagaría una contribución semanal al Estado, que serviría para dar beneficios a las personas desempleadas, enfermas, jubiladas o viudas, con el objetivo de que nadie viviera por debajo de un estándar de vida mínimo.

Aunque la publicación no fue recibida con entusiasmo en el gobierno inglés, fue un éxito entre el público general y en poco tiempo se vendieron miles de copias; incluso se repartió en los frentes para mejorar la moral entre las tropas.<sup>6</sup> A pesar de que Beveridge, a diferencia de Bismarck, se inspiró más en ideas liberales<sup>7</sup> que socialistas, la popularidad del documento muy probablemente ayudó a la victoria electoral de los laboristas en 1945, quienes habían integrado las recomendaciones en su plataforma. Así, el gobierno del primer ministro Clement Attlee (1945-1951) creó un sistema de seguridad social "de la cuna a la tumba" y un sistema público universal de salud que fueron base y referentes de la discusión sobre el Estado de bienestar europeo en los años siguientes. También definió el enfoque de seguridad social que promovería la Organización Internacional del Trabajo (OIT) más tarde en el continente americano,<sup>8</sup> como se verá a continuación.

3. En tercer lugar, debe considerarse también la influencia deliberada y directa de la OIT. Ya desde

<sup>6</sup> Noe Whiteside, "The Beveridge Report and Its Implementation: A Revolutionary Project?", *Historie@Politique*, núm. 24, vol. 3, 2014, pp. 24-37.

<sup>7</sup> *Idem*.

<sup>8</sup> Aunque el Reporte sin duda detonó debates sobre el Estado y el bienestar en muchos países, su efecto real en el diseño es discutido. Véase John Hills, John Ditch and Howard Glennerster (eds.), *Beveridge and Social Security: An International Retrospective*, Clarendon Press, Oxford, 1994, cit. en Whiteside, *op. cit.*

la década de 1920, la Organización comenzaba a integrar los temas de aseguramiento social a sus trabajos de investigación, de difusión y asistencia a los países. La creciente importancia de este tema para la OIT se reflejó en la Declaración de Filadelfia de 1944, su carta actual, la cual reconoce la obligación de la Organización de fomentar, entre todas las naciones del mundo, programas que permitan "extender las medidas de seguridad social para garantizar ingresos básicos a quienes los necesiten y prestar asistencia médica completa".<sup>9</sup>

En 1952, la OIT adoptó su famoso Convenio 102. Esta norma estableció estándares flexibles, que pudieran aplicarse en distintos contextos, para nueve prestaciones que se volverían canónicas en la configuración actual de la seguridad social: atención médica, enfermedad, accidentes de trabajo, desempleo, vejez, invalidez, sobrevivientes, maternidad y prestaciones familiares. El convenio es un parteaguas, pues recoge por primera vez en un mismo documento políticas sobre varios componentes de la seguridad social que anteriormente se habían tratado por separado, lo que le da un sentido de integralidad del que careció hasta ese momento.<sup>10</sup>

<sup>9</sup> OIT, *Declaración relativa a los fines y objetivos de la Organización Internacional del Trabajo (Declaración de Filadelfia)*, 1944. Disponible en <https://www.ilo.org/legacy/spanish/inwork/cb-policy-guide/declaraciondefiladelfia1944.pdf>

<sup>10</sup> Gerry Rodgers et al., *The International Labour Organization and the Quest for Social Justice, 1919-2009*, OIT, Ginebra, 2009, p. 156. Los autores matizan que, en el "Sur Global", los alcances de estos estándares fueron limitados, en buena medida porque las ideas que promovía la OIT aún favorecían esquemas contributivos de seguridad social, pues se pensaba que el trabajo formal se extendería naturalmente conforme los países pobres se desarrollaran, y que eventualmente la mayoría de sus poblaciones terminaría, por tanto, cotizando en dichos sistemas y recibiendo sus beneficios. Aunque se consideraban tiempos de gracia para los países con menores niveles de desarrollo industrial, bajo el supuesto de una inminente "modernización" por industrialización y urbanización, ésta en realidad no se extendió en dichos paí-

De vuelta a América Latina, los sistemas que se crearon en esta etapa estuvieron influidos, en buena medida, por la asistencia técnica brindada por la OIT y su visión de un sistema de seguridad social basado en la propuesta de Beveridge. Por un lado, estaba la idea general de la seguridad social como derecho humano, y de un sistema de protección "de la cuna a la tumba"; por el otro, las exigencias de algunos grupos de trabajadores, o sus relaciones corporativas con el Estado, que llevaban a darles prestaciones privilegiadas y una protección de la que carecían otros sectores.

4. El último elemento que permite explicar el auge de esta etapa es la concepción de que existen derechos fundamentales universales, que culminaría con la Declaración Universal de los Derechos Humanos de 1948, y el reconocimiento de la seguridad social como uno de tales derechos:

*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.*<sup>11</sup>

A partir de este punto, el carácter selectivo, fragmentado y desigual de los sistemas de seguridad social se volvió ya no sólo un problema social, humanitario o actuarial, sino también de derecho internacional.

---

ses como la OIT había anticipado (pp. 158-159).

<sup>11</sup> Artículo 22 de la DUDH. Disponible en [https://www.un.org/es/documents/udhr/UDHR\\_booklet\\_SP\\_web.pdf](https://www.un.org/es/documents/udhr/UDHR_booklet_SP_web.pdf)

## **Las características de los nuevos sistemas**

Una vez expuestos estos cuatro aspectos, puede verse ya no sólo por qué en esta época hubo un auge de la seguridad social, en particular en el continente americano, sino también qué características tuvieron estos nuevos sistemas y qué problemas enfrentarían.

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

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

No obstante, algunos de estos países crearon subsistemas para grupos de presión poderosos, como sindicatos de trabajadores del Estado o de empresas públicas, a quienes se buscaba brindar ciertos beneficios sociales a cambio de lealtad política. Este sistema de corporativismo estratificado generó relaciones clientelares entre gobierno y trabajadores en varios países del continente, como México, Argentina o Brasil. El resto de la población —una amplia mayoría— sería incorporada en sistemas generales que, inspirados en las tendencias de la posguerra, buscarían incluir un amplio espectro de protección que sería igual para todas las personas inscritas. Sin embargo, estos arreglos institucionales han tenido efectos

duraderos que han permitido la continuidad de regímenes especiales para sectores privilegiados, a pesar de que esto produce grandes desigualdades en el acceso a las prestaciones de la seguridad social. Regularmente, los sectores beneficiados por estos regímenes son servidores públicos de alto nivel o integrantes de las fuerzas armadas, con el poder para oponerse de manera exitosa a cualquier reforma que implique una reducción de sus privilegios, a pesar de que esto pueda traer beneficios o mejoras integrales para el sistema en conjunto; por ejemplo, una distribución más equitativa de los recursos públicos.

Algunos de los países que fundaron su sistema en esta época buscaron la unificación mediante la creación de instituciones rectoras, aunque con distintos grados de éxito. En otras, como en Uruguay en los setenta, sólo se consiguió una relativa unificación durante el establecimiento de gobiernos autoritarios.

Muchos de los sistemas de esta época tuvieron una cobertura inicial de riesgos de corto plazo, como enfermedad, maternidad y riesgos profesionales. Pero, a diferencia de los países pioneros, las legislaciones que crearon estos sistemas ya planearon la expansión de su cobertura geográfica y de contingencias. Esta tendencia progresiva se vio reflejada también en el primer grupo de países, que buscaron ampliar sus coberturas durante estas décadas. Sin embargo, la expansión se tradujo en una creciente pluralidad institucional y en marcadas diferencias en las prestaciones.

Los sistemas creados en América Latina después de la Segunda Guerra Mundial fueron, por lo menos por un tiempo, financieramente más sostenibles que los sistemas de los países pioneros. En parte, esto se debió a su relativa unidad, que los hizo más eficientes, pero también a que las prestaciones, en muchos casos, no eran tan altas como las que se otorgaban a algunos grupos en

los países que fundaron sus sistemas a lo largo de las tres primeras décadas del siglo. Además, durante esta época, algunos países que alcanzaron mayores niveles de industrialización y desarrollo económico experimentaron un auge en la creación de empleo formal y un incremento en el número de cotizantes.

Por último, los países que crearon sus sistemas de manera tardía, como los del Caribe a partir de los años sesenta, lograron instituciones más unificadas, con menor o nula estratificación de grupos y prestaciones uniformes y de monto fijo. Eran más similares al sistema británico, inspirado en el Informe de Beveridge, tanto por el pasado colonial como por la mayor colaboración con la OIT para diseñar el sistema.

También en Canadá se desarrolló un sistema de seguridad social similar al del Estado de bienestar europeo. A sus sistemas de aseguramiento y asistencia social, en la década de 1940, se sumaron nuevos programas de carácter universalista, aunque con "distintos grados de generosidad y, como se vio tiempo después, diferentes niveles de resiliencia institucional".<sup>12</sup>

Por su parte, en Estados Unidos se siguió debatiendo en estos años entre la asistencia y el aseguramiento social. En general, se consideraba que un programa no contributivo —es decir, que no requiriera cotizaciones de sus beneficiarios— sería más vulnerable a los cambios políticos e institucionales y que, por el contrario, los programas contributivos serían protegidos por los mismos electores.<sup>13</sup> Esto explica en parte por qué, aunque hubo intentos de crear un sistema universal de pensiones a finales de la década de 1940, al final se mantuvo el es-

---

<sup>12</sup> Daniel Béland y Alex Waddan, "Why Are There no Universal Social Programs in the United States? A Historical Institutional Comparison with Canada", *World Affairs*, primavera de 2017, p. 72.

<sup>13</sup> Véase Skocpol, *op. cit.*, y Howard 2006, cit. en Béland y Waddan, *op. cit.*

quema contributivo. Si bien a nivel federal no se produjo ningún programa de seguridad social de corte universalista, hubo avances importantes en el financiamiento de algunos de los componentes de la seguridad social, como la salud.

A mediados de los años sesenta, en este país se instituyeron Medicare y Medicaid, una diada que es buen ejemplo de la división, que también se dio en otros países del continente, entre esquemas de seguridad social contributivos y no contributivos. Los primeros que, como Medicare, otorgan beneficios relativamente generosos a quienes pagan sus contribuciones, y los segundos que, como Medicaid, son más bien asistenciales y otorgan beneficios de menor calidad en promedio a personas de bajos ingresos.

## Conclusiones

En síntesis, los procesos económicos, sociales y políticos mundiales, regionales y nacionales propiciaron que, a finales de la década de 1970, prácticamente todos los países del continente contaran con un sistema de seguridad social, aunque con beneficios diferenciados y, por lo general, la exclusión de una parte importante de la población.

# Capítulo 2

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

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

**AL FINALIZAR** la década de 1970, era claro que habían terminado los años dorados del capitalismo, de un boyante crecimiento económico y altos niveles de empleo. Primero fue la caída del sistema de Bretton Woods en 1971 —el cual había dejado de beneficiar la economía estadounidense y, por el contrario, comenzaba a ahorcarla—; esto trajo inflación e inestabilidad en el sistema financiero internacional. Después vino la crisis de los precios del petróleo de 1973, provocada por los países árabes como parte de su estrategia durante la Guerra de Yom Kippur contra Israel. En tercer lugar, los inmensos recursos que empezaron a amasar estos países petroleros, debido al aumento espectacular del precio del crudo en la crisis antedicha, produjo un exceso de capitales en la economía mundial, que se invirtieron en buena parte del mundo; entre otras cosas, prestando dinero a los países latinoamericanos a tasas de interés especialmente bajas (los llamados “petrodólares”). Como la región pasaba por dificultades económicas en ese tiempo,

y el interés era tan bajo, los gobiernos de América Latina se endeudaron bastante.

Finalmente, a inicios de los ochenta, la Junta de la Reserva Federal de Estados Unidos incrementó repentinamente la tasa de interés para tratar de frenar los altos niveles de inflación que enfrentaba ese país, lo que dejó en bancarota —o casi— a las finanzas públicas de los endeudados países de la región. La crisis que esto generó, en 1982, marca en América Latina el fin de la ISI, de la economía mixta y de los ambiciosos planes de desarrollo nacional impulsados y dirigidos por el Estado. Y esto no sólo porque se hayan visto obligados a vender empresas paraestatales o recortar el gasto social, sino porque el FMI les impuso medidas de austeridad como condición para renegociar su deuda. Es así como comienza la tercera etapa del largo siglo de la seguridad social en el continente.

...

Siempre hubo críticas al Estado de bienestar y la economía mixta; siempre hubo, también, quienes pensaron que el enorme crecimiento de los Es-

tados del mundo era una amenaza para la democracia y la libertad individual. A los poderosos gobiernos desarrollistas y populistas del segundo tercio del siglo XX no les faltaron nunca, pues, adversarios —tanto de izquierda como de derecha—, pese al crecimiento económico y el bienestar social que, ciertamente, también trajeron a sus poblaciones.

La novedad fue que, desde mediados de los setenta, estos críticos dejaron de vivir en la marginalidad y que, en medio de la crisis del viejo orden, comenzaron a ser tomados cada vez más en serio. Especialmente, a fines de los setenta e inicios de los ochenta, el neoliberalismo adquirió una influencia descomunal en el Banco Mundial, el Fondo Monetario Internacional y los gobiernos de Inglaterra y Estados Unidos.

Ya a finales de los ochenta, la Guerra Fría estaba terminando, la URSS se hundía, los gobiernos socialistas comenzaban a abrir sus economías al mercado y los europeos del Este parecían cada vez más cansados de sus gobiernos autoritarios, por lo que se podría decir que había llegado el momento del liberalismo de occidente.

## **Los esfuerzos por desmantelar los sistemas de seguridad social**

Entre los afectados por la nueva situación y las nuevas ideas estuvieron, naturalmente, los sistemas de seguridad social de América Latina. Financieramente difíciles de sostener en medio de la crisis y ahora también considerados anticuados, rígidos, propios de un tiempo que había pasado ya.

### ***Descentralización de la política social***

En América Latina, la descentralización se dio principalmente en la política de salud. En este

ámbito, los cambios no surgieron directamente de los dictados de la agenda neoliberal. En Brasil, por ejemplo, fue parte de un proyecto de ampliación de la cobertura del sistema sanitario y contribuyó a incrementar la participación estatal en la provisión de bienestar, que hasta antes de la reforma se concentraba en las personas que tenían acceso mediante el aseguramiento social. Pero también hubo instancias en las que formó parte de un proyecto de reducción del Estado, sobre todo, para reducir la carga fiscal y utilizar esos recursos a pagar la deuda externa, como sucedió en Chile o en México. En general, estos cambios, incrementaron la inequidad en salud, particularmente entre las zonas con mayor y menor desarrollo, y la toma de decisiones inadecuadas —dado que las prioridades de las autoridades locales no siempre se alinean con las necesidades de su población—. Además, aumentó el gasto corriente —debido al crecimiento de los puestos de trabajo de los sistemas locales— y no siempre se acompañó de mejoras en la eficiencia —por los problemas de coordinación que surgen de un funcionamiento descentralizado—.

En Estados Unidos y Canadá, con una arraigada tradición federalista, la descentralización se dio principalmente en la política de asistencia social. En ambos países, se dio mayor libertad a las autoridades estatales y provinciales, respectivamente, para determinar las características, el financiamiento u operación de los programas, de tal manera que en algunos casos se redujeron los montos que destinaban a los programas de asistencia social, se establecieron criterios más estrictos para acceder a los beneficios o se limitó el periodo por el que las personas podían acceder a las prestaciones. Esto resultó en una disminución de los niveles de protección y a un aumento de la desigualdad.

## Privatizaciones

### Pensiones

Lo primero fueron los sistemas de pensiones. Así como la OIT en la etapa anterior, el principal promotor de las reformas fue ahora el Banco Mundial, que promovió las nuevas ideas en parte gracias a la capacidad técnica de sus funcionarios y su disposición a asesorar a los gobiernos y a darles ayuda financiera para el cambio.<sup>14</sup> A pesar de la oposición activa de la OIT, entre 1981 y 2014, 30 países en todo el mundo privatizaron parcial o totalmente sus sistemas de pensiones —14 de Latinoamérica,<sup>15</sup> 14 de Europa del Este<sup>16</sup> y dos de África—. <sup>17</sup> Las reformas en la región latinoamericana se dieron de 1993 a 2003, con excepción de Chile (1981) y de República Dominicana (2008). En Canadá y Estados Unidos, curiosamente, no se consideró viable implementar estos cambios.

El modelo que se proponía, a partir de la publicación *Averting the Old Age Crisis*, en 1994, era multipilar:

- 1) Un pilar básico, subsidiado y de montos mínimos, para personas en condición de pobreza o pobreza extrema.

<sup>14</sup> Raúl Madrid, *Retiring the State: The Politics of Pension Privatization in Latin America and Beyond*, Stanford University Press, Stanford, 2003; Sarah Brooks, *Social Protection and the Market: The Transformation of Social Security Institutions in Latin America*, Cambridge University Press, 2009.

<sup>15</sup> Chile (1981), Perú (1993), Argentina, Colombia (1994), Uruguay (1996), Bolivia, México, Venezuela (1997), El Salvador (1998), Nicaragua (2000), Costa Rica, Ecuador (2001), República Dominicana (2003) y Panamá (2008). Véase Isabel Ortiz *et al.*, *op. cit.*, p. 1.

<sup>16</sup> Hungría, Kazajistán (1998), Croacia, Polonia (1999), Letonia (2001), Bulgaria, Estonia, Rusia (2002), Lituania, Rumania (2004), Eslovaquia (2005), Macedonia (2006), República Checa (2013) y Armenia (2014). Véase Isabel Ortiz *et al.*, *La reversión de la privatización de las pensiones: Reconstruyendo los sistemas públicos de pensiones en los países de Europa Oriental y América Latina (2000-2018)*, OIT, Ginebra, 2019.

<sup>17</sup> Nigeria (2004) y Ghana (2010). Véase Isabel Ortiz *et al.*, *op. cit.*, p. 1.

- 2) Un pilar obligatorio, para personas que trabajaran en el sector formal, de cuentas individuales y administración privada.
- 3) Un pilar voluntario, igualmente privado, para complementar los ingresos que se obtuvieran en los otros dos pilares.<sup>18</sup>

Ahora cada persona podría elegir, entre diversas instituciones financieras privadas, en cuál hacer su ahorro para el retiro. Estas instituciones invertirían dicho dinero supuestamente con mayor eficiencia que los gobiernos (que no habían destacado, es verdad, por su habilidad para invertir), y con ello conseguirían aumentar en mayor medida el monto acumulado por cada persona. Por otra parte, la competencia comercial entre distintas instituciones financieras las empujaría a hacer un mejor trabajo y a cobrar comisiones relativamente pequeñas por dicho servicio. Ésa era la idea.

La práctica, desde luego, fue otra cosa: con variantes en cada país, muy pocas personas han conseguido acumular el ahorro suficiente como para jubilarse por medio de este modelo, y es un número aún menor el que ha logrado una jubilación tal que le permita quedar por encima de la línea de pobreza en la vejez. Además, por diversas razones que no viene a cuento detallar en este resumen, estos sistemas terminaron siendo tan caros para los gobiernos como los anteriores. Sobre todo, desde inicios del siglo XXI, como se detallará más adelante, cada vez más países en el mundo han estado revirtiendo esta reforma, al ver lo que resultó finalmente de ella.

### Salud

Es más difícil resumir aquí las reformas a los sistemas de salud, pues varían bastante de un país a otro. El caso extremo, como en las pensiones, fue el Chile de la dictadura.

<sup>18</sup> *Ibid.*, p. 33.

En primer lugar, se instituyó ahí un pilar privado paralelo al público, de manera que cada persona pudiera elegir en cuál asegurarse. Además, las cuotas patronales se suprimieron en ambos esquemas, por lo que el costo del aseguramiento recayó en las personas y el Estado. Dada la falta de regulaciones en el pilar privado, las Instituciones de Salud Previsional (Isapres), encargadas de recolectar las contribuciones y adquirir servicios de salud para las personas afiliadas, establecieron con libertad los paquetes de servicios médicos que ofrecerían, e incluso, pudieron reservarse el derecho de determinar los montos de los copagos y admitir o no a la gente en función de sus condiciones de salud o edad. Es decir, eran libres de rechazar clientes de alto riesgo, o cobrarles montos mayores. En la práctica, esto instituyó un sistema dual, con un pilar privado conformado en su mayoría por la población joven y de altos niveles de ingreso, mientras que, en el pilar público, operado por el Fondo Nacional de Salud (Fonasa), permanecieron las personas de menores ingresos y con mayores problemas de salud (ver Capítulo 6 del Informe). Esto produjo graves inequidades en el sistema, al grado de que a principios de los 2000 las Isapres concentraban el 60 % del financiamiento y sólo cubrían al 20 % de la población.<sup>19</sup>

En Colombia se estableció un sistema basado en un modelo formulado originalmente por Juan Luis Londoño y Julio Frenk Mora —tecnócratas con especialización en temas económicos y de salud pública—, al que denominaron *pluralismo estructurado*.<sup>20</sup> Esta reforma fue producto del

<sup>19</sup> Asa Cristina Laurell y Ligia Giovanella, "Health Policies and Systems in Latin America", *Oxford Research Encyclopedia of Global Public Health*, Oxford University Press, Oxford, 2018.

<sup>20</sup> Juan Luis Londoño y Julio Frenk, "Pluralismo estructurado: Hacia un modelo innovador para la reforma de los sistemas de salud en América Latina", *Documento de Trabajo Banco Interamericano de Desarrollo*, núm. 353, 1996.

establecimiento, en la Constitución de 1991, del mandato de crear un sistema de cobertura universal, pero con provisión privada —como resultado de un compromiso entre distintas fuerzas políticas en la Asamblea Constituyente—. <sup>21</sup> El sistema que resultó de este proyecto tuvo las siguientes características: "aseguramiento individual, competencia regulada entre proveedores de salud, decisión de los consumidores sobre aseguradoras de salud, subsidios estatales para los más pobres, y una garantía de beneficios contenida en un paquete de servicios determinado por el Estado".<sup>22</sup> Así, se sustituyó el modelo de aseguramiento social y el Estado creó un mercado de salud, en algunos casos, subsidiado.



Las privatizaciones, lejos de solucionar los problemas heredados de los sistemas de seguridad social de la etapa anterior, muchas veces los agudizaron. No creció sustancialmente la cobertura, tampoco se redujo la carga fiscal del Estado como se esperaba (sobre todo en el caso de las privatizaciones) y, lo más importante, aumentaron las diferencias en el disfrute del derecho humano a la seguridad social. Éstos y otros problemas hicieron necesario instrumentar reformas posteriores, que en algunos países supusieron la reversión total de las privatizaciones —en el caso de las pensiones— o cambios legales para ampliar el acceso, en el caso de los servicios de salud.

Antes de tratar los cambios de la década del 2000 a favor de sistemas más incluyentes, se analiza otro elemento que contribuyó a la fragmentación y a la inequidad en las políticas sociales del subperiodo 1980-2000: la adopción de programas focalizados de atención a la pobreza, el estable-

<sup>21</sup> Christina Ewig, "Reform and Electoral Competition: Convergence toward Equity in Latin American Health Sectors", *Comparative Political Studies*, 2015.

<sup>22</sup> *Ibid.*, p. 20.

cimiento de criterios más estrictos de ingreso y la provisión de prestaciones mínimas.

### **Programas focalizados y Fondos de Inversión Social**

Las graves consecuencias sociales del ciclo de crisis económicas, la apertura comercial, las privatizaciones y demás reformas estructurales, impusieron la necesidad de crear políticas de atención al creciente número de personas en condición de pobreza, que sufrían los efectos de las políticas de austeridad, la pérdida de puestos de trabajo y la inflación.

Aunado a esto, la democratización hizo necesario que los partidos y sus candidatos buscaran el apoyo popular mediante la promesa de atender la crisis social. Algo difícil dado el ambiente ideológico de la época, en el que se veía a los viejos sistemas de seguridad social como una de sus principales causas.

El resultado fue un compromiso: en línea con la agenda impulsada por el Banco Mundial bajo la etiqueta “fondos sociales”, varios gobiernos de la región instrumentaron programas para atender a la población en condición de pobreza mediante transferencias a organizaciones comunitarias para la construcción de infraestructura social, muchas veces financiadas con recursos internacionales o provenientes de la privatización de empresas públicas, en cuyo funcionamiento no participaron las instituciones de seguridad social. También se crearon algunos programas temporales de transferencias directas a las personas, siempre que pudieran demostrar que necesitaban el apoyo estatal para satisfacer sus necesidades básicas, como la alimentación.

Así, en países como México o Perú se crearon programas que en la región se identificaron como Fondos de Inversión Social (FIS). En el primer caso, el Programa Nacional de Solidaridad (Pronasol), y

en el segundo, el Fondo de Cooperación para el Desarrollo Social (Foncodes). Sin embargo, estos programas fueron altamente discrecionales y sujetos a prácticas clientelares y presiones políticas, por lo que la distribución de los recursos no se basó en diagnósticos técnicos, sino en objetivos políticos particulares.<sup>23</sup> Medidas de este tipo surgieron también en países como Chile, Argentina, Bolivia, Ecuador, El Salvador, Guatemala y Honduras.

Estos programas introdujeron un elemento nuevo en las políticas sociales, pues mientras su fundamento en la etapa anterior había sido un modelo de aseguramiento social para proteger a las personas con empleo y a sus familias, en estas nuevas políticas focalizadas el Estado sólo interviene cuando las personas no han podido obtener ingresos para satisfacer sus necesidades básicas mediante su participación en el mercado laboral.

### **El giro a la inclusión de los años 2000**

Desde mediados de los noventa, comenzó cierta recuperación económica en la mayoría de los países de América Latina y el Caribe; también volvió a aumentar en alguna medida el gasto social como porcentaje del gasto total de los gobiernos. Y eso permitió, naturalmente, pensar de nuevo en la adopción de medidas distintas, más generosas, de seguridad social.

Además, debe considerarse también la oleada de gobiernos de izquierda que cubrió buena parte del continente a partir de los años 2000, con el objetivo explícito, en varias ocasiones, de restablecer sistemas sólidos de seguridad social. Y debe hablarse también de la democratización

<sup>23</sup> Alberto Díaz Cayeros, Federico Estévez y Beatriz Magaloni, *The Political Logic of Poverty Relief: Electoral Strategies and Social Policy in Mexico*, Cambridge University Press, Cambridge, 2017.

misma, que puede llevar a gobiernos de diferentes tendencias a promover distintas medidas de protección social con el fin de ganar el favor popular. Sobre todo ahora que —como se verá a continuación— buena parte de los organismos internacionales han dejado de oponerse a estas medidas y, por el contrario, empezaron a promoverlas.

### **Siglo XXI: agendas hacia la universalización de la seguridad social**

Aunque hay varios ejemplos de este cambio de mentalidad, tal vez el más importante —y acaso sorprendente— sea el dado por el Banco Mundial y el Fondo Monetario Internacional, que pasaron de recomendar la reducción del Estado a promover el gasto social, las estrategias de combate a la pobreza y un debate internacional favorable a la universalización. Un signo de ello fue su participación en el monitoreo del avance de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM), antecedente directo de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) y de la Agenda 2030. El Banco Mundial incluso participó en el establecimiento de mecanismos de financiamiento para contribuir a alcanzar las metas planteadas para 2015.

Otro hito importante fue la *Observación general n° 19: El derecho a la seguridad social*, elaborada por el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (CEDESC) del Consejo Económico y Social (ECOSOC) de las Naciones Unidas. En ese documento hay una concepción amplia de la seguridad social, que comprende por igual los mecanismos contributivos y no contributivos (o de contribución indirecta), y reconoce la exclusión sufrida por varios sectores, como el migrante, el rural o el informal, además de las mujeres. Y tal vez lo más importante de todo es que esta observación establece *obligaciones jurídicas* para los Estados que han ratificado el Pacto Internacional

de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC), en particular, proteger este derecho y promover su garantía universal.

Por último, debe hablarse también de la propuesta de los Pisos de Protección Social (PPS); aparecida por primera vez en 2011, en un informe coordinado por la expresidenta chilena Michelle Bachelet. En él se resaltaron las aportaciones que podrían tener los PPS para dotar de garantías básicas de protección social a toda la población, con especial hincapié en los grupos en condición de vulnerabilidad.<sup>24</sup> Los elementos fundamentales de los PPS quedaron establecidos en la *Recomendación sobre los pisos de protección social, 2012 (núm. 202)*.



En América Latina y el Caribe también ha surgido un consenso en algunos organismos internacionales a favor de una universalización de las prestaciones sociales propias de la seguridad social. Al respecto, conviene mencionar la propuesta del *universalismo básico* (UB) que formularon investigadores independientes, pero vinculados al Instituto Interamericano para el Desarrollo Económico y Social (INDES), del Banco Interamericano de Desarrollo (BID), y que se presentó en una obra colectiva en 2006:<sup>25</sup> "El universalismo básico abarca un conjunto limitado de prestaciones esenciales cuya cobertura es de alcance universal. Por ende, abarca categorías de población definidas a partir de atributos que todas las personas poseen en distintas fases del ciclo de vida".<sup>26</sup>

<sup>24</sup> OIT, *Pisos de Protección Social para una globalización equitativa e inclusiva*, Informe del grupo consultivo presidido por Michelle Bachelet. Convocado por la OIT con la colaboración de la OMS, Ginebra, 2011.

<sup>25</sup> Carlos Gerardo Molina (ed.), *Universalismo básico: una nueva política social para América Latina*, BID/Planeta, 2006.

<sup>26</sup> Fernando Filgueira *et al.*, "Universalismo básico: una alternativa posible y necesaria para mejorar las condiciones", en Carlos Gerardo Molina (ed.), *Universalismo básico: una nueva política social para América Latina*, BID/Planeta, Washington D. C., 2006, p. 46.

Esta iniciativa parte de una crítica al modelo de seguridad social basado en el empleo y a la política social asistencialista de los ochenta. En este sentido, se plantea una limitación del gasto público en opciones contributivas y en esquemas de aseguramiento individual de administración privada y, de igual modo, que los programas focalizados desempeñen sólo una función marginal en la política social en conjunto.<sup>27</sup> Así pues, a diferencia de la OIT, que considera el establecimiento de los PPS como una base para la construcción de sistemas integrales de seguridad social —los cuales suponen el funcionamiento conjunto de instrumentos contributivos y no contributivos—, el UB postula la desaparición o la reducción sustancial de los mecanismos contributivos o su eventual transformación en prestaciones universales mínimas.<sup>28</sup> Es decir, se plantea una separación entre el acceso a los beneficios sociales y la situación laboral de las personas, fundamentada en dos ideas: por un lado, la garantía de mínimos básicos desde una perspectiva de ciudadanía social y, por otro, el supuesto de que las contribuciones basadas en el salario imponen distorsiones en el mercado laboral. Es decir, combina postulados de economía neoclásica con un lenguaje de garantía de derechos.

La Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) también ha formulado argumentos en favor de una universalización de la protección social, en particular, a partir de las publicaciones *Protección social de cara al futuro*<sup>29</sup> y *Protección social inclusiva en América Latina*.<sup>30</sup> De acuerdo con su perspectiva, la universalización de las prestacio-

nes de la protección social debe orientarse a garantizar a todas las personas el ejercicio de la *ciudadanía social*, entendida como el disfrute de los derechos económicos, sociales y culturales, tarea en la que el Estado tiene la función fundamental de garantizar niveles mínimos de protección.<sup>31</sup>

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

1. Contributivos
2. No contributivos
3. Regulaciones del mercado laboral<sup>32</sup>

Es decir, no se plantea el predominio de un elemento sobre el otro ni la eliminación de ningún instrumento, dado que no se encuentra contradicción entre la universalización y el uso de mecanismos focalizados, en tanto que “la selectividad o la focalización bien entendidas no contradicen el carácter universal de los derechos sociales, sino todo lo contrario: son un instrumento redistributivo que, considerando los recursos disponibles, apunta a la titularidad de un derecho social por parte de quienes se ven más privados de su ejercicio”.<sup>33</sup> De hecho, se considera que la provisión puede ser pública o privada, siempre y cuando el objetivo sea universalizar la garantía de los derechos propios de la ciudadanía social.

### **La seguridad social al final del largo siglo XX**

En este contexto, se pueden identificar tres cambios principales en los sistemas de seguridad social de las Américas, particularmente, de la región latinoamericana.

<sup>27</sup> Fernando Filgueira, *Hacia un modelo de protección social universal en América Latina*, CEPAL, Santiago de Chile, 2014, pp. 44-45.

<sup>28</sup> *Idem*.

<sup>29</sup> CEPAL, *Protección social de cara al futuro: Acceso, financiamiento y solidaridad*, Montevideo, 2006.

<sup>30</sup> Simone Cecchini y Rodrigo Martínez, *Protección social inclusiva en América Latina: Una mirada integral, un enfoque de derechos*, CEPAL/Ministerio Federal de Cooperación Económica y Desarrollo-GIZ, Santiago de Chile, 2011.

<sup>31</sup> *Ibid.*, p. 47.

<sup>32</sup> *Ibid.*, p. 19.

<sup>33</sup> CEPAL, *op. cit.*, p. 20.

### ***Algunas reversiones a las privatizaciones de los sistemas de pensiones***

Como se expuso antes, las privatizaciones de los sistemas de pensiones generaron problemas importantes, tanto de acceso y nivel de protección como de sostenibilidad financiera. Ante estas complicaciones y las necesidades crecientes de protección frente al riesgo social de empobrecimiento en la vejez, algunos gobiernos latinoamericanos revertieron total o parcialmente las reformas de los noventa. De hecho, este proceso no es exclusivo de la región: de los 18 países que revertieron la privatización sus sistemas de pensiones hasta 2017, 13 eran de Europa oriental y sólo los 5 restantes de América Latina: Venezuela (2000), Ecuador (2002), Nicaragua (2005), Argentina (2008) y Bolivia (2009).<sup>34</sup> Es interesante notar que casi todos los países de Europa oriental que privatizaron sus sistemas revertieron los cambios, frente a poco más de un tercio en Latinoamérica.

En Argentina, por ejemplo, se traspasaron los fondos acumulados en las cuentas individuales a un esquema de capitalización colectiva, mientras que en Bolivia se prohibió constitucionalmente la privatización de la seguridad social y se canceló la entrada de nuevos afiliados al régimen de capitalización individual. En el caso de Argentina parece que la reforma tuvo efectos importantes en la cobertura entre las personas de 65 años o más —mientras que en 2006 se beneficiaba al 61.9 %, en 2009 eran ya alrededor de 90 %,—. <sup>35</sup> En contraste, en Bolivia aumentó la cobertura, pero no en el régimen contributivo:<sup>36</sup> se creó más bien por medio de un sistema universal que no requiere contribuciones directas.

<sup>34</sup> Isabel Ortiz *et al.*, *op. cit.*

<sup>35</sup> Alberto Arenas de Mesa, *Los sistemas de pensiones en la encrucijada*, CEPAL, Santiago de Chile, 2019, p. 176.

<sup>36</sup> *Idem.*

En Uruguay, donde las reformas neoliberales fueron mucho más limitadas que en el resto de la región, se cambiaron los criterios de acceso y se establecieron mecanismos de compensación para las mujeres que deciden ejercer su maternidad y, por esta razón, salen temporalmente del mercado laboral (ver el capítulo 5 del Informe).

En otros países, sin embargo, los sistemas privados de capitalización individual se han mantenido pese a las abundantes evidencias en su contra. En México, por ejemplo, ha comenzado la discusión sobre el mejor modo de resolver estos problemas, pero la mayoría de las propuestas han sido más bien de reformas paramétricas, que no resuelven la bomba de tiempo que representa el sistema actual, tanto para las finanzas públicas como para el bienestar social. En cuanto a las propuestas de solución integral al problema —como la formulada por la propia CISS—<sup>37</sup> han resultado demasiado radicales a los ojos de los actores financieros, cuya influencia sigue siendo muy grande.

### ***Programas de pensiones no contributivas***

Para el año 2000, sólo en seis países latinoamericanos había regímenes nacionales de pensiones no contributivas para personas adultas mayores —Argentina, Bolivia, Brasil, Chile, Costa Rica y Uruguay—, y además, sólo cubrían en promedio al 3.8 % de la población adulta mayor.<sup>38</sup> A éstos se agregaron Colombia y Ecuador en 2003 —cuando la cobertura era del 5.7 %, para pasar al 6.5 % en 2004—. En México, por ejemplo, en 2007 se creó un programa no contributivo como respuesta a

<sup>37</sup> Jorge Tonatiuh Martínez Aviña, *Una propuesta para reformar el sistema de pensiones en México*, CISS, Ciudad de México, 2020.

<sup>38</sup> Promedio ponderado. Véase Alberto Arenas de Mesa, *op. cit.*, p. 193.

una creciente competencia electoral,<sup>39</sup> en la que el candidato de la izquierda prometió establecer un programa no contributivo y universal como el que había creado en su periodo como gobernante de la capital del país. Como respuesta, el presidente electo —en una contienda muy cerrada que llevó a una amplia movilización social— implementó un programa que no llegó ni al 30 % de la población de 65 años o más en sus primeros cinco años de funcionamiento.<sup>40</sup>

Entre 2008 y 2011, se establecieron seis esquemas de este tipo —en El Salvador, Guatemala, Panamá, Paraguay, Perú y Venezuela—, seguramente, en algunos casos, como una estrategia para afrontar los estragos de la crisis económica internacional de ese periodo. Así, para 2011, la cobertura ya era del 15,5 % de la población de 65 años o más, y para 2017, este tipo de programas ya otorgaba beneficios al 22,8 % de la población adulta mayor de los 15 países que ya contaban con programas de pensiones no contributivas.<sup>41</sup>

Además de la necesidad de protección ante choques económicos, uno de los motivos de la creación de estos programas era la baja cobertura de los sistemas contributivos. En 2000, éstos esquemas protegían únicamente al 48,1 % de las personas adultas mayores en 17 países de América Latina, aunque Colombia, Guatemala y Honduras la cobertura no llegaba ni al 10 %, y en Ecuador, El Salvador, México, Nicaragua, Paraguay, República Dominicana y Venezuela, era menor del 20 %.<sup>42</sup>

Las pensiones no contributivas surgieron y se expandieron en mayor medida en países con alta informalidad laboral, y, aunque son un avance sustancial, otorgan montos notablemente menores a los de los regímenes basados en cotizaciones. En-

tonces, aunque se redujo la falta de acceso a estas prestaciones por la exclusión del mercado laboral formal, se siguió reforzando un acceso desigual al derecho humano a la seguridad social.

### **Reformas sanitarias**

De acuerdo con la OPS,<sup>43</sup> las reformas realizadas en esta etapa en los sistemas de salud se pueden agrupar en dos categorías.

1. Por un lado, y en línea con la tendencia neoliberal, se adoptaron mecanismos de mercado con el propósito de favorecer la eficiencia, incrementar la cobertura (entendida como mera afiliación) y garantizar la protección financiera de las personas, en especial de las que carecían de acceso a la seguridad social por estar excluidas del mercado laboral formal. Así pues, se modificaron los mecanismos de aseguramiento o se crearon algunos nuevos para afiliar principalmente a personas de bajos ingresos.

Esta medida ha sido una manera eficaz de aumentar la cobertura, y, en algunos casos, de evitar que las familias incurran en gastos hospitalarios catastróficos, pero no siempre ha podido garantizar el acceso efectivo de las personas afiliadas; particularmente, en los casos en los que no se ha puesto suficiente atención a las barreras de acceso, como puede ser la falta de infraestructura, o en los que falta regulación de los participantes.

En segundo lugar, la cantidad y calidad de los servicios cubiertos por dichos seguros han sido por lo regular bastante inferiores a los ofrecidos por los sistemas de seguridad social

<sup>39</sup> Candelaria Garay, *Social Policy Expansion in Latin America*, Cambridge University Press, Nueva York, 2016.

<sup>40</sup> Alberto Arenas de Mesa, *op. cit.*, p. 193.

<sup>41</sup> *Idem.*

<sup>42</sup> *Ibid.*, p. 171.

<sup>43</sup> OPS, "Stewardship and Governance toward Universal Health", *Health in the Americas 2017*. Disponible en <https://www.paho.org/salud-en-las-americas-2017/?p=47>

formales, dado el establecimiento de paquetes mínimos de prestaciones. El resultado final, habitualmente, ha sido la formación de una gran mayoría "afiliados de segunda clase".

La idea no es equivocada en principio pues, como lo demuestra el caso uruguayo, mediante una sólida rectoría y supervisión estatal es posible conseguir por esta vía servicios médicos eficientes para la población.

2. En segundo lugar, se realizaron también reformas centradas en la organización directa de los servicios médicos, con especial énfasis en los modelos de atención y, en particular, en el primer nivel. Esto se hizo en países como Bolivia, Brasil, Canadá, El Salvador o Guatemala.

Un buen ejemplo de este tipo de reformas es la instrumentada en Paraguay desde 2008. De acuerdo con el nuevo modelo desarrollado en ese país, los servicios sanitarios no deben circunscribirse al ámbito exclusivo de los establecimientos médicos, sino que se debe adoptar un enfoque preventivo, por lo que se crearon

**Unidades de Salud de la Familia, en territorios sociales definidos, a cargo de equipos multidisciplinarios integrados por médicos generalistas o especialistas en medicina familiar, una enfermera, auxiliares de enfermería, y agentes comunitarios, así como equipos odontológicos trabajando de cerca con las comunidades.**<sup>44</sup>

Según un estudio de Ernesto Báscolo, Natalia Houghton y Amalia del Riego,<sup>45</sup> el primer tipo de

reformas incrementaron la afiliación,<sup>46</sup> pero con serias barreras al acceso efectivo, mientras que las reformas de los modelos de atención no consiguieron cambios sustanciales en la afiliación, pero sí en el acceso a los servicios.

### ***Prestaciones familiares y programas de transferencias condicionadas***

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

Se considera al Programa de Educación, Salud y Alimentación (Progresá) —creado por el gobierno mexicano en 1997— y a Bolsa Familia —implementado a nivel nacional por el Estado brasileño en 2003 y todavía vigente—, como pioneros de este tipo de estrategias en el mundo. En el año 2000 había sólo seis PTC y en 2005 ya eran una veintena. A partir de entonces, el incremento fue continuo has-

---

Riego, "Types of health systems reforms in Latin America and results in health access and coverage", *Rev Panam Salud Publica*, núm. 42, 2018, p. 1.

<sup>46</sup> Que varía del 98 % en Chile y Uruguay al 96 % en Colombia, el 80 % en México y el 73 % en Perú. Báscolo, Houghton y Del Riego, *op. cit.*

<sup>44</sup> Julia Noemi Mancuello Alum y María Stella Cabral de Bejarano, "Sistema de Salud de Paraguay", *Revista de Salud Pública del Paraguay*, núm. 1, vol. 1, 2011, p. 14.

<sup>45</sup> Ernesto Báscolo, Natalia Houghton y Amalia del

ta llegar a más de 30 programas en 2012. Según la OIT, en América Latina estos programas pasaron de cubrir al 3,1 % de los hogares en 2000 al 17,5 % en 2015, y en este último año, cubrían al 73,6 % de las personas en condición de pobreza y al 100 % de las que estaban en pobreza extrema.<sup>47</sup> De hecho, para 2012 sólo Cuba y Venezuela carecían de programas de este tipo.<sup>48</sup> Y en 2018, un nuevo gobierno, con una fuerte orientación universalista, puso fin al programa de transferencias condicionadas en México —que para ese entonces había cambiado de nombre al menos en dos ocasiones— y lo sustituyó con un programa de becas universales para niñas y niños que asisten a escuelas públicas.

## Conclusiones

Como se pudo observar, desde los años 2000 ha habido un crecimiento importante de la cobertura en diversas ramas de la seguridad social, mediante mecanismos de contribución indirecta. Lejos de desaparecer —como propone el universalismo básico—, las prestaciones contributivas permanecieron en el periodo y, en algunos casos, se reforzaron; por ejemplo, con la reversión de las privatizaciones de los sistemas de pensiones.

---

<sup>47</sup> OIT/Oficina Regional para América Latina y el Caribe, *Presente y futuro de la protección social en América Latina y el Caribe*, Lima, 2018, p. 137.

<sup>48</sup> Gibrán Cruz-Martínez (ed.), *Welfare and Social Protection in Contemporary Latin America*, Routledge, Londres y Nueva York, 2019.

De esta manera, surgió una estructura dual de los sistemas de seguridad social<sup>49</sup> que, mediante esquemas financiados con cotizaciones basadas en el salario, otorga beneficios, en algunos casos generosos, a las personas que se ocupan en el sector formal de la economía, mientras que para las personas de bajos ingresos y con trabajos informales se crearon prestaciones de menor calidad, financiadas con rentas generales. Aunque esto permitió ampliar la cobertura a grupos que habían permanecido excluidos y darles una protección mínima ante riesgos sociales que no dependa únicamente del empleo, se ha institucionalizado un acceso desigual a las prestaciones de la seguridad social.

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

A continuación, se completará esta revisión histórica con un análisis cuantitativo que permita ver la magnitud del cambio en los niveles de cobertura o la mejora, en su caso, de los resultados de los sistemas de seguridad social.

---

<sup>49</sup> Armando Barrientos, "Social Protection in Latin America: One Region, Two Systems", en Gibrán Cruz-Martínez (ed.), *Welfare and Social Protection in Contemporary Latin America*, Routledge, Londres y Nueva York, 2019.

# Capítulo 3

## Análisis comparado de los sistemas de seguridad social en América

**EN ESTE CAPÍTULO** se hace un análisis cuantitativo del desempeño de los sistemas de seguridad social en el continente. Debido a la falta de información disponible y pertinente para el caso, este análisis se concentra únicamente en 19 países (Argentina, Bolivia, Brasil, Canadá, Chile, Colombia, Costa Rica, República Dominicana, Ecuador, El Salvador, Estados Unidos, Guatemala, Honduras, México, Nicaragua, Panamá, Perú, Paraguay y Uruguay), 2 aspectos de la seguridad social (salud y pensiones) y 2 años (2009 y 2016). A partir de esa información limitada, sin embargo, fue posible hacer un balance razonablemente preciso y de gran utilidad.

No está demás recordar aquí, de cualquier forma, la importancia de producir información completa y comparable sobre la seguridad social en el continente. Ya en el 2018 la CEPAL había hecho un llamado a desarrollar y fortalecer los sistemas regionales y nacionales de estadística, a fin de permitir la medición del avance de cada país en el cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS),<sup>50</sup> dada la seria falta de informa-

ción adecuada, actualizada y con el nivel de desagregación necesario.

Por último, conviene aclarar que no todos los países incluidos en este análisis pertenecen a la CISS, tal es el caso de Estados Unidos, Colombia y Bolivia, que fueron añadidos porque contaban con la información necesaria y a fin de conseguir una imagen más completa de la situación del continente.

### Índices

Para este informe se elaboraron diversos índices a fin de extraer toda la riqueza posible de la limitada información disponible.<sup>51</sup>

En primer lugar, puede hablarse de los índices de presión (IP), cobertura (IC) y eficacia (IE). El IP calcula en qué medida los sistemas de seguridad social son presionados por factores demográficos y laborales para aumentar su cobertura y eficacia, calculadas por el IC y el IE. Y gracias a la

<sup>50</sup> CEPAL, *La Agenda 2030 y los Objetivos de Desarrollo Sostenible: Una Oportunidad para América Latina y el Caribe*, Santiago de Chile, 2018.

<sup>51</sup> La información con la que se construyeron los índices se puede encontrar en la base de datos disponible en <https://docs.google.com/spreadsheets/d/e/2PACX-1vS4-0neMc92fzi5j87MJftrtla2DfoCE38u9Do3clEvVlIQZKWF7pfAwazoP964X1OiwqHAbzJGXklr/pub?output=xlsx>

elaboración de estos tres índices se pudo comprobar que existe una correlación positiva entre las dimensiones de análisis. Es decir, que a un crecimiento de la presión tiende a aumentar la cobertura, y a un aumento de la cobertura tiende a mejorar también la eficacia. Esto no ha ocurrido así en todos los casos, y no siempre, desde luego, en las mismas proporciones. Por ejemplo, se observó que, en algunos países, pese a que tenían mayor presión, su cobertura no aumentaba, o bien, en otros casos la cobertura fue alta, pero la eficacia no.

De cualquier manera, en la mayoría de los países se mantuvo la relación positiva entre los tres índices, y por ello se elaboró uno cuarto que los engloba: el Índice de Desempeño de los Sistemas de Seguridad Social (IDSSS), una medida sintética que permite compararlos entre sí.

Debido, una vez más, a la información faltante, no fue posible tener una aproximación directa a la situación de grupos que han estado excluidos históricamente del disfrute del derecho humano a la seguridad social: las personas que tienen un trabajo informal, que viven en zonas rurales, desempeñan algún trabajo no remunerado. Con el fin de tratar este aspecto, se elaboró un Índice de Presión Específica (IPE) con indicadores sobre el empleo informal, la razón de dependencia demográfica, el tamaño de la población rural, el trabajo en empresas familiares y el crecimiento poblacional. Este índice busca dar cuenta de la presión que enfrentarían los sistemas de seguridad social *si proveyeran* cobertura universal. La importancia del IPE es que su correlación con la cobertura es *negativa*. No impulsa a los sistemas a expandirse y mejorar, pero sí es —por eso mismo— su mayor reto: es la presión que *tendrían* en caso de intentar la garantía universal de este derecho humano.

A partir del IPE, y en combinación con el IC y el IE, se elaboró el Índice de Desempeño Específico de los Sistemas de Seguridad Social (IDESSS), a fin de conseguir una medida más matizada de los resultados obtenidos por cada sistema.

## Presión

### *Evolución de la presión por seguridad social*

Entre 2000 y 2018, en los 19 países de estudio crecieron en mayor o menor medida todos los indicadores que conforman el IP, o dicho de otro modo, los factores que presionan por más y mejor seguridad social. La única excepción a esa regla fue la tasa de desempleo, que no tuvo ninguna tendencia clara y general.

Esto quiere decir que hubo en toda la región procesos más o menos acelerados de urbanización, envejecimiento de la población y crecimiento del empleo en el sector servicios; debido a eso, la presión a los sistemas, a grandes rasgos, se incrementó fuertemente en toda la región desde el inicio del siglo. Para una exposición detallada de la evolución de cada uno de estos indicadores, se remite a la lectura del Capítulo 3 del ISSBA. Aquí sólo se hablará del IP construido con ellos, la cual es una medida relativa que asigna el valor de 1 al país más presionado y al menos presionado el 0.

El IP se estratificó en cuatro grupos: presión alta, media, baja y muy baja, marcados en la Tabla 1 por colores. En el primer estrato, en general, hubo los mayores niveles de población urbana y de población de 65 años o más, además de una alta presencia de empleo en el sector servicios y de desempleo. Por esta razón, esos países son los que tienen mayor presión para que el sistema de seguridad proteja ante el riesgo de pérdida de ingreso monetario por empleo. En el estrato de presión

media, fueron menores los niveles de población urbana y adulta mayor, y de empleo en servicios, aunque no hubo diferencias importantes en la tasa de desempleo. En contraste, hay una diferencia notable entre la tasa de desempleo de los países de este estrato y los de presión baja, donde las tasas fueron inferiores. En este último grupo, hubo también menores niveles de población urbana y de 65 años o más, así como de empleo en servicios. Fi-

nalmente, el estrato de presión muy baja tuvo los valores más reducidos en estos tres indicadores, aunque no hubo diferencias importantes en el nivel de desempleo respecto del grupo inmediato anterior. En este último estrato es donde se puede identificar menor presión al sistema de seguridad social. En la Tabla 2, pueden verse los casos específicos de los países que cambiaron de estrato entre los dos años de estudio.

**Tabla 1. Índice de Presión, 2009 y 2016**

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

Fuente: Elaboración propia.

**Tabla 2. Transiciones en el Índice de Presión, 2009 y 2016**

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

Fuente: Elaboración propia.

### **Evolución de la presión específica**

El IPE, lo mismo que el resto de los indicadores que se presentan a continuación, se diseñó de igual modo que el IP: en el cual el IPE más alto es el punto de referencia 1, y el del más bajo, el 0. Como puede verse en la Tabla 3, este índice genera agrupaciones similares a las que se obtienen en el IP, sólo que en un sentido contrario: en este caso, países como Guatemala, Bolivia, Honduras y Nicaragua pertenecen al estrato de presión alta, mientras que Brasil, Uruguay y Estados Unidos conforman el de presión muy baja. Es decir, el IPE y el IP reflejan dinámicas opuestas y complementarias. Por ello, los países que pertenecen al estrato de presión alta en el IPE son los que enfrentan mayores retos para incluir en los beneficios de la seguridad social a grandes grupos poblacionales y, en este sentido, tienen una mayor necesidad de cobertura.

Por falta de información disponible y comparable, sólo se calculó el IPE para el año 2016, y no fue posible incluir a Canadá.

Nuevamente en oposición al IP, los indicadores que componen el IPE más bien descendieron

entre 2000 y 2018. El porcentaje de población rural cayó en todos los países, aunque en Argentina y Chile el descenso fue mínimo. En cuanto a la razón de dependencia demográfica, ésta disminuyó de manera constante en casi todos los países, principalmente por la reducción de la base de la pirámide poblacional, y porque en la región todavía no cuenta con una cantidad importante de personas adultas mayores. La excepción fueron países como Estados Unidos, Canadá y Brasil, que alcanzaron el punto más bajo en algún momento del periodo, y después mostraron una tendencia ascendente (incluso con niveles más altos que en 2000, en el caso de los dos países norteamericanos).

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

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

**Tabla 3. Índice de Presión Específica**

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

Fuente: Elaboración propia.

## La cobertura

El IC se construyó con los siguientes indicadores:

- Porcentaje de personas de 65 años o más que reciben una pensión (contributiva o no contributiva).
- Partos atendidos por personal capacitado.
- Gasto del gobierno en salud como porcentaje del PIB.
- Gasto público en protección social como porcentaje del PIB.

Su diseño fue igual al de los índices anteriores, y los resultados obtenidos se presentan, en el mismo formato, en las siguientes dos tablas. De acuerdo con su IC, los países se estratificaron en cuatro grupos: cobertura alta, media, baja y muy baja. El estrato alto da cuenta de una mayor cobertura en seguridad social, para que un país se ubique en este grupo, cubre casi todos los partos con personal capacitado, y en pensiones para personas de 65 años o más tienen los valores más altos; asimismo, el gasto en salud oscila entre el 4 % y el 8 %, y el gasto en protección social entre el 6 % y el 13 % del PIB. El estrato

medio se caracteriza por tener amplia cobertura en partos y menor cobertura en pensiones, además, en salud y protección social la mayoría gasta entre el 4 % y el 5.5 %, y el 4 % y el 8.5 %, respectivamente. En el estrato bajo, la cobertura en partos aún es importante —entre el 80 % y el 97 %—, pero en la cobertura de pensiones hay heterogeneidad, con países que cubren el 13 % y otros entre el 70 % y el 87 %; de igual manera, el gasto en salud se encuentra entre el 3 % y el 5 %, y en protección social entre el 1 % y el 3.5 %, ambos como porcentaje del PIB. El estrato muy bajo se caracterizó por tener los menores valores en los indicadores incluidos en el índice, aunque en partos tienen una cobertura considerable; en pensiones, la mayoría de los países cubre menos del 50 %, y también en salud y en protección social son los que menos gastan.

Hubo cambios importantes en la integración de los grupos, en particular, una reducción del estrato de cobertura alta. Esto parecería indicar que disminuyó su cobertura; en realidad, lo que ocurrió es que ésta se mantuvo estable, mientras que aumentó notablemente la de los países de los estratos medio y bajo (ver Capítulo 3 del Informe).

**Tabla 4. Índice de cobertura, 2009 y 2016**

Posición	2009		Estrato	Posición	2016		Estrato	
1	Estados Unidos	1	Alta	1	Estados Unidos	1	Alta	
2	Canadá	0.961		2	Canadá	0.937		
3	Brasil	0.887		3	Argentina	0.906		
4	Argentina	0.864		4	Brasil	0.891		Media
5	Uruguay	0.775		5	Uruguay	0.85		
6	Chile	0.715		6	Bolivia	0.721		
7	Colombia	0.65		7	Chile	0.707		
8	Costa Rica	0.606	8	Colombia	0.666			
9	Panamá	0.528	Media	9	Costa Rica	0.587	Baja	
10	Bolivia	0.495		10	México	0.554		
11	México	0.47		11	Panamá	0.543		
12	Paraguay	0.347	Baja	12	Ecuador	0.538	Muy baja	
13	El Salvador	0.329		13	El Salvador	0.464		
14	República Dominicana	0.315		14	Paraguay	0.458		
15	Ecuador	0.295		15	Nicaragua	0.428		
16	Perú	0.294	Muy baja	16	Perú	0.39		
17	Nicaragua	0.237		17	República Dominicana	0.33		
18	Honduras	0.198		18	Honduras	0.092		
19	Guatemala	0		19	Guatemala	0		

Fuente: Elaboración propia.

**Tabla 5. Transiciones en el Índice de Cobertura, 2009 y 2016**

País	Estrato		Transición
	2009	2016	
Brasil	Alta	Media	▼
Uruguay	Alta	Media	▼
Bolivia	Alta	Media	▼
Chile	Alta	Media	▼
Colombia	Alta	Media	▼
Panamá	Media	Baja	▼
Paraguay	Baja	Muy baja	▼
El Salvador	Baja	Muy baja	▼
República Dominicana	Baja	Muy baja	▼
Ecuador	Muy baja	Baja	▲

Fuente: Elaboración propia.

## La eficacia

El IE se construyó con los siguientes indicadores:

- Gasto de bolsillo como porcentaje del gasto total en salud.
- Tasa de mortalidad infantil.
- Población de 65 años o más en situación de pobreza.
- Tasa de participación laboral para personas de 65 años o más.

Los países se estratificaron en cuatro grupos de acuerdo con el IE: eficacia alta, media, baja y muy baja (ver Tabla 6). Asimismo, en la Tabla 7 se pueden apreciar los cambios entre estratos. En el estrato de eficacia alta se encontraban los países con menor tasa de mortalidad infantil, menor gasto de bolsillo, un escaso porcentaje de adultos mayores en situación de pobreza y activos laboralmente; en el segundo estaban países con resultados me-

dios en los indicadores, por ejemplo, la participación laboral de las personas adultas mayores se encontraba entre el 15 % y el 27 %, y el porcentaje de personas de 65 años o más en pobreza, entre el 9 % y el 35 %; en cuanto a la mortalidad infantil, el rango oscilaba entre 9 y 16 defunciones por cada 1000 nacidos vivos. El estrato bajo se compuso por países cuyos indicadores tenían valores superiores al del estrato previo; por ejemplo, el gasto de bolsillo oscilaba entre el 34 % y el 51 %; finalmente, en el estrato muy bajo se ubicaron los países con los valores más elevados en los indicadores que componen el IE.

En el periodo de estudio hubo una mejora general de los indicadores de eficacia: se redujo la mortalidad infantil, el gasto de bolsillo, la participación laboral de las personas de 65 años o más y la pobreza en este grupo de edad. En general esto supuso un crecimiento de los grupos de eficacia alta, media y baja, así como una reducción del estrato muy bajo.

**Tabla 6. Índice de Eficacia, 2009 y 2016**

Posición	2009		Estrato	Posición	2016		Estrato
1	Canadá	1.000	Alta	1	Canadá	1.000	Alta
2	Estados Unidos	0.944		2	Uruguay	0.953	
3	Uruguay	0.853		3	Estados Unidos	0.922	
4	Chile	0.850	Media	4	Costa Rica	0.870	Media
5	Costa Rica	0.830		5	Argentina	0.752	
6	Argentina	0.699		6	Brasil	0.745	
7	Brasil	0.592		7	Chile	0.730	
8	Panamá	0.590		8	Panamá	0.635	
9	Colombia	0.578	Baja	9	Colombia	0.566	Baja
10	México	0.556		10	El Salvador	0.487	
11	Perú	0.522		11	Perú	0.434	
12	El Salvador	0.513		12	México	0.383	
13	Ecuador	0.494	Muy baja	13	Nicaragua	0.339	Muy baja
14	Nicaragua	0.438		14	Ecuador	0.333	
15	Honduras	0.370		15	Paraguay	0.306	
16	Paraguay	0.359		16	República Dominicana	0.233	
17	República Dominicana	0.200		17	Honduras	0.131	
18	Guatemala	0.130		18	Bolivia	0.073	
19	Bolivia	0.000		19	Guatemala	0.000	

Fuente: Elaboración propia.

**Tabla 7. Transiciones en el Índice de Eficacia, 2009 y 2016**

País	Estrato		Transición
	2009	2016	
Costa Rica	Media	Alta	▲
Argentina	Media	Alta	▲
El Salvador	Baja	Media	▲
Nicaragua	Muy baja	Baja	▲
Ecuador	Muy baja	Baja	▲

Fuente: Elaboración propia.

## El desempeño en la seguridad social

A partir de los índices de presión, cobertura y eficacia descritos anteriormente, se formó el Índice de Desempeño de los Sistemas de Se-

guridad Social (IDSSS), con la intención de representar de manera agregada la situación de dichos sistemas en las Américas. Sus resultados en los 19 países de estudio pueden verse en las tablas 8 y 9.

**Tabla 8. Índice de Desempeño de los Sistemas de Seguridad Social, 2009 y 2016**

Posición		2009	Estrato	Posición		2016	Estrato
1	Canadá	1.000		1	Canadá	1.000	
2	Estados Unidos	0.992		2	Estados Unidos	0.964	
3	Uruguay	0.875	Alto	3	Uruguay	0.958	Alto
4	Argentina	0.834		4	Argentina	0.885	
5	Chile	0.814		5	Brasil	0.855	
6	Brasil	0.713		6	Chile	0.754	
7	Costa Rica	0.680		7	Costa Rica	0.740	
8	Colombia	0.631	Medio	8	Colombia	0.650	Medio
9	Panamá	0.517		9	Panamá	0.543	
10	México	0.495		10	México	0.477	
11	El Salvador	0.413		11	El Salvador	0.467	
12	Perú	0.381	Bajo	12	República Dominicana	0.418	Bajo
13	Ecuador	0.335		13	Perú	0.410	
14	República Dominicana	0.311		14	Ecuador	0.397	
15	Paraguay	0.299		15	Paraguay	0.369	
16	Nicaragua	0.271		16	Bolivia	0.364	Muy bajo
17	Bolivia	0.200	Muy bajo	17	Nicaragua	0.313	
18	Honduras	0.168		18	Honduras	0.138	
19	Guatemala	0.000		19	Guatemala	0.000	

Fuente: Elaboración propia.

**Tabla 9.** Transiciones en el Índice de Desempeño de los Sistemas de Seguridad Social, 2009 y 2016

País	Estrato		Transición
	2009	2016	
Chile	Alto	Medio	▼
Ecuador	Bajo	Muy bajo	▼

Fuente: Elaboración propia.

## Índice de Desempeño Específico

A partir de los índices de presión específica, cobertura y eficacia se formó el Índice de Desempeño Específico de los Sistemas de Seguridad Social (IDESSS), con la finalidad de contar con una medida que incorpore la influencia de factores como la informalidad laboral o la población

rural en su desenvolvimiento general. En el IPE no se incluyó a Canadá debido a la falta de información sobre informalidad laboral; esta limitación conllevó a que los índices de cobertura y eficacia se recalcularan para los 18 países restantes, con el objetivo de evitar distorsiones. Sus resultados pueden verse en la Tabla 10.

**Tabla 10. Índice de Desempeño Específico de los Sistemas de Seguridad Social, 2016**

Posición	Desempeño específico		Presión específica	Cobertura		Eficacia	
1	Estados Unidos	1.000	Guatemala	Estados Unidos		Uruguay	
2	Uruguay	0.975	Bolivia	Argentina		Estados Unidos	
3	Brasil	0.872	Honduras	Brasil	Alta	Costa Rica	Alta
4	Argentina	0.846	Nicaragua	Uruguay		Argentina	
5	Costa Rica	0.790	Ecuador	Bolivia		Brasil	
6	Chile	0.788	Paraguay	Chile		Chile	
7	Colombia	0.654	Perú	Colombia		Panamá	
8	Panamá	0.568	Panamá	Costa Rica	Media	Colombia	Media
9	México	0.542	El Salvador	México		El Salvador	
10	El Salvador	0.520	México	Panamá		Perú	
11	República Dominicana	0.414	República Dominicana	Ecuador	Baja	México	
12	Ecuador	0.409	Colombia	El Salvador		Nicaragua	Baja
13	Perú	0.408	Argentina	Paraguay		Ecuador	
14	Paraguay	0.383	Costa Rica	Nicaragua		Paraguay	
15	Nicaragua	0.368	Chile	Perú		República Dominicana	
16	Bolivia	0.322	Brasil	República Dominicana	Muy baja	Honduras	Muy baja
17	Honduras	0.133	Estados Unidos	Honduras		Bolivia	
18	Guatemala	0.000	Uruguay	Guatemala		Guatemala	

Fuente: Elaboración propia.

A continuación, en la Tabla 11 se sintetiza el conjunto de índices elaborados para brindar un panorama de la seguridad social en los países americanos en 2016. Todos se agruparon en cuatro estratos: alto, medio, bajo y muy bajo, y tienen un sentido positivo, en la medida que el valor se acerca a uno, los resultados son mejores, salvo

por el IPE, que tiene un sentido contrario. Asimismo, la inspección de la tabla permite visualizar algunos elementos importantes, como la relación entre la presión y los distintos indicadores del desempeño, que muestra la capacidad de respuesta de cada sistema ante las necesidades de protección ante riesgos sociales.

**Tabla 11. Resumen de resultados de los índices, 2016**

IP			IPE			IC					
	País	Puntaje	Estrato	País	Puntaje	Estrato	País	Puntaje	Estrato		
1	Uruguay	1		1	Guatemala	1	1	Estados Unidos	1		
2	Canadá	0.985		2	Bolivia	0.889	2	Canadá	0.937	Alta	
3	Argentina	0.920	Alta	3	Honduras	0.847	Alta	3	Argentina	0.906	
4	Estados Unidos	0.887		4	Nicaragua	0.727		4	Brasil	0.891	
5	Brasil	0.854		5	Ecuador	0.710		5	Uruguay	0.850	
6	Chile	0.765		6	Paraguay	0.664		6	Bolivia	0.721	Media
7	Costa Rica	0.714		7	Perú	0.655		7	Chile	0.707	
8	República Dominicana	0.667	Media	8	Panamá	0.551	Media	8	Colombia	0.666	
9	Colombia	0.662		9	El Salvador	0.461		9	Costa Rica	0.587	
10	México	0.445		10	México	0.374		10	México	0.554	
11	El Salvador	0.410		11	República Dominicana	0.356		11	Panamá	0.543	Baja
12	Panamá	0.404		12	Colombia	0.355		12	Ecuador	0.538	
13	Perú	0.374	Baja	13	Argentina	0.230	Baja	13	El Salvador	0.464	
14	Paraguay	0.303		14	Costa Rica	0.184		14	Paraguay	0.458	
15	Ecuador	0.272		15	Chile	0.165		15	Nicaragua	0.428	
16	Bolivia	0.232		16	Brasil	0.118		16	Perú	0.390	Muy baja
17	Honduras	0.183	Muy baja	17	Estados Unidos	0.062	Muy baja	17	República Dominicana	0.330	
18	Nicaragua	0.134		18	Uruguay	0		18	Honduras	0.092	
19	Guatemala	0		19	Guatemala	0		19	Guatemala	0	

Fuente: Elaboración propia.

**Tabla 11, cont.** Resumen de resultados de los índices, 2016

IE			IDSSS			IDESSS				
Pais	Puntaje	Estrato	Pais	puntaje	Estrato	Pais	puntaje	Estrato		
1	Canadá	1	1	Canadá	1	1	Estados Unidos	1		
2	Uruguay	0.953	2	Estados Unidos	0.964	2	Uruguay	0.975		
3	Estados Unidos	0.922	Alta	3	Uruguay	0.958	Alto	3	Brasil	0.872
4	Costa Rica	0.870	4	Argentina	0.885	4	Argentina	0.846		
5	Argentina	0.752	5	Brasil	0.855	5	Costa Rica	0.790		
6	Brasil	0.745	6	Chile	0.754	6	Chile	0.788		
7	Chile	0.730	7	Costa Rica	0.740	7	Colombia	0.654	Medio	
8	Panamá	0.635	Media	8	Colombia	0.650	Medio	8	Panamá	0.568
9	Colombia	0.566	9	Panamá	0.543	9	México	0.542		
10	El Salvador	0.487	10	México	0.477	10	El Salvador	0.520		
11	Perú	0.434	11	El Salvador	0.467	11	República Dominicana	0.414	Bajo	
12	México	0.383	Baja	12	República Dominicana	0.418	Bajo	12	Ecuador	0.409
13	Nicaragua	0.339	13	Perú	0.410	13	Perú	0.408		
14	Ecuador	0.333	14	Ecuador	0.397	14	Paraguay	0.383		
15	Paraguay	0.306	15	Paraguay	0.369	15	Nicaragua	0.368		
16	República Dominicana	0.233	16	Bolivia	0.364	16	Bolivia	0.322	Muy bajo	
17	Honduras	0.131	Muy baja	17	Nicaragua	0.313	Muy bajo	17	Honduras	0.133
18	Bolivia	0.073	18	Honduras	0.138	18	Guatemala	0		
19	Guatemala	0	19	Guatemala	0	19	Guatemala	0		

Fuente: Elaboración propia.

## Conclusiones

En el periodo de estudio crecieron la presión, la cobertura y la eficacia. En general, aumentaron los indicadores laborales, demográficos y sociales vinculados a una mayor presión para que los sistemas de seguridad social incrementen su cobertura. Esta tendencia se presentó sobre todo en los países que al principio del periodo tenían niveles medios, moderados y bajos, mientras que en los que tenían niveles altos, la tendencia general fue a la estabilidad o crecimiento moderado. Los cambios en la presión proporcionan un punto de referencia para comparar los cambios de la cobertura.

La información presentada en el capítulo sugiere una relación positiva, a grandes rasgos, entre presión, cobertura y eficacia. Eso indica que,

en general, los sistemas consiguieron los requerimientos de protección ante riesgos sociales: expandirse y mejorar conforme la presión aumentaba. Sin embargo, también se comprobaron casos en los que esto no sucedió, por lo que se hace necesario un análisis detallado de las relaciones que vinculan estas tres dimensiones, mismo que se desarrolla en los siguientes capítulos mediante una aproximación cualitativa.

Los índices permiten ver también que, a grandes rasgos, el IC y el IE tuvieron una relación negativa con la presión específica, lo que sugiere dificultad para proteger a toda la población. Esto podría ser un indicio del grado en que se sigue viendo a la seguridad social como prestación laboral o asistencia a la gente más necesitada, y no todavía como el derecho humano que es desde hace 72 años.



# Segunda parte

Casos de  
estudio

**COMO SE MENCIONÓ** en el capítulo anterior, la relación que va del aumento de la presión al de la cobertura, y de este último al de la eficacia, tiene sus matices y excepciones. Esto indica que las relaciones entre estas dimensiones se ven afectadas por factores y procesos contingentes, que se pueden estudiar mejor con una aproximación cualitativa.

Así pues, se eligieron cuatro países para un estudio más detallado de la evolución de la seguridad social. El criterio de selección fue:

1. Tener un país por cada uno de los cuatro estratos del Índice de Desempeño de los Sistemas de Seguridad Social (IDSS) de 2016.
2. Que estos países seleccionados brinden resultados diversos en la relación presión-cobertura-eficacia. Así, por ejemplo, Chile y Uruguay (los primeros dos países seleccionados) desarrollaron sus sistemas de seguridad social de manera temprana y tienen características sociodemográficas similares, relacionadas con la presión, sin embargo, sus niveles de cobertura y eficacia fueron di-

ferentes en los años de estudio. En tanto, República Dominicana y Nicaragua comparten también varias características: fundaron sus sistemas de manera tardía y, aunque no son tan similares entre sí en términos sociodemográficos como Uruguay y Chile, tienen un nivel relativamente bajo de población adulta mayor y urbana, y, de cualquier manera, también presentaron resultados divergentes de cobertura y eficacia.

Por último, decidió agregarse también un estudio sobre los países que integran la Comunidad del Caribe (Caricom); en parte, porque —dadas las limitaciones de la información estadística disponible— no fueron incluidos en el análisis cuantitativo, y en parte, también, por la importancia de sus esfuerzos de cooperación internacional para garantizar la portabilidad de algunas de sus prestaciones de seguridad social.

En la Tabla 12 se presentan los cambios porcentuales, entre 2009 y 2016, de todas las variables estudiadas; pueden verse resaltados los países seleccionados.

**Tabla 12.** Cambios porcentuales en las variables estudiadas, 2009 y 2016

País	Población urbana	Población de 65 años o más	Porcentaje de desempleo	Empleo en servicios	Partos atendidos	Cobertura de pensiones	Gasto del gobierno en salud	Gasto público en protección social	Participación laboral 65 años o más	Tasa de mortalidad infantil	Gasto de bolsillo	Población de 65 años o más en pobreza
Canadá	0.5	2.6	-1.3	1.2	-0.8	-2.3	0.0	0.6	3.2	-0.5	-0.1	-0.9
Estados Unidos	1.3	2.3	-4.4	0.1	-0.2	-2.1	0.7	-0.1	2.1	-0.6	-1.5	0.4
<b>Uruguay</b>	<b>0.9</b>	<b>0.7</b>	<b>0.1</b>	<b>4.4</b>	<b>0.3</b>	<b>1.7</b>	<b>1.3</b>	<b>0.9</b>	<b>-1.8</b>	<b>-2.4</b>	<b>-3.2</b>	<b>-1.3</b>
Argentina	0.9	0.7	-1.0	2.4	1.9	-0.1	-0.1	2.7	0.3	-3.6	-7.5	-3.1
Brasil	2.0	1.7	3.1	6.7	0.1	-0.9	0.2	1.9	-8.1	-2.9	-3.8	-2.1
<b>Chile</b>	<b>0.4</b>	<b>1.7</b>	<b>-4.6</b>	<b>2.7</b>	<b>-0.1</b>	<b>-2.1</b>	<b>0.8</b>	<b>-1.1</b>	<b>5.1</b>	<b>-1.0</b>	<b>-1.1</b>	<b>-10.0</b>
Costa Rica	7.2	1.9	0.9	0.6	-1.1	-0.5	-0.1	0.8	-2.0	-1.1	-5.1	-11.3
Colombia	2.5	1.5	-3.4	1.7	0.6	20.2	-0.3	0.5	3.1	-3.2	-1.7	-11.5
Panamá	2.2	1.1	-3.2	4.2	-1.7	17.4	0.0	0.0	7.9	-3.5	4.8	-6.2
México	2.1	0.8	-1.5	-0.8	-1.0	32.5	0.1	0.7	-0.7	-3.1	-6.1	-1.0
El Salvador	5.9	1.0	-2.9	2.7	14.6	4.3	0.8	0.5	-2.7	-4.6	-4.0	-8.1
<b>República Dominicana</b>	<b>6.9</b>	<b>0.9</b>	<b>1.8</b>	<b>2.3</b>	<b>2.9</b>	<b>-0.1</b>	<b>0.5</b>	<b>-0.4</b>	<b>3.7</b>	<b>-3.1</b>	<b>1.9</b>	<b>-14.9</b>
Perú	1.3	1.5	-0.4	2.1	9.9	23.0	0.7	-0.6	-1.6	-4.4	-12.3	-4.7
Ecuador	1.0	0.9	0.0	0.0	25.9	8.5	1.6	-0.2	3.4	-3.7	-11.5	-11.6
Paraguay	2.1	0.9	-0.2	7.0	-2.4	37.0	1.0	1.5	-4.8	-4.1	-0.7	-3.3
Bolivia	2.8	0.9	0.6	0.2	31.6	2.9	1.1	-1.0	-4.1	-10.6	-5.0	1.8
<b>Nicaragua</b>	<b>1.4</b>	<b>0.4</b>	<b>-1.3</b>	<b>0.2</b>	<b>15.3</b>	<b>14.3</b>	<b>1.7</b>	<b>0.0</b>	<b>-7.0</b>	<b>-2.1</b>	<b>-6.6</b>	<b>-15.5</b>
Honduras	4.6	0.5	3.4	5.4	4.9	2.1	-0.6	0.1	-5.6	-4.7	3.5	3.9
Guatemala	2.2	0.3	-0.4	5.2	20.8	11.7	-0.1	0.0	1.2	-6.3	-2.8	9.3

**Fuente:** Elaboración propia con información de la base de datos construida para el análisis del ISSBA.

**Nota:** Los valores corresponden a la variación en puntos porcentuales del valor del indicador en 2016 menos su valor en 2009.

# Capítulo 4

## La seguridad social en los países de la Comunidad del Caribe (Caricom)

### Historia y características generales de la seguridad social en los países de la Caricom

**LA CARICOM ES** un grupo de 20 Estados, en su mayoría isleños. Sus miembros de pleno derecho son Antigua y Barbuda, Bahamas, Barbados, Belice, Dominica, Granada, Guyana, Haití, Jamaica, Monserrat, San Cristóbal y Nieves, San Vicente y las Granadinas, Santa Lucía, Surinam, y Trinidad y Tobago. Sus miembros asociados (que no forman parte de su mercado común) son Anguila, Bermudas, Islas Caimán, Islas Vírgenes Británicas e Islas Turcas y Caicos. En conjunto, aproximadamente 60 millones de personas viven en estos países. La Caricom se formalizó en 1973 con la firma del Tratado de Chaguaramas y desde entonces ha promovido la integración económica y política entre los países que la conforman.

A grandes rasgos, los países de la Caricom tienen economías dependientes del turismo, la explotación de recursos naturales, la agricultura y la exportación de materias primas. De acuerdo con las últimas mediciones, todos se clasifican como países de ingreso alto o medio alto, con

excepción de Haití.<sup>52</sup> A pesar de esto, una cuarta parte de la población de la región vive en pobreza, y los índices de desigualdad son, en promedio, menores que en la región Latinoamérica (con un coeficiente de Gini promedio de 47.8).

Actualmente, las políticas sociales de los países que integran la Caricom están fuertemente relacionadas con factores históricos comunes a casi todos:

1. La influencia del sistema británico en la implementación de sus políticas sociales incluso antes de la independencia.
2. Paradigmas y teorías socioeconómicas de la época.
3. La influencia de organismos internacionales como la OIT.
4. La integración regional.

A continuación, se explica cada uno brevemente y en el orden en que se les ha enlistado.

<sup>52</sup> Banco Mundial, "World Bank Country and Lending Groups", 2020. Disponible en <https://datahelpdesk.worldbank.org/knowledgebase/articles/906519-world-bank-country-and-lending-groups>. No incluye a Monserrat por ser un Territorio Británico de Ultramar.



La mayoría de los países de esta comunidad formaron parte del imperio británico hasta entrada la segunda mitad del siglo XX,<sup>53</sup> y sus procesos de independencia no significaron una ruptura completa con las metrópolis. Todavía son parte de la Mancomunidad de Naciones (Commonwealth of Nations, antes British Commonwealth of Nations) y Monserrat es un territorio británico de ultramar. No es sorprendente, entonces, que sus políticas estén fuertemente influidas por las de Reino Unido. Desde la creación de sus sistemas tras la independencia, la seguridad social tuvo un enfoque universalista y unificado,<sup>54</sup> a semejanza del sistema de Reino Unido (*UK National Insurance*). El propósito era cubrir a la mayoría de las personas trabajadoras, independientemente de su ocupación, con los mismos beneficios,<sup>55</sup> aunque en la práctica esto no se ha conseguido del todo, como se verá más adelante.

Muchos países de la región crearon sus sistemas después de la independencia. El primer sistema que entró en vigor fue el de Jamaica en 1966, y los últimos se fundaron en 1987, en San Cristóbal y Nieves, y en San Vicente y las Granadinas.<sup>56</sup>

En la creación de los sistemas, Jenkins observó dos tendencias.<sup>57</sup> Por un lado, los Estados mayores optaron por esquemas de aseguramiento social. Jamaica implementó un sistema

<sup>53</sup> Casos distintos serían Haití y Surinam, con pasados diferentes como colonias francesa y holandesa, respectivamente.

<sup>54</sup> Véase Carmelo Mesa-Lago, *El desarrollo de la seguridad social en América Latina*, CEPAL, Santiago de Chile, 1985; OIT, *La seguridad social en las Américas. Progresos alcanzados y objetivos para el futuro, con especial referencia a América Latina*, Ginebra, 1967.

<sup>55</sup> Como en Reino Unido, en estos países es común que exista algún sistema especial para servidores públicos.

<sup>56</sup> Oliver Paddison, *Social Security in the English-Speaking Caribbean*, CEPAL, 2006, p. 11.

<sup>57</sup> Michael Jenkins, "Social Security Trends in the English-Speaking Caribbean", *International Labour Review*, núm. 5, vol. 120, septiembre-octubre de 1981, pp. 631-643.

obligatorio que cubría inicialmente beneficios por vejez, invalidez y muerte. Le siguieron Barbados (1966), Guyana (1969) y Trinidad y Tobago (1971), los cuales sumaron beneficios por enfermedad y maternidad. En cambio, en territorios menores, como Dominica, Monserrat, San Cristóbal y Nieves, y Santa Lucía, se optó en un inicio por fondos de providencia con miras a implementar esquemas de aseguramiento. En Santa Lucía, por ejemplo, el fondo se estableció en 1970, y era un esquema obligatorio de ahorros al que contribuían tanto la persona empleada como la empleadora.



Las políticas sociales en los países de la Caricom se crearon durante una época en la que predominaba un enfoque "desarrollista" y de políticas basadas en evidencias.<sup>58</sup> Esto es, partieron de la idea de que las ciencias sociales podrían servir a una "ingeniería"<sup>59</sup> del progreso social. A esto se sumó la creciente popularidad de las ideas keynesianas y la planificación estatal.<sup>60</sup> Y aunque estos enfoques ganaron fuerza en Europa, fue en las colonias británicas donde realmente se aplicaron como programas sociales a mediados del siglo pasado. De esta manera, se dejaron atrás perspectivas asistencialistas, las cuales meramente ayudaban a la supervivencia de la población pauperizada, y se pasó a con-

<sup>58</sup> Dennis Brown, *Social policy in the Caribbean, its History and Development: The Evolution of Social Policy and its Modern Influences in the Caribbean*, CEPAL, 2003.

<sup>59</sup> James Midgley y Kwongleung Tang, "Introduction: Social Policy, Economic Growth and Developmental Welfare", *International Journal of Social Welfare*, núm. 4, vol. 10, 2001.

<sup>60</sup> Richard Bernal, Mark Figueroa y Michael Witter, "Caribbean Economic Thought: The Critical Tradition", *Social and Economic Studies*, núm. 2, vol. 33, junio de 1984, pp. 5-96; John K. Galbraith, "How Keynes came to America", en Andrea D. Williams (ed.), *The essential Galbraith*, Houghton Mifflin, Boston, 2001.

siderar el bienestar social como un catalizador del desarrollo económico, mediante la institucionalización de los derechos sociales.<sup>61</sup> Es así que, como bien resume Brown, "la economía del desarrollo convirtió a las economías coloniales en un conjunto de políticas y estrategias que ponían ahora al grueso de la población, y sus demandas por una mejor calidad de vida, en el centro de los objetivos de la política en los Estados nacientes".<sup>62</sup>



Los nacientes sistemas de seguridad social también fueron influidos por el apoyo de expertos de la OIT. En esta época, dicho organismo había adoptado ya el objetivo explícito de promover en todos los países "medidas de seguridad social para garantizar ingresos básicos a quienes los necesiten y prestar asistencia médica completa".<sup>63</sup> De hecho, fue justamente el contexto de descolonización de la posguerra lo que marcó el tono de mucho del trabajo de la OIT en la segunda mitad del siglo XX. Como mencionan Rodgers *et al.*:

**El concepto amplio de seguridad social en los estándares de la OIT [reflejado, por ejemplo, en la norma mínima establecida en el Convenio 102], no era sólo el resultado de las posturas expresadas durante la guerra. Se debió también a los esfuerzos de la Organización para responder a los desarrollos internacionales de la época. El creciente número de países recién independizados después de la descolonización**

**trajo consigo la necesidad de adaptar los programas según los requerimientos de los nuevos Estados miembros, los cuales eran en su mayoría países pobres en desarrollo, y al mismo tiempo seguir prestando atención a los problemas sociales del mundo industrializado.**<sup>64</sup>

Por lo tanto, las necesidades de los países del Caribe recién independizados formaron parte central de la asistencia técnica brindada por la OIT en la región, lo cual podría explicar en parte que sus sistemas de seguridad social no incluyeran en un principio algunas de las prestaciones más onerosas, como la asistencia médica. Además, la adopción del Informe Beveridge como fundamento de la concepción de la seguridad social universal y "de la cuna a la tumba", se adaptó bien a unas excolonias británicas que en muchos casos mantuvieron estructuras institucionales de la metrópoli.

## La Caricom y la seguridad social

Los antecedentes de la integración regional son previos a la independencia de los Estados de la Caricom, aunque no fueron iniciativas de colaboración horizontal. Como apunta Ortiz Monasterio,<sup>65</sup> Reino Unido —como las demás potencias europeas— mantuvo contacto individualizado con sus colonias, con el fin de evitar la interconexión entre ellas. Cuando el control sobre el Caribe comenzaba a flaquear, Londres promovió un conjunto de iniciativas orientadas al bienestar

<sup>61</sup> James Midgley y Kwong-leung Tang, *op. cit.*, p. 244.

<sup>62</sup> Dennis Brown, *op. cit.*, pp. 10-11;

<sup>63</sup> Artículo 3 (f) de la *Declaración relativa a los fines y objetivos de la Organización Internacional del Trabajo (Declaración de Filadelfia)*, 1944.

<sup>64</sup> Gary Rodgers *et al.*, *The International Labour Organisation and the Quest for Social Justice, 1919-2009*, ILO, Ginebra, 2009.

<sup>65</sup> Luis Ortiz Monasterio, "El Caribe anglófono. La creación de una nacionalidad", *Revista Mexicana de Política Exterior*, núm. 38, 1993, p. 17.

de la población caribeña, incluidos intentos de integración regional. Un ejemplo fue la Federación de las Indias Occidentales, impulsada en 1958 por el gobierno británico con la intención de satisfacer los ánimos independentistas sin perder por completo el control.<sup>66</sup> Sin embargo, esta Federación tampoco reforzó los lazos entre los territorios, pues mantuvo comunicaciones verticales.

La Federación se disolvió en 1962 y muchas de las islas que la conformaban se independizaron de inmediato —como Jamaica y Trinidad y Tobago en 1962— o poco después —Barbados y Guyana en 1966—, y algunas se convirtieron en territorios británicos de ultramar (como la isla de Monserrat y los cinco miembros asociados de la actual Caricom: Anguila, Bermudas, Islas Vírgenes Británicas, Islas Caimán e Islas Turcas y Caicos). Aunque la Federación no tuvo éxito, ayudó a fortalecer un creciente sentimiento de identidad colectiva: “Este ánimo de singularidad, este orgullo *West Indian*, jugará un papel muy importante, con el paso del tiempo, en la creación de una nacionalidad anglocaribeña”.<sup>67</sup> Así es como, poco después de que se disolviera la federación, comenzó la organización de lo que sería la Asociación de Libre Comercio del Caribe (CARIFTA, por sus siglas en inglés). Se estableció también un secretariado regional de la comunidad de naciones caribeñas (Commonwealth Caribbean Regional Secretariat) en 1968, y el Banco de Desarrollo del Caribe en 1969. Además, durante esa misma década, hubo otros esfuerzos de integración regional más allá

<sup>66</sup> La Federación incluía a Antigua y Barbuda, Barbados, Dominica, Granada, Jamaica, Monserrat, San Cristóbal, Nieves y Anguilla, Santa Lucía, San Vicente y las Granadinas, y Trinidad y Tobago. Para un breve resumen de la organización política, véase Caribbean Community Secretariat, “The West Indies Federation”. Disponible en [https://web.archive.org/web/20130929234257/http://www.caricom.org/jsp/community/west\\_indies\\_federation.jsp?menu=community](https://web.archive.org/web/20130929234257/http://www.caricom.org/jsp/community/west_indies_federation.jsp?menu=community)

<sup>67</sup> Ortiz Monasterio, *op. cit.*, p. 18.

del ámbito económico, como la creación del Servicio Meteorológico Caribeño y un servicio de cargo regional, en colaboración con la Universidad de las Indias Occidentales (fundada en 1948).

Tras la formación de la CARIFTA, los países miembros buscaron una integración más profunda. En consecuencia, en 1973 se firmó el Tratado de Chaguaramas, que establece la creación de la Comunidad del Caribe y el Mercado Común. A la Comunidad se unieron en ese año 13 de los países que hoy en día tienen membresía completa, con excepción de Surinam y Haití, que se unieron en 1995 y 2002, respectivamente. A la par de la Comunidad, se creó el Mercado Común,<sup>68</sup> aunque con una entidad legal distinta, para permitir la opción de pertenecer a la primera sin incluirse en el segundo, como lo hizo Bahamas. Los objetivos de la Comunidad eran:

1. Una integración económica mediante un régimen de mercado común para:
  - a. Fortalecer, coordinar y regular las relaciones económicas y comerciales entre la membresía y así promover un desarrollo acelerado, armónico y balanceado, y
  - b. Aumentar su independencia económica y fortalecer sus capacidades de negociación con otros Estados.
2. Coordinar las políticas exteriores de los Estados miembros.
3. La cooperación funcional en temas como la operación de servicios comunes y el desarrollo tecnológico, cultural y social.<sup>69</sup>

<sup>68</sup> Que reemplazó a la CARIFTA, la cual perdió vigencia en 1974.

<sup>69</sup> Los objetivos completos pueden revisarse en el artículo 4 del *Treaty Establishing the Caribbean Community*, Chaguaramas, 4 de julio de 1973. Disponible en [http://www.sice.oas.org/Trade/CCME/Chaguaramastreaty\\_e.pdf](http://www.sice.oas.org/Trade/CCME/Chaguaramastreaty_e.pdf)

## Mercado común y acuerdo de portabilidad

Hacia finales de los ochenta, los países buscaron fortalecer la integración económica y pasar de un mercado común a un mercado único, con libre movimiento de capital, productos y personas para aumentar su competitividad internacional ante las crisis económicas y la creciente globalización. El mercado único se basa en el derecho de establecer negocios en cualquier país miembro y la libre circulación de capacidades, bienes, servicios y capital. Sus principales objetivos son maximizar la capacidad de trabajo, el uso pleno de los factores de la producción (los recursos naturales, el trabajo y el capital) y una producción competitiva.

En cuanto la seguridad social, una vez que aumentó la libertad de movimiento entre los países miembro para muchas personas trabajadoras, se hizo necesario un esquema de portabilidad de derechos de seguridad social. Es decir, que las cotizaciones realizadas en un país miembro puedan continuarse en otro y añadirse a un mismo fondo, o recibir en un país los beneficios pagados en otro.

El Acuerdo sobre Seguridad Social en la Caricom se adoptó en 1996 y entró en vigor en 1997. En el Acuerdo se reconoce "que la armonización de la legislación de la seguridad social de los Estados miembros de la Comunidad del Caribe es una de las maneras previstas para promover la cooperación funcional y la unidad regional".<sup>70</sup> Para tal efecto, el acuerdo establece mecanismos de portabilidad para proteger el derecho a beneficios de largo plazo en los países signatarios en los que las personas hayan trabajado. Las personas trabajadoras

de estos países —y sus dependientes— que estén registradas en otro país suscrito al Acuerdo pueden disfrutar del sistema de seguridad social vigente en aquel país. Las semanas cotizadas en un país se tomarán en cuenta en el otro al momento de pensionarse. Los beneficios incluidos en el acuerdo son pensiones por invalidez, incapacidad, vejez o retiro, sobrevivientes y prestaciones por muerte de la persona beneficiaria.<sup>71</sup> Con excepción de Haití y Surinam, los otros países de membresía completa de la Caricom han ratificado el acuerdo.

A pesar de que la portabilidad es un avance importante, inspirador y posiblemente replicable en otras regiones del continente, hasta el momento no ha sido usado por un número importante de personas. Guyana, por ejemplo, reportó en 2015 un total de siete pensionados por vejez conforme al acuerdo de portabilidad y 10 en 2016.<sup>72</sup> En Santa Lucía, desde el inicio del acuerdo y hasta 2017 se habían procesado 135 pensiones.<sup>73</sup> En Dominica, 44 personas cobraban pensiones bajo el acuerdo en 2015 —39 por vejez y 5 por sobrevivencia—. No obstante, el número de personas que se han incorporado a la seguridad social en ese país bajo el Acuerdo ha incrementado en los últimos años. De los 1276 nuevos registros a la seguridad social de 2015, 137 provenían de países de la Caricom.<sup>74</sup> Aunque los datos no son suficientes para generalizar conclusiones, son consistentes con resultados de es-

<sup>70</sup> Preámbulo del Acuerdo. *Caricom Reciprocal Agreement on Social Security*, 1996. Disponible en [https://www.nibtt.net/Downloads/caricom\\_rec\\_agreement.pdf](https://www.nibtt.net/Downloads/caricom_rec_agreement.pdf)

<sup>71</sup> Con respecto a la cobertura de servicios de salud, desde 2010 se han hecho estudios en la región sobre la posibilidad de establecer un mecanismo regional (*Regional Health Insurance Mechanism*), y continúan las discusiones sobre una mayor colaboración en la materia.

<sup>72</sup> Guyana National Insurance, *Annual Report 2016*, p. 21. Disponible en <https://www.nis.org.gy/sites/default/files/2016%20Annual%20Report.pdf>

<sup>73</sup> St. Lucia, *Chairman's Report*, July 2016-June 2017, p. 9. Disponible en <http://stlucianic.org/annual-reports/>

<sup>74</sup> Dominica Social Security Board, *Annual Report for the Year ended*, December 31, 2015, pp. 23 y 32. Disponible en <https://www.dss.dm/wp-content/uploads/DSS-AR2015-print-WEB.pdf>

tudios anteriores<sup>75</sup> y podrían señalar una falta de conocimiento sobre el sistema,<sup>76</sup> una disparidad de regímenes de seguridad social que complican la portabilidad,<sup>77</sup> o quizás una falta de inclusión de la población migrante en la economía formal.

## Regímenes de seguridad social en los países de la Caricom

Las bases de datos mundiales no suelen tener información actualizada y comparable sobre la cobertura de la seguridad social en esta región. Sin embargo, revisar los informes anuales de las instituciones ayuda a tener una idea de las tendencias de años recientes. La cobertura se ha ampliado de forma constante mediante mecanismos como la creación de esquemas para personas autoempleadas, aunque en varios países sigue siendo muy limitada. Como se observa en la Tabla 13, varía del 26 % (Guyana) al 61 % (Antigua y Barbuda).<sup>78</sup>

### Salud

La cobertura de los servicios de salud varía de un sistema a otro, y sólo algunas de las instituciones de seguridad social incluyen beneficios médicos generales. Sin embargo, muchos países de la región cuentan con algún grado de cobertura universal —por ejemplo, atención gratuita universal de primer nivel, o para grupos vulnerables—, por lo que los esquemas contributivos funcionan como complementos para subsanar servicios que los sis-

temas públicos abiertos aún no ofrecen o que cobran. En los países en los que las personas tienen acceso universal a un sistema de salud, se debe aclarar que no significa necesariamente una cobertura amplia de servicios gratuitos. De hecho, en algunos casos, la primera etapa de implementación de estos sistemas provee atención universal gratuita en el primer nivel, y se requieren copagos para atención hospitalaria o especializada. Es el caso de Guyana, donde los servicios de salud básicos son gratuitos, pero la atención especializada sin costo está disponible sólo si se comprueba la necesidad del subsidio (*means-tested*). Monserrat también tiene un sistema de salud accesible en el primer nivel, pero no para el segundo y el tercero. Considerando que ahí muchas personas tienen que pagar por los servicios, se exenta del pago a ciertos grupos, como estudiantes universitarios, servidores públicos y personas consideradas en situación de calle, así como a menores de 16 años y mayores de 60.<sup>79</sup>

Asimismo, algunos sistemas refieren a los pacientes a hospitales de otros países cuando no pueden brindarles ciertos servicios especializados. Dominica y Monserrat, por ejemplo, tienen servicios de primer y segundo nivel, pero atienden fuera de la isla la mayoría de los casos de tercer nivel.<sup>80</sup> San Vicente y las Granadinas también refieren buena parte de las necesidades de segundo y tercer nivel fuera de sus fronteras, y pueden cobrar algunas tasas mínimas por estos servicios.<sup>81</sup>

Casi todos los sistemas de salud están en proceso de aumentar su cobertura, con miras a un sistema de seguro nacional de salud universal para todas las personas residentes en sus territorios. Algunos de los pilotos de cobertura universal han comenzado por ciertas regiones —como en

<sup>75</sup> Por ejemplo, Alvaro Forteza, *The Portability of Pension Rights: General Principles and the Caribbean Case*, Social Protection and Labor Discussion Paper, Banco Mundial, mayo de 2008.

<sup>76</sup> La teoría de Forteza, *op. cit.*

<sup>77</sup> Como propone Guillermo Alfonso Maldonado Sierra, "La seguridad social en el derecho de integración subregional de América Latina y el Caribe", *Revista Latinoamericana de Derecho Social*, núm. 28, enero-junio de 2019, pp. 103-133.

<sup>78</sup> La selección de países se hizo a partir de la disponibilidad de información comparable.

<sup>79</sup> OPS y OMS, *Salud en las Américas. Edición del 2017. Resumen: panorama regional y perfiles de país*, OPS/OMS, Washington, 2017.

<sup>80</sup> *Idem.*

<sup>81</sup> *Idem.*

Belice—, por ciertos grupos vulnerables —como en Bahamas, Dominica o Jamaica— o brindando

cobertura universal sólo para el primer nivel de atención —como San Vicente y las Granadinas.

**Tabla 13. Cobertura de la seguridad social en países seleccionados de la Caricom**

Porcentaje de la población entre 15 y 64 años activa en la seguridad social	
Antigua y Barbuda	61 % (2019)
Bahamas	56 % (2016)
Belice	43 % (2018)
Dominica	52 % (2015)
Granada	38 % (2017)
Guyana	26 % (2016)
Santa Lucía	43 % (2017)
Trinidad y Tobago	48 % (2018)

**Fuente:** Elaboración propia a partir de reportes anuales de las instituciones.

**Nota:** Los reportes muestran total de registros activos. Para Antigua y Barbuda, véase Antigua and Barbuda Social Security Board, "Performance Highlights. January–June 2019". Disponible en [http://www.socialsecurity.gov.ag/\\_content/publications/statistics/abssb-performance-highlights-jan-to-jun-2019.pdf](http://www.socialsecurity.gov.ag/_content/publications/statistics/abssb-performance-highlights-jan-to-jun-2019.pdf). Para Bahamas, véase The National Insurance Board of the Commonwealth of the Bahamas, *2016 Annual Report*, NIB, New Providence, 2017. Disponible en <https://nib-bahamas.com/2016-annual-report>. Para Belice, véase Belize Social Security Board, *Annual Report 2018*. Disponible en <https://www.socialsecurity.org.bz/wp-content/uploads/2019/08/Annual-Report-2018-website-min.pdf>. Para Dominica, véase Dominica Social Security Board, *Annual Report for the Year ended December 31, 2015*. Disponible en <https://www.dss.dm/wp-content/uploads/DSS-AR2015-print-WEB.pdf>. Para Granada, véase Grenada National Insurance Board, *Annual Report 2016*. Disponible en [http://www.nisgrenada.org/download.php?file=/downloads/NIS\\_ANNUAL\\_REPORT\\_2016.pdf](http://www.nisgrenada.org/download.php?file=/downloads/NIS_ANNUAL_REPORT_2016.pdf). Para Guyana, Guyana National Insurance, *Annual Report 2016*. Disponible en <https://www.nis.org.gy/sites/default/files/2016%20Annual%20Report.pdf>. Para Santa Lucía, véase National Insurance Corporation, St. Lucia, *Chairman's Report. July 2016-June 2017*. Disponible en <http://stlucianic.org/annual-reports/>. Para Trinidad y Tobago, véase The National Insurance Board of Trinidad and Tobago, *Forging Transformation, Fostering Sustainability. Annual report 2017-2018*. Disponible en <https://www.nibtt.net/annualreport/flipbook/index.html?page=1>. Los porcentajes están basados en la población total del grupo etario según datos del Banco Mundial (World Development Indicators).



Mientras se siguen implementando estrategias para alcanzar la cobertura universal, en la mayoría de los países de la región el sector privado tiene un papel importante en la provisión de servicios. En Barbados, por ejemplo, 1 de cada 3 personas

empleadas tiene un seguro médico privado. En Granada, hasta hace poco había sólo seguros de salud privados, pero en 2009 se firmó un acuerdo con una compañía estadounidense para desarrollar un seguro nacional de salud.<sup>82</sup> En Haití, la

<sup>82</sup> OPS y OMS, *op. cit.*

seguridad social no contempla el aseguramiento médico, el cual es responsabilidad del empleador. Por ello, el sector privado, tanto empresarial como sin fines de lucro, es fundamental en la provisión de servicios de salud. También en Surinam la colaboración con el sector no gubernamental es fundamental para maximizar la cobertura. Además de la red de puestos de salud de atención primaria que subsidia el gobierno, la organización religiosa Medical Mission recibe fondos públicos para operar más de 50 clínicas en el país.<sup>83</sup> Trinidad y

<sup>83</sup> *Idem.*

Tobago, en un esfuerzo por mejorar la salud pública, se vale de asociaciones con organizaciones no gubernamentales y organismos internacionales, los cuales brindan apoyo tanto técnico como financiero al sector salud.<sup>84</sup>

Debido a la diversidad de estrategias de cobertura, se presentan algunos indicadores que ayuden a entender mejor la inversión y los resultados de manera comparable: en la Tabla 14 y la Gráfica 4 podrán verse la estructura del gasto en salud y la tasa de mortalidad infantil.

<sup>84</sup> *Idem.*

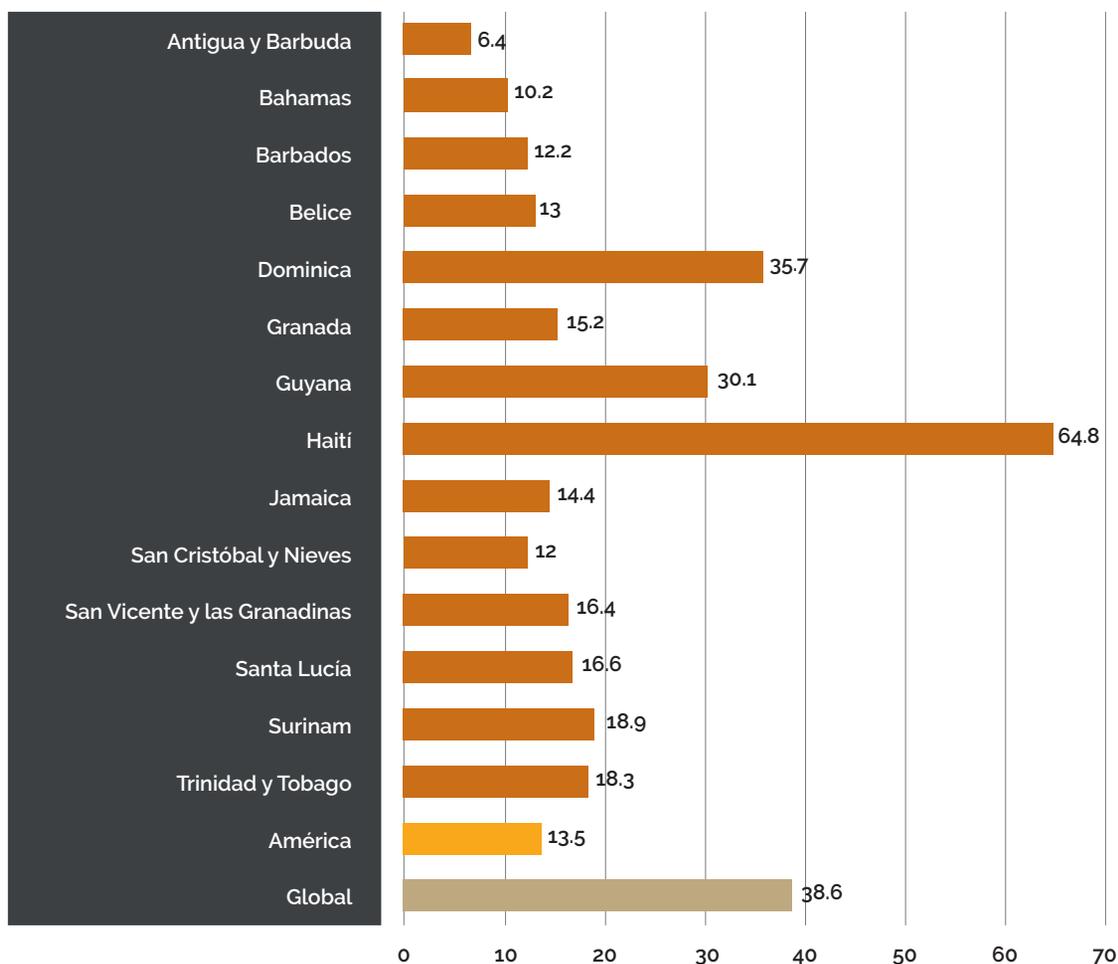
**Tabla 14.** Desglose del gasto en salud en los países de la Caricom\*

Gasto en salud, porcentaje por tipo de gasto, 2017				
País	Público	Bolsillo	Externa	Otro
Antigua y Barbuda	47	35	0	18
Bahamas	44	31	0	25
Barbados	44	46	2	8
Belice	68	24	2	6
Dominica	65	31	3	1
Granada	43	52	1	4
Guyana	60	32	5	3
Haití	12	40	43	5
Jamaica	65	17	2	16
San Cristóbal y Nieves	47	48	0	5
San Vicente y las Granadinas	64	31	2	3
Santa Lucía	49	45	0	6
Surinam	59	26	0	15
Trinidad y Tobago	53	40	0	7
América Latina y el Caribe	54	34	2	9

**Fuente:** Elaboración propia con datos de OMS, *Global Health Expenditure Database*.

**Nota:** No se encontraron datos para Monserrat.

**Gráfica 4.** Tasa de mortalidad infantil (0-5 años) en países de la Caricom, 2018



**Fuente:** Elaboración propia con datos de OMS, base de datos de la iniciativa *Every Woman Every Child (EWEC) Global Strategy*. Disponible en <https://apps.who.int/gho/data/node.gswcah>

## Pensiones

Desde su creación, los sistemas de pensiones en los países de la Caricom han sido de reparto y de beneficio definido. Es decir, son esquemas solidarios en los que las aportaciones obligatorias actuales contribuyen al pago de las prestaciones de las personas en retiro. En general, los sistemas se

diseñaron para mantener un nivel de vida similar al de los años laborales, pues están basados en los ingresos. Las tasas de reemplazo varían, de acuerdo con la OCDE,<sup>85</sup> entre el 32 %, en el caso de Haití, y el 80 %, en el caso de Jamaica.

<sup>85</sup> OECD/IDB/WB, *Pensions at a Glance: Latin America and the Caribbean*, 2014. Disponible en [https://read.oecd-ilibrary.org/finance-and-investment/oecd-pensions-at-a-glance\\_pension\\_glance-2014-en#page1](https://read.oecd-ilibrary.org/finance-and-investment/oecd-pensions-at-a-glance_pension_glance-2014-en#page1)

**Tabla 15. Cobertura de pensiones por vejez en países seleccionados de la Caricom**

Porcentaje de la población mayor de 60 años con pensión contributiva por vejez	
Antigua y Barbuda	80 % (2019)
Bahamas	87 % (2016)
Belice	41 % (2018)
Dominica	58 % (2015)
Granada	87 % (2017)
Guyana	69 % (2016)
Santa Lucía	33 % (2017)

**Fuente:** Elaboración propia a partir de reportes anuales de las instituciones.

**Nota:** Excepto por Antigua y Barbuda, los reportes revisados muestran el total de pensiones por vejez al año. El porcentaje en la tabla está calculado contra el total de la población mayor de 60 años, según datos del Banco Mundial (*World Development Indicators*). La selección de países se hizo a partir de la disponibilidad de información comparable. Véase Antigua and Barbuda Social Security Board, *op. cit.*; The National Insurance Board of the Commonwealth of the Bahamas, *op. cit.*; Belize Social Security Board, *op. cit.*; Dominica Social Security Board, *op. cit.*; Grenada National Insurance Board, *op. cit.*; Guyana National Insurance, *op. cit.*; National Insurance Corporation, St. Lucia, *op. cit.*

Su cobertura también varía bastante entre unos países y otros. Como puede verse en la Tabla 15, entre siete países seleccionados, va del 33 % al 80 %.

Algunos países cuentan también con programas de pensiones sociales —de contribución indirecta—. Con excepción de Surinam y Guyana, son programas de asistencia a personas en situación de pobreza. Su generosidad y cobertura varían notoriamente de un país a otro, aunque en general son bastante menores que las pensiones de los esquemas contributivos.



Por último, es importante aclarar que, a diferencia del resto del continente, en esta región no ha habido reformas estructurales de los sistemas de seguridad social en general ni de pensiones en particular. Esto puede deberse en parte a que los sistemas, relativamente nuevos, no han experimentado presiones de largo plazo. Además, han logrado acumular reservas importantes. Estos datos se confirman en los reportes financieros y actuariales más recientes de las instituciones, en los cuales la generalidad es encontrar que las reservas tienden a seguir creciendo.

## Conclusiones

La descripción y los resultados de los sistemas de seguridad social en la región caribeña deben examinarse también desde un enfoque de derechos. Un problema regional desde esta perspectiva es la falta del reconocimiento explícito de la seguridad social como un derecho en la mayoría de las normas constitucionales del Caribe. Morlachetti señala que la mayoría de los países de América Latina reconocen en su constitución la protección y promoción de los derechos económicos, sociales y culturales. En contraste, los países del Caribe que forman parte de la Mancomunidad de Naciones (como Antigua y Barbuda, Barbados, Dominica, Granada, San Cristóbal y Nieves y San Vicente y las Granadinas) sólo reconocen derechos civiles y políticos, con limitada o nula mención a los derechos sociales.<sup>86</sup> Es posible que esto tenga que ver con la tradición consuetudinaria de sus sistemas legales. Sin embargo, el reconocimiento de la seguridad social como un derecho humano hace necesario que se establez-

<sup>86</sup> Alejandro Morlachetti, *Current State of Social Protection Legislation in Barbados and the Organization of Eastern Caribbean States from a Human Rights Perspective*, FAO, Roma, 2015, p. 7.

can mecanismos para garantizarla en los más altos rangos legales.

En cuanto a convenios internacionales, pocos países miembros de la Caricom han ratificado alguno de los convenios de la OIT relativos a la seguridad social. El convenio 102 (norma mínima) de 1952 ha sido ratificado sólo por Barbados<sup>87</sup> y San Vicente y las Granadinas.<sup>88</sup> Esto a pesar de que la mayoría de los países cumplen con los requisitos necesarios para adherirse a él, como brindar al menos tres de las nueve prestaciones de seguridad social mencionadas en el Convenio.

Sin duda, la portabilidad de las prestaciones ha sido un paso importante en la aplicación tanto

---

**87** Barbados ratificó el convenio en 1972. Aceptó las partes III (Prestaciones Monetarias de Enfermedad), V (Prestaciones de Vejez), VI (Prestaciones en Caso de Accidente del Trabajo y de Enfermedad Profesional), IX (Prestaciones de Invalidez) y X (Prestaciones de Sobrevivientes).

**88** Ratificó el convenio en 2015. Aceptó las partes II (Asistencia médica), III (Prestaciones Monetarias de Enfermedad), V (Prestaciones de Vejez), VI (Prestaciones en Caso de Accidente del Trabajo y de Enfermedad Profesional), VIII (Prestaciones de Maternidad), IX (Prestaciones de Invalidez) y X (Prestaciones de Sobrevivientes).

del derecho a la seguridad social como de los derechos de las personas migrantes. Sin embargo, la recepción de beneficios sigue dependiendo de la condición laboral.

También dentro de cada país aún existen importantes brechas. Si bien en su origen los sistemas de seguridad social se crearon con la intención de incluir a todas las personas, esto está lejos de alcanzarse. En buena medida, es resultado de una expectativa de formalidad laboral casi universal que no se cumplió ni en los países de la Caricom ni en la región de América Latina y el Caribe en general, lo que ocasiona una constante tensión entre la seguridad social como prestación laboral y como derecho humano. Esto ha llevado también, como en otras partes, a sistemas duales con beneficios diferenciados de acuerdo con la condición laboral.

Finalmente, sus avances han sido, con todo, bastante impresionantes, sobre todo si se considera lo recientes que son sus sistemas de seguridad social.

# Capítulo 5

## Las transformaciones del sistema de seguridad social uruguayo

**URUGUAY FUE** uno de los países pioneros de la seguridad social en el continente, pues inició su sistema en las primeras dos décadas del siglo XX. Tiempo después, en la era de la industrialización por sustitución de importaciones, la elevada tasa de formalidad de este país le permitió acercarse incluso a la cobertura universal mediante esquemas contributivos. Sin embargo, lo que más distingue a la seguridad social uruguayo es que, en los años ochenta y noventa, logró resistirse en buena medida a las reformas neoliberales de la época, por lo que a inicios del siglo XXI fue más fácil la expansión del sistema.

Hoy, pese a que no ha alcanzado ni la universalidad ni la igualdad de los beneficios brindados a su población, Uruguay tiene uno de los sistemas más sólidos del continente. De acuerdo con los índices desarrollados en el tercer capítulo, se encuentra entre los países de mejor desempeño, junto con Estados Unidos y Canadá.

En este capítulo se hace una breve revisión de los orígenes y el desarrollo de su sistema de seguridad social, y de los procesos económicos, políticos y sociales que dieron lugar a los cambios registrados en los índices e indicadores.

### **Evolución del sistema de seguridad social: orígenes y auge**

Los primeros regímenes de pensiones de Uruguay se formaron a inicios del siglo XX, aunque con serias deficiencias técnicas y esquemas diferenciados para distintos tipos de trabajadores. En este primer momento, el origen del sistema de seguridad social se vinculó particularmente con la instrumentación de un proyecto de modernización económica y social impulsado por José Batlle y Ordóñez, al frente del Partido Colorado, y como parte de su lucha contra del Partido Nacional. A diferencia de lo ocurrido con la mayor parte de los sistemas del mundo en esta época, el sistema de seguridad social uruguayo no se formó con el fin de responder a las demandas de una creciente clase obrera, sino de sentar las bases para el origen de los sectores medios y de trabajadores que sostuvieran la industrialización de la economía.

Los adelantos más importantes del periodo fueron:

1. La creación en 1904 de la Caja de Jubilaciones y Pensiones Civiles para proveer protección a los funcionarios.
2. El establecimiento del Instituto de Pensiones a la Vejez, con base en la Ley N° 6.874 de 1919, para otorgar pensiones no contributivas a personas mayores o con discapacidad que vivieran en condiciones de pobreza.
3. La fundación, en el mismo año, de la Caja de Jubilaciones y Pensiones de Empleados y Obreros de los Servicios Públicos.



La segunda etapa inició en los años cuarenta y terminó a inicios de los ochenta. Por ello, en este tiempo la seguridad social continuó orientada al trabajo formal, dado que buscaba atender, precisamente, a los sectores más importantes para la ISI. En Uruguay, sin embargo, esto fue especialmente funcional, en comparación con otros países latinoamericanos, debido a su alta tasa de formalidad, lo que permitió al sistema acercarse incluso a la universalidad por esta vía.

En 1942 empezó un periodo histórico denominado el "Uruguay feliz",<sup>89</sup> que concluyó en la segunda mitad de los años cincuenta y se caracterizó por el alto crecimiento económico y la competencia electoral. En él se dio un fuerte impulso al desarrollo industrial —entre 1948 y 1955, el empleo en el sector industrial creció un 45 %<sup>90</sup>—, al mismo tiempo que se ampliaban los derechos y beneficios sociales para los sectores trabajadores.

<sup>89</sup> Fernando Filgueira, "A Century of Social Welfare in Uruguay: Growth to the Limit of the Batllista Social State", *Democracy and Social Policy Series, Working Paper*, núm. 5, 1995, pp. 17-18.

<sup>90</sup> Arturo C. Porzecanski, "The Case of Uruguay", en Carmelo Mesa-Lago, *Social Security in Latin America: Pressure Groups, Stratification, and Inequality*, Chicago University Press, Chicago, 1978.

Sin duda, los avances más importantes del sistema se dieron en este periodo, impulsados tanto por el crecimiento económico como por la democracia electoral.

Se otorgó atención médica materno-infantil a las personas ocupadas en la industria y el comercio.<sup>91</sup> En 1954, se amplió considerablemente la cobertura del sistema: se dio acceso a las asignaciones familiares a quienes se ocupaban en el sector rural, se estableció la caja previsional para profesionales universitarios con el fin de proteger a las personas egresadas de la Universidad de la República y se promulgó la Ley N° 12.133, que estableció el derecho a que todas las personas que desempeñaran actividades lícitas se incorporaran a un esquema contributivo de aseguramiento por vejez, invalidez y sobrevivientes,<sup>92</sup> por lo que se suele reconocer a dicha legislación como el punto que marca la universalización —al menos en términos legales— del sistema de pensiones.

El principal problema del periodo fue el clientelismo. Ante la necesidad de conseguir apoyo ciudadano, tanto congresistas como funcionarios desarrollaron bases políticas mediante el establecimiento de intercambios particularistas con el electorado, que podían suponer el acceso a pensiones contributivas por vejez, incluso aunque no se cumplieran los requisitos mínimos o a servicios de salud subsidiados, que deberían estar disponibles sólo para las personas de bajos ingresos.<sup>93</sup>

Otro problema importante fue la estratificación de las prestaciones, debido a que los grupos de trabajadores mejor organizados podían presio-

<sup>91</sup> Ida Oreggioni, "El camino hacia la cobertura universal en Uruguay: cambios en el financiamiento del sistema de salud uruguayo", en Miguel Fernández Galeano, Eduardo Levcovitz y Daniel Olesker (eds.), *Economía, política y economía política para el acceso y la cobertura universal de salud en Uruguay*, OPS, Montevideo, 2015

<sup>92</sup> Mariana Sienra, "La evolución del sistema de seguridad social en el Uruguay (1829-1986)", *Serie Documentos de Trabajo Instituto de Economía*, núm. 7, 2007.

<sup>93</sup> Fernando Filgueira, *op. cit.*, p. 21.

nar por mejores beneficios, mientras que el resto recibía menos. Es lo que Fernando Filgueira denominó *universalismo estratificado*.<sup>94</sup>

Dado el crecimiento de la cobertura, la estratificación de los beneficios, la fragmentación institucional y las prácticas clientelares, continuaron los problemas financieros del sistema, aunque éstos sólo se hicieron evidentes cuando terminó el periodo de alto crecimiento económico, a mediados de la década de 1950, cuando el sistema de pensiones ya contaba con sus elementos actuales:

1. Esquemas para personas ocupadas en el sector privado, en el público, en actividades rurales y el trabajo en el hogar, pagadas con contribuciones obrero-patronales.
2. Esquemas especiales para las fuerzas armadas, financiadas mediante rentas generales.
3. Instituciones paraestatales para grupos especiales de trabajadores —bancarios, notariales y profesionales.
4. Un programa no contributivo para personas de bajos ingresos.

Así, al finalizar la primera mitad del siglo XX, la ISI estaba cerca de sus límites, después de aproximadamente 15 años de alto desarrollo económico, de tal manera que, en 1958, Uruguay enfrentó estancamiento económico, inflación y movilizaciones obreras y estudiantiles.

Entre otras acciones, la respuesta gubernamental a estos problemas incluyó la creación de nuevas prestaciones, como el seguro por desempleo y por enfermedad,<sup>95</sup> así como la ampliación de la cobertura de las asignaciones familia-

---

<sup>94</sup> Fernando Filgueira, *op. cit.*; Fernando Filgueira, "El nuevo modelo de las prestaciones sociales en América Latina: eficiencia, residualismo y ciudadanía estratificada", en Bryan Roberts, *Centroamérica en reestructuración: ciudadanía y política social*, FLACSO, San José de Costa Rica, 1998.

<sup>95</sup> Mariana Sienna, *op. cit.*

res a las personas que estaban desocupadas y cuyo empleo hubiera estado en la industria o el comercio.<sup>96</sup>

A pesar del descenso en las tasas de crecimiento económico, en los años sesenta poco a poco se dio acceso a las prestaciones familiares a pensionados de la Caja de Industria y Comercio (1960), a funcionarios (1960), trabajadores rurales (1966) y trabajadoras del hogar (1967). Ya para 1970 se hizo obligatorio el aseguramiento en salud de los empleados tanto del sector público como del privado.<sup>97</sup>

Una vez establecida la dictadura (1973-1985), el cambio más importante consistió en la centralización de las prestaciones en la Dirección General de Seguridad Social (DGSS), con lo que se redujo sustancialmente la fragmentación del sistema. Además, en este periodo se deterioraron las prestaciones, debido a que no estaban indexadas a los niveles de inflación. Sin embargo, en comparación con otros países, no hubo cambios sustanciales al sistema.

## La etapa de las transformaciones

### Los intentos neoliberales

En la tercera etapa de esta historia, la seguridad social uruguaya se separa de la del resto de América Latina. Dado que para finales de los setenta la mayoría de la población era ya beneficiaria y consciente de la importancia del sistema, ejerció una presión tal que impidió que las reformas de los años ochenta y noventa llegaran demasiado lejos, e hizo más fácil también, desde inicios de los 2000, la ampliación del sistema.

---

<sup>96</sup> Nicolás Bonino-Gayoso y Ulises García Repetto, *Seguro de paro y protección a los desempleados en Uruguay (1958-2014): legislación y desempeño*, Serie Documentos de Trabajo Instituto de Economía, núm. 16, 2015.

<sup>97</sup> Fernando Filgueira, "A Century of Social...", *op. cit.*, p. 25.

## Pensiones

Al inicio del periodo, las prestaciones por vejez tenían problemas financieros que presionaban el gasto estatal, debido a la reducción de las contribuciones patronales y al proceso de envejecimiento poblacional.<sup>98</sup> Así, por ejemplo, el costo total de proveer pensiones por vejez era del 11 % del PIB, y continuó creciendo de manera constante en los años siguientes.<sup>99</sup>

Una estrategia que utilizó el gobierno para enfrentar estos altos costos fue contener el valor real de las prestaciones. Eso desató una confrontación política entre los beneficiarios y las autoridades gubernamentales, que concluyó en 1989 con el triunfo, mediante plebiscito, de la propuesta de asegurar constitucionalmente que el valor de las pensiones creciera en la misma medida que el salario de los funcionarios.<sup>100</sup> Esto incrementó los de por sí altos costos del sistema previsional.

Ante este escenario, en 1995 se aprobó una reforma importante al esquema de pensiones operado por el BPS. Por un lado, se estableció un sistema mixto, el cual mantuvo el esquema de capitalización colectiva, que es obligatorio para todas las personas afiliadas, pero agregó un pilar de capitalización individual, en el que participan los cotizantes de mayores ingresos. Por otro lado, se hicieron más estrictos los requisitos para acceder a una pensión.

## Salud

En el ámbito de la salud, se descentralizaron los servicios para la población sin aseguramiento y se desreguló el sector mutualista. En 1987 se creó la

Administración de los Servicios de Salud del Estado (ASSE) para operar la asistencia que proveía el Ministerio de Salud Pública (MSP). El objetivo era separar la función rectora —que quedó a cargo del MSP— y la provisión de los servicios —que quedó como responsabilidad de la ASSE—.<sup>101</sup> En tanto, al iniciar la década de 1990, se eliminaron los topes a las tasas moderadoras de servicio de las Instituciones de Asistencia Médica Colectiva (IAMC). De esta manera, se creó una barrera financiera de acceso a los servicios, en tanto creció el gasto de bolsillo.<sup>102</sup>

Así, al finalizar el siglo XX había un sistema fragmentado y estratificado, pero que daba cobertura al 88.4 % de la población, en el que el gasto de bolsillo representaba apenas 25,7 % del total, y el 99,4 % de los partos eran atendidos por personal capacitado. En resumen, el sistema resistió en buena medida los cambios de los ochenta y noventa.

## La recuperación y ampliación del sistema

Si las reformas de fines del siglo XX fueron especialmente débiles en Uruguay, las de inicios del XXI fueron más notorias, lo que reforzó en gran medida el sistema de seguridad social. Esto se debe, en parte, a un crecimiento sostenido de la economía: entre 2005 y 2015, el PIB creció a una tasa promedio del 4,9 %. También influyó, sin embargo, la voluntad política del Frente Amplio, partido de izquierda relacionado estrechamente con sindicatos, que aprovechó esta oportunidad económica para crear un sistema integrado de salud, ampliar la cobertura de las prestaciones familiares, flexibilizar los requisitos para acceder a una pensión por retiro o por vejez, y reformar el seguro

<sup>98</sup> *Idem.*

<sup>99</sup> Fabio Bertranou, "Protección social, mercado laboral e institucionalidad de la seguridad social", en OIT, *Uruguay: empleo y protección social. De la crisis al crecimiento*, Santiago de Chile, 2005.

<sup>100</sup> Filgueira, *op. cit.*

<sup>101</sup> Fabio Bertranou, "Protección social, mercado laboral e institucionalidad de la seguridad social", en OIT, *Uruguay: empleo y protección social. De la crisis al crecimiento*, Santiago de Chile, 2005.

<sup>102</sup> Ida Oreggioni, *op. cit.*

de desempleo. Como resultado conjunto de ambos factores, la pobreza pasó del 19.3 % en 2007 al 2.3 % en 2018, según datos de la CEPAL.<sup>103</sup>

## Presión, cobertura, eficacia y desempeño

En el periodo estudiado, Uruguay tuvo un IP muy alto y un IPE muy bajo; cosa nada rara después de lo ya visto, y que contribuye en buena medida a explicar los éxitos relatados. Por sólo poner tres ejemplos, este país tiene:

1. El segundo nivel más bajo de informalidad laboral entre los países estudiados, después de Estados Unidos (no hay datos de este indicador para Canadá).

---

**103** CEPAL, "Población en situación de pobreza extrema y pobreza según edad, sexo y área geográfica", CEPALS-TAT, 2020. Disponible en <https://cepalstat-prod.cepal.org/cepalstat/tabulador/ConsultaIntegrada.asp?idIndicador=3341&idioma=e>

2. La menor presencia de trabajadores en empresas familiares como porcentaje del total de empleos.
3. El menor porcentaje de población rural.

Además, si bien tuvo un alto porcentaje de empleo en el sector servicios, éste tuvo también una tasa excepcionalmente alta de formalidad, por lo que no dificultó la expansión de los esquemas contributivos.

El desempeño de Uruguay —es decir, su Índice de Desempeño de los Sistemas de Seguridad Social (IDSSS) — fue también muy alto en el periodo de estudio: uno de los de mayor cobertura médica y de pensiones para personas adultas mayores, y obtuvo buenos resultados en salud y protección de ingresos de las personas de 65 años o más.

En la Tabla 16 puede verse la evolución de cada uno de los indicadores que componen los índices mencionados entre 2000 y 2018.

**Tabla 16.** Indicadores de presión, cobertura y eficacia de la seguridad social para Uruguay

Índices	Indicadores	2000	2010	2018
Presión	Población de 65 años o más como porcentaje de la población total	13.09	14.00	14.81
	Población urbana como porcentaje de la población total	92.03	94.41	95.33
	Empleo en servicios como porcentaje del empleo total	65.76	67.02	72.44
	Tasa de desempleo	12.63	7.16	8.34
Presión específica	Población rural como porcentaje de la población total	7.97	5.59	4.67
	Tasa de crecimiento poblacional	0.35	0.29	0.37
	Razón de dependencia demográfica	60.34	56.75	54.85
	Trabajadores familiares que contribuyen	1.44	1.28	0.78
	Tasa de informalidad	No disponible	No disponible	24.50 (2017)
Cobertura	Partos atendidos por personal capacitado	99.40 (2002)	99.90	100 (2017)
	Porcentaje de personas de 65 años o más que reciben una pensión	88.40	87.90	87.90 (2017)
	Gasto del gobierno en salud como porcentaje del PIB	4.16	5.16	6.58 (2017)
	Gasto público en protección social como porcentaje del PIB	6.18	6.28	7.86
Eficacia	Tasa de participación laboral de las personas de 65 años o más	10.02	16.65	14.88
	Tasa de mortalidad infantil	14.80	9.20	6.40
	Gasto de bolsillo como porcentaje del gasto total en salud	25.17	20.47	17.55 (2017)
	Población de 65 años o más en situación de pobreza	1.60	1.00	0.30

Fuente: Elaboración propia con información de la base de datos construida para el análisis del ISSBA.

## Conclusiones

Uruguay inició su sistema de seguridad antes que la mayoría de los países americanos. Mientras que en Estados Unidos o Canadá se aprobaron las primeras legislaciones en esta materia hasta la década de 1930, en Uruguay, como se explicó, se establecieron los primeros esquemas de pensiones al iniciar el largo siglo XX, y ya para 1954 se había legislado la cobertura legal universal de pensiones para personas mayores.

El sistema tuvo un desarrollo importante a lo largo del siglo XX y actualmente es uno de los de mayor cobertura en el continente. A pesar de que sus prestaciones se deterioraron a finales de ese siglo, no hubo transformaciones de fondo, como sucedió en muchos de los países latinoamericanos en las décadas de 1980 y 1990.

En 2005 llegó al gobierno un partido con tradición sindicalista y de articulación con organizaciones de base, lo que implicó un estilo participativo y pluralista de gobernar. Además, el FA tenía una ideología afín a la universalización de la política social y una agenda de reformas al sistema de seguridad social. Éstas intentaron corregir algunos de los problemas heredados de etapas previas: adaptó algunas prestaciones a las condiciones sociales y económicas de inicios del siglo XXI y complementó su sistema público de bienestar con una ambiciosa política de cuidados.

En buena medida, estos cambios respondieron a las transformaciones en los riesgos sociales. Por ejemplo, ante el rápido envejecimiento de la población, se trató de evitar que un porcentaje importante de la población adulta mayor quedara excluida de este beneficio, dadas las reglas restrictivas que había impuesto la reforma de 1995. Además, los cambios más recientes en este ámbito permiten reconocer la posibilidad de que, ante el incremento de la esperanza de vida, las

personas busquen permanecer en el mercado laboral a pesar de haber superado la edad legal de jubilación. El sistema también respondió a los problemas de empleabilidad que pueden tener las personas mayores, por lo que con la reforma al seguro de desempleo se permitió que quienes tengan una edad cercana a la de jubilación y estén desempleadas, puedan acceder a un beneficio por desempleo de mayor duración, de tal manera que no queden desprotegidos completamente al transitar fuera del mercado laboral. En tanto, con la creación del sistema de cuidados se busca atender riesgos sociales que, aunque ya existían, quedaban como ámbito exclusivo de la provisión familiar, con las consecuencias negativas que esto tiene en la igualdad de género.

La consecución de estas reformas fue el resultado de la intervención de diferentes factores, entre los que destacan la llegada de una nueva coalición política al gobierno, con una mayoría legislativa y fuertes vínculos con organizaciones sociales; la larga tradición democrática del país —interrumpida, pero revigorizada después de la dictadura—, que supone la creación de amplios espacios de discusión y negociación para la adopción de cambios políticos; incluso la herencia misma del sistema de seguridad social, que favorece ciertas vías de cambio. Respecto a esto último, conviene mencionar que la decisión de financiar el Sistema Nacional Integrado de Salud mediante un modelo de seguro social y no con base en impuestos generales se debió al interés de aprovechar la experiencia del BPS para recaudar contribuciones.

A pesar de la diversidad de factores que están detrás de las reformas analizadas a lo largo de este capítulo, se pueden mencionar algunos elementos que contribuyeron a ampliar la cobertura del sistema y a tener mejores resultados. El principal de ellos fue el fortalecimiento de las capacidades y la rectoría del Estado en el funciona-

miento del sistema de seguridad social —el ejemplo más claro de esto fue la creación del SNIS—. Otro elemento fue que las prestaciones nuevas creadas en el periodo quedaron como responsabilidad del BPS, por lo que se evitó que incrementara la fragmentación del sistema. En última instancia, todo esto implicó un fortalecimiento institucional del sistema de seguridad social que, combinado con un importante crecimiento económico y disminución de la informalidad laboral, condujo a un mejoramiento de algunas condiciones de salud y de ingreso de amplios grupos poblacionales.

Sin embargo, permanecen problemas sin resolver. Uno de ellos es la fragmentación del sistema de salud, entre personas cubiertas por el SNIS y las que tienen que acceder mediante una afiliación gratuita o subsidiada a la ASSE, dado que tienen bajos ingresos y trabajan en la informalidad. Aunque en principio no se detectaron diferencias importantes en la atención según estas dos vías de afiliación, en particular entre los usuarios de la ASSE, lo cierto es que, históricamente, la fragmentación ha propiciado un ejercicio desigual del derecho. Otro problema es el bajo nivel de protección de los ingresos de las

personas en edad de trabajar, dada la limitada cobertura del seguro de desempleo. También persiste un marcado sesgo del sistema de seguridad social en favor de las personas adultas mayores, mientras que la mayor presencia de pobreza se da entre menores de edad, lo cual deja en evidencia la necesidad de emprender de manera más decidida programas que se orienten principalmente a las niñas y los niños.

Aunque el sistema de seguridad social se ha fortalecido en los últimos tres lustros, es importante profundizar los avances y prevenir cualquier tipo de retroceso, dado que, como se expuso a lo largo del capítulo, hasta ahora se ha respondido de manera eficaz a las transformaciones sociales, demográficas y laborales que presionan por la expansión del sistema de seguridad social. Así, una reversión a estas mejoras se traduciría en afectaciones al bienestar de las personas, a pesar de que el desempeño del sistema en Uruguay se ha posicionado en los estratos más altos de los índices desarrollados para este informe, al lograr ampliar su cobertura a la par de la presión, y destaca por ser uno de los países con menor exclusión de personas de los beneficios y prestaciones de la seguridad social.

# Capítulo 6

## El sistema de seguridad social en Chile

**CHILE TIENE** una larga historia en la implementación de políticas sociales. Fue de los pioneros en ampliar la cobertura de salud e instituir políticas de protección para las personas trabajadoras. Asimismo, dado que años después fue el primer país en implantar reformas orientadas al mercado, sirvió como modelo para la implementación de este tipo de políticas en América Latina. También fue de los primeros en iniciar modificaciones, a principios del siglo XXI, para hacer más sostenible socialmente la operación de prestaciones altamente privatizadas, una tendencia que han seguido otros países. De este modo, Chile ha sido un referente para la política social de la región.<sup>104</sup>

El estudio cuantitativo desarrollado en el tercer capítulo lo ubica en las primeras siete posiciones de los índices y entre los estratos altos y medios; sin embargo, muestra también que entre 2009 y 2016 este país tuvo un aumento de la presión a su sistema de seguridad social, una ligera

disminución en su cobertura en salud y pensiones, y un descenso en el Índice de Eficacia.

En este capítulo se hace una breve revisión de los orígenes y el desarrollo del sistema de seguridad social chileno, y de los procesos económicos, políticos y sociales que dieron lugar a los cambios registrados en los índices e indicadores.

Chile tiene un sistema de seguridad social fragmentado y estratificado desde su origen. Después de un periodo de desarrollo y esfuerzos de universalización del sistema, se instauró un régimen militar y el país adoptó políticas neoliberales para la provisión de las prestaciones sociales, lo que deterioró su acceso efectivo. Tras la dictadura, diversas reformas universalistas han tenido lugar, pero no se han podido superar las herencias institucionales y de grupos económicos y de poder del pasado.

### Evolución del sistema de seguridad social chileno en el siglo XX

Chile comenzó a desarrollar su sistema de seguridad social en la década de 1920, por lo que fue uno

<sup>104</sup> Christina Ewig y Stephen Kay, "Postretrenchment Politics: Policy Feedback in Chile's Health and Pension Reforms", *Latin American Politics and Society*, vol. 53, 2011, pp. 67-99.

de los países pioneros de la región. Desde el siglo XIX, instrumentó programas de pensiones para sectores específicos de la población, como las fuerzas armadas y sus sobrevivientes (en 1811 y 1855), y la administración pública (1888). Sin embargo, la ampliación de la cobertura fue lenta: para la década de 1920 los trabajadores de ferrocarriles eran el único grupo nuevo que había recibido protección.

En Chile, como en muchos otros países, la expansión de la seguridad social ha estado estrechamente asociada con la del movimiento obrero. A comienzos del siglo XX, se había transformado en un país minero por excelencia. Con la demanda de materias primas de los países desarrollados, comenzó la explotación de cobre a gran escala, así como de oro, plata y salitre. De tal modo, la industria minera fue creciendo y modernizándose hasta mecanizarse, diversificarse y volverse especialmente rentable. Como consecuencia, surgieron dos grupos sociales relevantes para el desarrollo de la seguridad social en Chile: el sector empresarial, que dio origen a la burguesía nacional, y el proletariado, surgido de la mano de obra empleada en las minas.<sup>105</sup> En consonancia, la incorporación del motor a vapor y de máquinas, junto con la demanda internacional, la navegación y los ferrocarriles, implicó la creación de nuevos mercados y líneas de producción manufacturera en las cuales también se establecieron relaciones obrero-patronales modernas. Aunado a esto, la búsqueda de mejores salarios y condiciones de vida provocó la migración del campo a la ciudad. Sin embargo, muchas personas quedaron desempleadas o con remuneraciones muy bajas, por lo que vivían hacinadas y sin servicios básicos como agua potable, electricidad o drenaje.<sup>106</sup>

<sup>105</sup> Rafael Sagredo Baeza, *Historia Mínima de Chile*, El Colegio de México, Ciudad de México, 2014.

<sup>106</sup> *Idem*.

Las duras condiciones de vida, la mala salud y la precariedad laboral de los obreros no tardaron en provocar levantamientos y estallidos de violencia —reprimidos—. De tal modo, el limitado alcance de la seguridad social a principios del siglo XX se debió en buena medida al control de la oligarquía sobre el sistema político, para la cual los derechos de los trabajadores y los campesinos no eran una prioridad. En 1909 se fundó la Federación de Obreros de Chile (FOCH) —que se convertiría en el Partido Comunista en 1922—.<sup>107</sup> Así, fue aumentando la presión política con el objetivo de ampliar la seguridad social.<sup>108</sup> Poco a poco, tanto las prestaciones por enfermedad y riesgos profesionales como la cobertura se fueron expandiendo hasta incluir a los obreros; se construyeron habitaciones para los trabajadores, se establecieron normas para accidentes de trabajo, servicio de cunas en las industrias y previsión social para empleados de comercio y de ferrocarriles.

Los esquemas de aseguramiento de pensiones y salud se fundaron durante el gobierno del presidente Arturo Alessandri, electo en 1920 como candidato de la Alianza Liberal. No obstante, el proyecto no estuvo exento de resistencias y, al final, la legislación que aprobó el Congreso fue un punto medio entre la propuesta de Alessandri, que incluía a todos los obreros, y la de la oposición conservadora, lo cual resultó en el establecimiento de programas de seguridad social que incluían beneficios sumamente segmentados según las categorías ocupacionales.<sup>109</sup>

Había dos programas principales: el Servicio de Seguro Social (SSS), para trabajadores del sector público, y la Caja de Previsión de Empleados Particulares (Empart), para los del sector privado. En las

<sup>107</sup> Evelyne Huber y John D. Stephens, *Democracy and the Left: Social Policy and Inequality in Latin America*, University of Chicago Press, Chicago, 2012.

<sup>108</sup> Rafael Sagredo Baeza, *op. cit.*, p. 218.

<sup>109</sup> Candelaria Garay, *Social policy expansion in Latin America*, Cambridge University Press, Cambridge, 2016.

décadas que siguieron, se establecieron diversos programas de protección para múltiples grupos ocupacionales, como las personas que trabajaban en la marina, la policía, los bancos, las municipalidades e, incluso, aunque parcialmente, los trabajadores independientes. De tal modo, el sistema chileno ha estado extremadamente fragmentado y estratificado desde sus inicios. Para la década de 1970 había 150 programas diferentes que cubrían a cerca del 75 % de la PEA, aunque con desigualdades notables en los beneficios.<sup>110</sup>

En lo que respecta al sistema de salud, surgió como una combinación de aseguramiento y asistencia social. A finales de la década de 1920, existían tres modalidades:

1. Clínicas estatales de escasos recursos que brindaban servicios básicos a las personas en condición de pobreza.
2. El fondo de seguros para los trabajadores nacionales.
3. La Junta de Beneficencia Pública, una organización de caridad privada.<sup>111</sup>

En 1942, se creó el fondo para los profesionales asalariados y el Servicio Médico Nacional de Empleados (Sermena), y una década después los servicios de salud, tanto públicos como de beneficencia, se unificaron en el Servicio Nacional de Salud (SNS), a disposición de obreros, trabajadores asegurados y personas en condición de indigencia. De tal modo, los sistemas de aseguramiento de salud se generaron también de forma segmentada, pues al Sermena, el SNS, y el servicio de salud de las fuerzas armadas, se fueron añadiendo otros programas para diferentes grupos ocupacionales.<sup>112</sup>

<sup>110</sup> Carmelo Mesa-Lago, *Desarrollo de la seguridad social en América Latina*, CEPAL, Santiago de Chile, 1985.

<sup>111</sup> Evelyne Huber y John D. Stephens, *op. cit.*

<sup>112</sup> Carmelo Mesa-Lago, *op. cit.*

Así, el sistema de seguridad chileno se hacía cada vez más complicado y costoso, por lo que, en las décadas de 1950 y 1960, los presidentes Jorge Alessandri (1958-1964) y Eduardo Frei (1964-1970) intentaron reorganizarlo con reformas que apuntaban hacia el universalismo, la eliminación de privilegios y la unificación del sistema, lo que no consiguieron del todo.<sup>113</sup> La competencia entre los demócratas cristianos y la oposición de izquierda para ganar el apoyo de los sectores de menores ingresos impulsó iniciativas para la expansión de la seguridad social.<sup>114</sup> De tal modo, se ampliaron varios servicios como la atención primaria a la salud en las zonas urbanas y rurales, y la cobertura de los trabajadores independientes.

El presidente Salvador Allende, al llegar al poder por la coalición Unidad Popular en 1970, “tenía un plan de reforma integral inspirado en los valores socialdemócratas del universalismo y la solidaridad que preveía [...] la transición de un sistema contributivo a uno financiado por impuestos”,<sup>115</sup> y buscó, sin éxito, unificar el sistema. Durante su corto mandato —interrumpido por el golpe militar que llevó al poder a Augusto Pinochet—, el presidente Allende logró la creación del servicio único de salud —que consistía en la coordinación regional de las diversas instituciones del sector salud— la expansión de la cobertura clínica y hospitalaria a zonas marginadas del país y la promoción de la salud materna e infantil. Una característica destacable de dicha administración fue su significativo incremento del gasto público en seguridad social, y la extensión de la cobertura a trabajadores independientes.

Para finales de la década de 1970, el aseguramiento social cubría aproximadamente al 80 % de la fuerza laboral, y el resto contaba con asistencia

<sup>113</sup> Silvia Borzutzky, *Vital connections: Politics, social security, and inequality in Chile*, University of Notre Dame Press, Paris, 2002.

<sup>114</sup> Evelyne Huber y John D. Stephens, *op. cit.*

<sup>115</sup> *Ibid.*, p. 91.

social. Varias condiciones facilitaron este nivel de cobertura: en ese tiempo predominaba la fuerza laboral asalariada y el sector informal era pequeño; la proporción de campesinos y los índices de pobreza eran bajos, y había una alta cobertura voluntaria de trabajadores independientes.<sup>116</sup>

A pesar de las diversas reformas a la seguridad social, no se logró alcanzar la universalización y unificación del sistema. Fue en la dictadura de Pinochet cuando la seguridad social tuvo los cambios más profundos.

## Las reformas de la dictadura

En el caso de Chile, el fin de la ISI y la liberación del mercado comenzaron poco antes de la década de 1980, debido a la instauración de la dictadura de Augusto Pinochet (1973-1990). Las políticas sociales basadas en la protección al trabajador formal se volvieron insuficientes para satisfacer a grandes sectores de la población, principalmente al creciente mercado laboral informal.

Chile fue el primer país de la región en tomar medidas radicales en línea con el programa de reforma neoliberal, pues economistas con esta ideología y formados en la Universidad de Chicago (los denominados *Chicago Boys*), varios de ellos discípulos de Milton Friedman, aconsejaban directamente a Pinochet. La implantación tenaz de este nuevo modelo fue políticamente posible debido al poder centralizado de la dictadura, el apoyo de un gobierno conservador en el que no había bloqueos, la represión brutal de la oposición y "el proceso continuo de eliminar de posiciones claves a quienes podrían socavar o desafiar el poder" del régimen militar.<sup>117</sup>

<sup>116</sup> Carmelo Mesa-Lago, "Models of Development, Social Policy and Reform in Latin America", en Thandika Mkandawire (ed.), *Social Policy in a Development Context*, Palgrave Macmillan, Londres, 2004.

<sup>117</sup> Rossana Castiglioni, *The Politics of Social Policy*

Esto agravó muchos de los problemas que se venían gestando desde el final de la ISI. Por ejemplo, debido al cambio en las dinámicas del mercado aumentó la pérdida de empleos industriales y la expansión del sector informal, por lo que se redujo la cobertura de los esquemas contributivos y, por ende, también el número de contribuciones.

## Pensiones

En 1981 se implementó una reforma al sistema de pensiones, que consistió en clausurar el sistema público, el cual tenía un régimen financiero de reparto, con beneficios definidas por ley y gestionado por entidades gubernamentales. Entonces se le sustituyó por uno privado, caracterizado por la capitalización en cuentas individuales administradas por las nuevas entidades encargadas, las Administradoras de Fondos de Pensiones (AFP), donde no hay elementos de solidaridad intergeneracional o entre personas de distintos niveles de ingreso.<sup>118</sup>

En cuanto a la cobertura, el número de afiliados creció rápidamente. Para el año 2006, el 91 % de la población cubierta correspondía al sistema privado, mientras que en el público sólo quedaba el 9 %.<sup>119</sup> No obstante, las contribuciones al sistema privado crecieron en menor medida, lo que refleja la inestabilidad laboral y las dificultades de los asalariados para aportar de manera igual y constante. Mesa-Lago lo explica claramente:

**En el sistema privado (las AFP) hay una diferencia considerable entre el cálculo de la cobertura basado en los afiliados (los que están inscritos) y el basado en los cotizantes**

*Change in Chile and Uruguay: Retrenchment Versus Maintenance, 1973-1998*, Routledge, Nueva York, 2005, p. 26.

<sup>118</sup> Carmelo Mesa-Lago, "Protección social en Chile: Reformas para mejorar la equidad", *Revista Internacional del Trabajo*, núm. 4, vol. 125, 2008, pp. 421-446.

<sup>119</sup> Carmelo Mesa-Lago, "Protección social en Chile..", *op. cit.*, p. 431.

(los afiliados que han pagado la cuota del último mes): según el primero, la cobertura de la población económicamente activa era del 113,6 por ciento a fines de 2007 (imposible estadísticamente) y, según el segundo, se quedaba en el 61 por ciento; sólo un 46 por ciento de los afiliados era cotizante activo.<sup>120</sup>

Aunado a esto, el costo de la transición al nuevo sistema pensional fue extremadamente alto, porque el gobierno tuvo que compensar la falta de contribuciones del empleador (eliminadas en la reforma de 1981) mediante un bono de reconocimiento, además de sufragar por completo los costos administrativos del cambio. Según Mesa-Lago, dichos costos promediaron el 5,7 % del PIB anual en el periodo 1981-2004;<sup>121</sup> incluso en 2010 —30 años después de la reforma— eran todavía el 4,7 %.<sup>122</sup>

La dictadura también instauró esquemas no contributivos de pensiones, en 1975, con el programa Pensiones Asistenciales (PASIS), destinado a la población de menores recursos. En sus inicios, el PASIS proporcionaba un tercio de la pensión contributiva mínima; los gobiernos siguientes incrementaron este monto en un 86 %, pero para el año 2000 seguía por debajo de la pensión contributiva mínima y de la línea nacional de pobreza. Además, este programa tenía una larga lista de espera, el acceso dependía de la disponibilidad de recursos estatales y requería demostración de necesidad. Así, con el nuevo sistema persistió e incluso se acentuó la desigualdad de los beneficios y se creó una importante tensión fiscal debido a la alta necesidad de pensiones asistenciales.

---

<sup>120</sup> *Ibid.*, p. 432.

<sup>121</sup> *Ibid.*, p. 435.

<sup>122</sup> Isabel Ortiz et al., *La reversión de la privatización de las pensiones: Reconstruyendo los sistemas públicos de pensiones en los países de Europa Oriental y América Latina (2000-2018)*, OIT, Ginebra, 2019.

Sin embargo, no sería fácil realizar otra reforma, pues la privatización consolidó a un poderoso actor que se resistiría a cualquier tipo de regulación: las AFP, aunque no serían los únicos. Los empleadores también tenían interés en mantenerlo tal como estaba, pues no debían pagar contribuciones. Así, "cualquier esfuerzo por alterar el sistema privatizado de pensiones seguramente encontraría una oposición unificada de la comunidad empresarial".<sup>123</sup>

## Salud

En 1981, la dictadura privatizó parcialmente el sistema de salud al permitir que nuevas corporaciones privadas, las instituciones de salud previsual (Isapres), compitieran libremente con el sector público en la provisión de servicios médicos. Es decir, se creó un pilar privado que funciona de manera paralela al público.

Los trabajadores podían elegir si dirigían sus contribuciones obligatorias al sistema público (Fonasa) o al privado (Isapres). Sin embargo, la falta de regulación permitió que las Isapres se reservaran el derecho a aceptar o rechazar a las personas, o hacerles cobros diferenciados según su nivel de riesgo. Por ejemplo, las mujeres en edad fértil pagaban entre 1,9 y 3,4 veces más que un hombre de igual edad con el fin de incluir en su seguro servicios de maternidad; pagaban más que los hombres incluso en los planes que excluían la atención al parto.

A la larga, esto hizo que las personas más saludables y de mayores ingresos tuvieran cobertura privada, y que se dejara al sistema público a cargo de las demás. Los rechazados por las Isapres podían regresar al Fonasa y, de la misma manera, usualmente las personas de clase media y

---

<sup>123</sup> Jennifer Pribble, *Welfare and Party Politics in Latin America*, Cambridge University Press, Cambridge, 2013, p. 73.

alta transferían su contribución entera del sistema público al privado, lo que condujo paulatinamente a una insuficiencia de recursos en el primero.<sup>124</sup> Así, las Isapres, además de recibir el 7 % de contribución obligatoria por las personas aseguradas y el 2 % de subsidio estatal, ajustaban los paquetes de servicios que ofrecían según el cliente, su edad y condición de salud, lo que representaba una ganancia en demasía favorable para el sector privado. De este modo, pronto controlaron el 60 % de los recursos de salud, mientras que atendían al 20 % de la población;<sup>125</sup> el Fonasa recibía el mismo porcentaje de contribución por los asegurados (7 %), pero atendía a la población con más riesgos de salud. Las personas afiliadas al Fonasa no tenían paquetes con servicios limitados ni exclusiones de ningún tipo, pero en los hospitales públicos había largas listas de espera e insuficiencia de recursos humanos y materiales. Además, en varias zonas del país era difícil trasladarse a los establecimientos de salud, lo que impedía el acceso efectivo a la atención médica.

En 1981 se creó también el Subsidio Único Familiar (SUF); un importante programa no contributivo que requería demostración de necesidad (*means-tested*), y brindaba asistencia monetaria a familias en pobreza extrema y con dependientes económicos. Como ocurriría también con otros programas similares, el SUF dejó desprotegida a una capa intermedia de trabajadores informales que no eran lo suficientemente pobres para ingresar en él.

Así, en el momento de la transición democrática, a finales de la década de 1980, los elevados costos de los servicios privados terminaron de crear un sistema de salud profundamente dividido, en el que el subsistema público cubría a la mayoría de la población, a la más enferma y de

menores ingresos, mientras que el privado atendía a los sectores más sanos y acomodados.<sup>126</sup> Además, esta organización del sistema introdujo a un nuevo y poderoso actor social dentro del sector salud: la iniciativa privada y el capital financiero, que rápidamente se convirtió en una poderosa fuerza política defensora del *statu quo*.<sup>127</sup> Asimismo, esta situación creó una tensión financiera en el sector público, que llegó a un punto crítico a finales de la década de 1990, pues había una gran escasez de recursos y poca capacidad para atender a la población de manera efectiva y oportuna.



Tras el régimen militar, los gobiernos de los presidentes del partido Democrático Cristiano de la coalición Concertación, Patricio Aylwin (1990-1994) y Eduardo Frei (1994-2000), introdujeron diversos programas antipobreza durante sus administraciones, los cuales eran de corto plazo y sumamente focalizados a "necesidades especiales de grupos específicos, como mujeres, indígenas o indigentes".<sup>128</sup> Además, el presidente Aylwin creó en 1990 el Fondo de Solidaridad e Inversión Social (FOSIS), que proporcionaba subsidios para proyectos de desarrollo y habilitación social para la población en situación de pobreza y vulnerabilidad.<sup>129</sup> Entre 1990 y 2009, la pobreza disminuyó del 38.6 % al 11.4 %, pero la pobreza extrema permaneció relativamente constante en el mismo periodo, entre el 6 % y el 4 %.<sup>130</sup> Es probable que la reducción en los niveles de pobreza se deba menos a los programas antipobreza que al importan-

<sup>124</sup> Carmelo Mesa-Lago, "Protección social en Chile...", *op. cit.*

<sup>125</sup> Asa Cristina Laurell, *op. cit.*, p. 6.

<sup>126</sup> Carmelo Mesa-Lago, "Models of Development...", *op. cit.*

<sup>127</sup> Jennifer Pribble, *op. cit.*, p. 43.

<sup>128</sup> Jennifer Pribble, *op. cit.*, p. 75.

<sup>129</sup> Stephan Haggard y Robert R. Kaufman, *Development, Democracy and Welfare States*. Princeton University Press, Princeton, 2008, p. 296.

<sup>130</sup> Evelyne Huber y John D. Stephens, *op. cit.*

te crecimiento económico que tuvo lugar en esas décadas, el cual alcanzó un máximo histórico de 11.1 % en 1992.<sup>131</sup>

Aunque el sistema de salud público-privado se mantuvo hasta principios del siglo XXI, diversas reformas tuvieron lugar para limitar los abusos en el subsistema privado. Los presidentes Aylwin y Frei introdujeron pequeños ajustes a los seguros privados, aumentaron los servicios médicos e incrementaron el gasto público en salud.<sup>132</sup> En efecto, este último se duplicó entre 1990 y 1999, lo cual ayudó a reducir las desigualdades entre ambos sectores. En 1989, el gasto per cápita de las Isapres era tres veces mayor que el del Fonasa, y para 1999 pasó a ser sólo 1.8 veces mayor.

## Tendencias hacia el universalismo

Los gobiernos de izquierda que llegaron al poder en el cambio de siglo implementaron políticas con orientaciones universalistas y de apoyo a los ingresos, pero tratando de mantener la estabilidad macroeconómica y la estructura general del sistema, que sigue estando altamente privatizada. Brevemente, las más importantes fueron las siguientes:

1. Un seguro de desempleo contributivo y obligatorio, al que contribuía el 66 % de la PEA en 2008 y otorgaba una tasa de remplazo del 35 %.
2. El plan AUGE, (Acceso Universal de Garantías Explícitas), un programa obligatorio que garantiza la cobertura universal para las enfermedades más comunes de la población. Si

<sup>131</sup> Banco Mundial, Crecimiento del PIB (% anual), *Banco de datos*. Disponible en <https://datos.bancomundial.org/indicador/NY.GDP.MKTP.KD.ZG?end=2012&locations=CL&start=1990>

<sup>132</sup> Armando Barrientos, "Getting Better after Neoliberalism: Shifts and Challenges of Health Policy in Chile" en Peter Lloyd-Sherlock (ed.), *Healthcare Reform and Poverty in Latin America*, Institute of Latin American Studies, Londres, 2000, pp. 94-111.

bien tuvo algunas dificultades y no pudo ceñirse a su plan original debido a la oposición del sector privado, después de la reforma las listas de espera para recibir tratamiento disminuyeron de 380 000 pacientes a 29 000,<sup>133</sup> y se creó un acceso igualitario a la atención a las enfermedades incluidas.

3. Por último, y sin eliminar las AFP, se instituyeron dos tipos nuevos de pensiones:
  - a. Una pensión básica solidaria, financiada por el Estado y dirigida al 60 % de la población de menor ingreso, que no había cotizado a ningún sistema de pensiones.
  - b. Una pensión de aporte previsional solidario que complementó los fondos de las personas cuyos ahorros se encontraban debajo de la pensión mínima. Con el propósito de incentivar la cotización, esta pensión siempre sería mayor a la pensión básica solidaria —con un límite superior definido— y decrecería según el monto de la pensión contributiva.

## Presión, cobertura, eficacia y desempeño

En 2009, Chile tuvo el quinto IP más alto entre los 19 países estudiados, por lo que pertenece al estrato alto, es decir, al grupo de los países más presionados por factores demográficos y laborales para aumentar la cobertura de sus sistemas de seguridad social. No fue así en 2016, cuando ocupó el sexto lugar y estaba en el estrato medio. Como se mencionó antes, es probable que este cambio se deba a una reducción importan-

<sup>133</sup> Fernando Rosas Carrasco, "Disminución lista de espera AUGE: ¿Cuál es el secreto?", *El Quinto Poder*, 29 de septiembre de 2011. Disponible en <https://www.elquintopoder.cl/salud/disminucion-lista-de-espera-auge-cual-es-el-secreto/>

**Tabla 17. Indicadores de presión, cobertura y eficacia de la seguridad social para Chile**

Índices	Indicadores	2000	2010	2018
Presión	Población de 65 años o más como porcentaje de la población total	7.65	9.36	11.53
	Población urbana como porcentaje de la población total	86.07	87.07	87.56
	Empleo en servicios como porcentaje del empleo total	62.17	66.44	68.46
	Tasa de desempleo	10.49	8.42	7.23
Presión específica	Población rural como porcentaje de la población total	13.93	12.93	12.44
	Tasa de crecimiento poblacional	1.18	1.04	1.39
	Razón de dependencia demográfica	53.80	45.87	45.53
	Trabajadores familiares que contribuyen	2.33	1.47	1.11
	Tasa de informalidad	36.00	40.00	40.50 (2016)
Cobertura	Partos atendidos por personal capacitado	99.80 (2002)	99.80	99.70 (2016)
	Porcentaje de personas de 65 años o más que reciben una pensión	83.70	86.90	87.00 (2017)
	Gasto del gobierno en salud como porcentaje del PIB	2.52	3.19	4.50 (2017)
	Gasto público en protección social como porcentaje del PIB	7.72	6.73	5.74
Eficacia	Tasa de participación laboral de las personas de 65 años o más	17.23	20.28	24.48
	Tasa de mortalidad infantil	9.20	7.40	6.20
	Gasto de bolsillo como porcentaje del gasto total en salud	42.81	34.47	33.53 (2017)
	Población de 65 años o más en situación de pobreza	26.70	12.00 (2011)	4.10 (2017)

Fuente: Elaboración propia con información de la base de datos construida para el análisis del ISSBA.

te en la tasa de desempleo y a un crecimiento moderado de la población urbana. En cuanto al IPE,<sup>134</sup> Chile tuvo el 15º lugar en 2016 (único año para ese índice), por lo que estuvo en el estrato bajo, lo cual indica que no hay una presencia importante de factores vinculados con una alta exclusión de la seguridad social, probablemente por los bajos niveles de informalidad laboral y de población rural.

El Índice de Desempeño de los Sistemas de Seguridad Social (IDSSS) para 2009 ubicó a Chile en el grupo de desempeño alto. Esto significa que presentó alta presión al sistema, a la que respondió con una elevada cobertura y buenos resultados en la protección del ingreso en la vejez y la provisión de servicios de salud. Sin embargo, para 2016, el país andino bajó al grupo de desempeño medio debido al incremento de personas en edad de jubilarse y a una ligera disminución en la cobertura pensionaria y de salud, así como en el gasto en protección social. Además, el incremento de la participación laboral de las personas mayores de 65 años y el limitado decrecimiento del gasto del bolsillo durante el periodo de estudio (de apenas 1 %) hicieron que

---

**134** El IPE da cuenta de factores vinculados a un menor acceso a la seguridad social, por lo que tiene una relación inversa con el IP. Es decir, el IPE actúa como contraparte del IP. Para mayores detalles, ver el Capítulo 3.

cayera tres posiciones en el Índice de Eficacia. Es decir, el aumento en la presión no se acompañó de un incremento equivalente en la cobertura ni de una mayor eficacia del sistema para las prestaciones contempladas, por lo que no se pudo mantener en la misma posición del 2009.

En la Tabla 17, puede verse la evolución de cada uno de los indicadores que componen los índices mencionados entre 2000 y 2018.

## Conclusiones

Así, Chile ha avanzado considerablemente en la provisión de una seguridad social más amplia y equitativa. Sin embargo, pese a los esfuerzos por reformar su sistema, la estructura heredada de la década de 1980 se mantiene y hasta ahora no se esboza una estrategia clara para trascenderla. Esto sólo será posible si hay un amplio proceso de deliberación, en el que puedan participar todos los actores interesados, pero siempre y cuando se contengan los intereses de los poderosos actores privados por obtener mayores márgenes de ganancia. Aun así, Chile parece estar llegando a un punto de inflexión respecto a los viejos modelos que han predominado en las últimas tres décadas, para dar paso, quizás, a un sistema más igualitario que permita a todas las personas gozar en plenitud su derecho a la seguridad social.



# Capítulo 7

## Las transformaciones del sistema de seguridad social de República Dominicana

**REPÚBLICA DOMINICANA** no pudo desarrollar un sistema sólido de seguridad social durante el siglo XX. Mientras el resto del continente vivía una etapa de auge, este país sufría la prolongada dictadura de Rafael Trujillo, la inestabilidad política que vino tras él, la falta de recursos y el arraigo de políticas clientelares. A inicios del siglo que corre, sin embargo, tuvo un acelerado desarrollo, facilitado por un crecimiento económico importante, un serio esfuerzo interno y el apoyo de organismos internacionales. Su desempeño, de acuerdo con el análisis cuantitativo del capítulo 3, fue todavía bajo: en 2016 ocupó el lugar 12 entre los 19 países estudiados. Su progreso no deja sin embargo de ser bastante impresionante, y es de esperarse que continúe en las siguientes décadas.

### Evolución del sistema de seguridad social en el siglo XX

El establecimiento institucional del sistema de seguridad social de República Dominicana se dio a finales de la década de 1940. Antes de eso, únicamente existía la asistencia hospitalaria y

algunas disposiciones laborales, como los seguros contra accidentes de trabajo y leyes relativas a las jubilaciones y pensiones, que cubrían a los servidores públicos, las Fuerzas Armadas y la Policía Nacional.

Fue durante la dictadura de Rafael Trujillo (1930-1961)<sup>135</sup> que se formaron las principales instituciones estatales del sector social, en un ambiente en el que las condiciones laborales eran precarias, la jornada laboral era de 12 horas diarias y los salarios eran muy bajos.<sup>136</sup> En 1946, los obreros azucareros se declararon en huelga, lo que pronto disparó una serie de protestas de diferentes tipos de trabajadores. En ese año se formó el Congreso Obrero Nacional, organizado por la Confederación Dominicana del Trabajo (CDT). El movimiento logró reducir la jornada laboral a 8 horas y presionar al presidente Trujillo, quien en 1947 creó la Caja Dominicana de Seguros Socia-

<sup>135</sup> Rafael Trujillo ejerció la presidencia en los periodos de 1930-1938 y 1942-1952, y gobernó de forma indirecta entre 1938-1942 y 1952-1961 (año de su asesinato), valiéndose de presidentes afines a él.

<sup>136</sup> Sistema de Monitoreo de la Administración Pública Municipal (SISMAP Municipal), "Historia". Disponible en <https://www.sismap.gob.do/Municipal/Directorio/Dir/Details/168>

les (CDSS), junto con la Secretaría de Estado de Trabajo.<sup>137</sup>

Al igual que en otros países, en sus orígenes la seguridad social dominicana estuvo estrechamente vinculada al mercado laboral, puesto que afiliaba mediante cotizaciones sólo a personas del sector formal. La CDSS brindaba protección ante los riesgos de enfermedad, maternidad, invalidez, vejez y muerte del empleado. Sin embargo, salvo en este último caso, la protección excluía a la familia del afiliado. En 1948 se crearon los dos principales sistemas de pensiones en el país —ambos de reparto—, uno para empleados del sector privado, administrado por la entonces CDSS, y otro para los del sector público, cuyas pensiones se entregaban mediante decreto oficial.

Esto estuvo acompañado de una fuerte inversión en infraestructura, pues se construyeron clínicas, hospitales, escuelas y viviendas para la clase obrera. Sin embargo, el jefe del Estado estableció disposiciones y normas que aseguraban el control de la riqueza y la acumulación de capitales para beneficio propio. Algunos de los mecanismos utilizados para estos fines fueron la imposición de impuestos y tasas ilegales, las filtraciones de recursos desde el Estado, el cobro de comisiones y la formación de un monopolio empresarial con el que acumuló una gran fortuna personal. Asimismo, se redujeron los salarios y se prolongaron de nueva cuenta las jornadas de trabajo. Ante las crisis económicas que enfrentó el régimen a finales de la década de 1950, se decidió reducir el gasto social, práctica que se mantuvo ante subsiguientes aprietos financieros.<sup>138</sup>

La asistencia social en esa época era prácticamente nula, con la excepción de la celebración

del “día del pobre”, en el que se entregaba comida y dinero a la población de menores ingresos. Estos antecedentes sirvieron como base para la creación de una visión clientelar y asistencialista del Estado respecto a la política social.

En 1962, la Caja Dominicana de Seguros Sociales cambia de nombre a Instituto Dominicano de Seguros Sociales (IDSS), mediante la Ley núm. 8952, en la que se establece la autonomía de la institución y su composición tripartita: Estado, trabajadores y empleadores.<sup>139</sup> Sin embargo, el gobierno rara vez realizaba su aportación.<sup>140</sup> La protección de la IDSS era exclusivamente para quienes trabajaban en el sector privado y contaban con un sueldo no mayor a un límite o techo máximo establecido (tan bajo como 1.6 veces el salario mínimo o más, y el cual no se ajustaba ante las variaciones de precios y salarios), lo que excluía de la afiliación al resto.<sup>141</sup> Aunque el techo salarial se modificó desde 1985 debido a la rápida inflación, antes de eso se mantuvo sin cambios durante años. En consecuencia, muchos trabajadores se quedaban sin aseguramiento, particularmente los de salario medio y alto y, debido a la falta de ajustes en el techo salarial, aumentaba el número de personas trabajadoras sin protección.<sup>142</sup>

...

Tras la muerte del dictador, República Dominicana entró en un periodo de inestabilidad política en la que diversos presidentes fueron derrocados a

<sup>137</sup> *Idem*.

<sup>138</sup> Rosa Cañete Alonso y Olaya O. Dotel, *Política social en República Dominicana 1930-2007: ¿Inclusión o asistencialismo?*, Centro de Estudios Sociales Padre Juan Montalvo, S. J./BID, Santo Domingo, 2007.

<sup>139</sup> SISMAP Municipal, *op. cit.*

<sup>140</sup> El IDSS estima que la falta de pagos del gobierno supera los \$2.5 billones de pesos dominicanos. Véase Robert J. Palacios, *op. cit.*

<sup>141</sup> OPS/ Consejo de Instituciones de Seguridad Social de Centroamérica y República Dominicana (CISSCAD), *Seguridad Social en Centroamérica y República Dominicana: situación actual y desafíos*, Washington D. C., 2020.

<sup>142</sup> Carmelo Mesa-Lago, *Health Care for the Poor in Latin America and the Caribbean*, Pan-American Health Organization e Inter-American Foundation, Washington D. C., 1992.

menos de un año de asumir el cargo, dos triunviratos subieron al poder y una guerra civil estalló. Finalmente, en 1966 se llevaron a cabo elecciones presidenciales en las que ganó Joaquín Balaguer —quién había sido el último presidente subordinado a Trujillo entre 1960 y 1962— y se mantuvo en el poder hasta 1978.

Con esto inició una nueva etapa en República Dominicana, en la que se pone al Estado como agente fundamental del desarrollo social y económico. Sin embargo, el nuevo presidente, del Partido Reformista Social Cristiano, recibió un país en bancarota e invadido por Estados Unidos. Así, para crear la base social que necesitaba, la administración de Balaguer creó una red clientelar política y económica. La entrega de alimentos y dinero se volvió una de las principales políticas de asistencia social en República Dominicana. Para esto, se asignó, además del día del pobre, el día de la madre, de reyes y campañas electorales para la repartición de las dádivas, realizada por agencias gubernamentales. De tal modo, se podría decir que se institucionalizó la práctica clientelar y se creó así un subsistema paralelo al de las instituciones de seguridad social. Como consecuencia, se fue arraigando una cultura paternalista, tanto por parte del Estado como de las personas beneficiarias, quienes en vez de demandar la protección como un derecho humano, se encontraban en posición de dependientes y a la espera de ayuda. Por supuesto, estas políticas de carácter clientelar y asistencial brindaban un nivel de protección muy precario. En contraste, en 1966 se instituyó con carácter obligatorio el seguro de vida, cesantía e invalidez para los funcionarios y empleados públicos con sueldos mensuales de hasta RD\$400.

En 1978, después de años en la oposición, llegó al poder el Partido Revolucionario Dominicano (PRD) con Antonio Guzmán. Las promesas de campaña y las expectativas de la sociedad

dominicana apuntaban a reformas democráticas y sociales a favor de la redistribución económica, la participación política de la ciudadanía y la mejora del bienestar de la población. En los primeros años de la administración se aumentaron los salarios, se impusieron controles de precios, se crearon nuevos empleos públicos y se invirtió en infraestructura; también hubo un incremento del gasto público en salud, del 2 % del PIB.<sup>143</sup>

Sin embargo, el gobierno del PRD no consiguió cambios significativos, sino una continuidad en las políticas sociales del país. Las restricciones por la deuda externa, el empeoramiento de los desequilibrios comerciales, los crecientes déficits fiscales, la resistencia empresarial a la redistribución de ingresos y el escaso apoyo de su propio partido causaron que el presidente Antonio Guzmán no lograra articular un programa social y económico como el anunciado en su campaña.

El descontento social no tardó en manifestarse en movilizaciones y protestas de organizaciones obreras.<sup>144</sup> Ante esto —y con el intento del gobierno de controlar las actividades comerciales— el sector empresarial se movilizó contra la administración de Guzmán. Incluso, de 1979 a 1981, “las asociaciones empresariales se convirtieron en foros abiertos para ataques severos contra la administración”.<sup>145</sup>

<sup>143</sup> *Hoy digital*, “Una visión diferente de la salud pública”, Santo Domingo, 23 de agosto de 2004. Disponible en <https://hoy.com.do/una-vision-diferente-de-la-salud-publica-2/>

<sup>144</sup> Después del triunfo del PRD en agosto de 1978, el número de sindicatos registrados aumentó dramáticamente: en menos de dos meses cerca de 100 nuevos sindicatos fueron certificados por el Ministerio de Trabajo. Ver Rosario Espinal, “Economic Restructuring, Social Protest, and Democratization in the Dominican Republic”, *Latin American Perspectives*, núm. 3, vol. 22, pp. 63-79, 1995.

<sup>145</sup> *Rosario Espinal*, “Economic Restructuring, Social Protest, and Democratization in the Dominican Republic”, *Latin American Perspectives*, Núm. 3, Vol. 22, pp. 63-79, 1995.



En 1980, sólo el 11.6 % de la PEA estaba cubierta por el régimen de pensiones, que era completamente contributivo.<sup>146</sup> Un año después, se formó el fondo de jubilaciones y pensiones del Estado para funcionarios y empleados públicos, quienes se regían por un esquema que brindaba beneficios según el salario promedio de los últimos tres años cotizados. A la larga, este sistema resultó financieramente insostenible.<sup>147</sup> También existían cajas y fondos de pensiones de carácter complementario y sectorial, con afiliación exclusiva de grupos específicos de trabajadores, como choferes, trabajadores portuarios, hoteleros y gastronómicos, entre otros, así como planes de pensiones privados, de empresas y corporativos con reglas internas.<sup>148</sup> Por su parte, las Fuerzas Armadas y la Policía Nacional contaban con su propio esquema previsional, el Instituto de Seguridad Social de las Fuerzas Armadas y la Policía Nacional (Issfapol), formado en 1982, con una fórmula de beneficio definido más generosa y una cobertura de salud más amplia que la de los empleados privados.



La población de menores ingresos, sin empleo o en trabajos informales se atendía en la red hospitalaria de la Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social (SESPAS), que era el órgano rector de la política sectorial de salud y operaba también como proveedora directa de servicios. Según las leyes dominicanas, la SESPAS debía brindar atención médica gratuita a las personas en situación de pobreza, pero en la práctica ca-

recía de recursos suficientes —problema agudizado por los recortes presupuestarios sufridos en la década de 1980— y la mayoría de la población no estaba cubierta.<sup>149</sup>

El mayor gasto de la SESPAS se destinaba a la medicina curativa. Sin embargo, entre 1975 y 1986 la Secretaría implementó programas enfocados a la prevención y la atención primaria en áreas rurales y urbanas marginales. Con apoyo y recursos de organismos internacionales se construyeron centros de salud y clínicas rurales y suburbanas. Empero, estos programas tuvieron serias deficiencias administrativas, por lo que dejaron de funcionar.<sup>150</sup>

## La etapa de las transformaciones: del periodo neoliberal a la definición universalista de la seguridad social dominicana

### *El periodo neoliberal*

Salvador Jorge Blanco (1982-1986), también del PRD, al asumir el cargo pidió medidas de austeridad dirigidas a reducir el déficit fiscal. Para esto, en 1983 firmó una serie de acuerdos con el FMI que incluían la promulgación de un impuesto a las ventas, la reducción o eliminación de subsidios públicos, la reducción de la oferta monetaria y la libre flotación del peso dominicano. Tales decisiones se hicieron con medidas verticales, a puerta cerrada, por un pequeño equipo de tecnócratas estatales.

Los resultados del acuerdo fueron una reducción del déficit fiscal y del gasto público, pero a expensas de un terrible deterioro de la calidad de vida de la población. Aproximadamente la mitad de los habitantes del país tenía un ingreso por de-

<sup>146</sup> Gabriel Ondetti, "International Migration and Social Policy Underdevelopment in the Dominican Republic", *Global Social Policy*, núm. 1, vol. 12, pp. 45-66, 2012.

<sup>147</sup> OPS/CISSCAD, *op. cit.*

<sup>148</sup> *Idem.*

<sup>149</sup> Carmelo Mesa-Lago, *op. cit.*

<sup>150</sup> *Idem.*

bajo de la línea de pobreza; el 25 % de las familias estaban en pobreza indigente; el alfabetismo rondaba el 30 %; casi el 40 % carecía de agua potable y el 70 % de alcantarillado y limpieza de basura.<sup>151</sup>

Tras una disminución dramática de la popularidad de Jorge Blanco, Joaquín Balaguer volvió a la presidencia en 1986, lo que hablaba del desencanto y desesperación de la sociedad dominicana por una mejor calidad de vida. En sus primeros 3 años de gobierno, Balaguer intentó activar la economía desde el Estado y sin llegar acuerdos con el FMI. A fin de hacerse de recursos aumentó el precio de la gasolina en un 100 % y recurrió incluso a la mera impresión de billetes. Todo esto causó una inflación del 60 %, y para 1988 República Dominicana tenía el tercer PIB per cápita más bajo de las Américas, después de Haití y Bolivia. Finalmente, en 1989, cedió a las presiones nacionales e internacionales para reducir el gasto público, renegociar la deuda y liberalizar la economía.

Después de unas elecciones polémicas, Balaguer se reeligió en 1990. Su supervivencia política era un problema preocupante, por lo que se dedicó a la entrega de favores y beneficios a cambio de lealtad política; es decir, continuó con su política de redes clientelares, además de sus programas asistenciales de entrega de alimentos y subsidios. Al tiempo, el gasto social se redujo a menos del 2 % del PIB y la pobreza se elevó del 47 % en 1984 y al 56 % en 1996.<sup>152</sup>

El sistema enfrentaba una serie de problemas profundos desde décadas atrás. Los servicios médicos eran de baja calidad, concentrados en la capital del país, aglomerados en el tercer nivel de atención y altamente ineficientes. Además, tenía diversos programas fragmentados, con servicios redundantes y subutilizados, por una parte, e instalaciones cerradas debido a la falta de personal y

de recursos, por otra; así como gran corrupción e inestabilidad política —durante la década de 1990, la permanencia promedio en el cargo de un Secretario de Salud era de menos de 8 meses—.<sup>153</sup> Al igual que en otros países de la región, el personal de salud trabajaba tanto en el sector privado como en el público (donde los salarios son bajos y escatiman sus servicios para poder atender en la práctica privada). En ocasiones, el personal médico remitía a sus pacientes a sus clínicas privadas para procedimientos.<sup>154</sup>

Pese a que casi el 60 % de la población vivía por debajo de la línea de pobreza, la cobertura de la SESPAS era de alrededor del 35 % en la década de 1990.<sup>155</sup> A su vez, la cobertura contributiva del IDSS sólo alcanzaba al 6 % de la población.<sup>156</sup> Además, la falta de recursos y "las precariedades con que operaba ocasionaba notables costos para los pacientes, sobre todo en farmacología y servicios de diagnóstico".<sup>157</sup>

...

En consecuencia, hubo una utilización masiva de servicios privados,<sup>158</sup> que crecieron rápidamente con regulaciones mínimas; muchas empresas y sus trabajadores comenzaron a hacer doble cotización por la atención médica: el aporte obligatorio al IDSS (que no respondía a sus necesidades) y pagos a proveedores privados y aseguradoras. Así, el sector privado

<sup>151</sup> Rosa Cañete Alonso y Olaya O. Dotel, *op. cit.*

<sup>152</sup> *Idem.*

<sup>153</sup> La inestabilidad política en el sector salud viene desde década antes: entre 1930 y 1974, hubo 37 personas secretarías de salud. Una situación similar ha afectado al IDSS: 21 viceministros de 1978 a 1999.

<sup>154</sup> Amanda Glassman *et al.*, *op. cit.*

<sup>155</sup> Santana and Rathe, 1994.

<sup>156</sup> Amanda Glassman *et al.*, *op. cit.*

<sup>157</sup> Isidoro Santana, *Las iguales médicas frente al seguro social (Estudio de la organización industrial de los servicios de salud en la República Dominicana)*, BID, Santo Domingo, 1997, p. 3.

<sup>158</sup> Oscar Cañón, Magdalena Rathe y Úrsula Giedion, *Estudio de caso del Plan de Servicios de Salud PDSS de la República Dominicana*, Nota Técnica IDB-TN-683, BID, 2014.

se convirtió en el principal prestador de servicios en República Dominicana. Por supuesto, esto ocasionó una alta inequidad en el acceso a la salud, pues dependía de la capacidad de pago del individuo.<sup>159</sup>

Esta situación impulsó el crecimiento de las igualas médicas, que son entidades privadas, que ofrecen planes de salud mediante contrato, en ocasiones al personal completo de empresas e instituciones. Aproximadamente el 15 % de la población, principalmente del sector formal, pertenecía a planes de igualas médicas en 1995. Los planes variaban de precio, calidad y nivel de protección. Sin embargo, debido a que no estaban reguladas, podían modificar los criterios de cobertura y limitar los niveles de atención y servicios según la edad y el estado de salud de la persona. De esta forma, restringían su atención a la población de menor riesgo; es decir, la más saludable y de mayores ingresos.



A lo largo de los años noventa hubo una enorme cantidad de esfuerzos por solucionar esta situación, muchas veces por iniciativa de organismos internacionales o al menos con su apoyo. No era tarea fácil.

Uno de los esfuerzos más ambiciosos de la década —y al que se usará aquí como ejemplo de otras historias similares de ese tiempo— fue la creación de la Comisión Nacional de Salud (CNS) en 1995. Su mandato era realizar trabajos de investigación para el diseño de un sistema de salud más eficiente y comprehensivo, con acceso a servicios básicos de calidad para toda la población, y el objetivo de reducir la inequidad y el gasto de

bolsillo de los hogares.<sup>160</sup> La CNS funcionó principalmente con fondos del BID, el Banco Mundial, la OPS, el PNUD y el gobierno de Japón.<sup>161</sup>

Las propuestas derivadas de dicho trabajo fueron las siguientes:

- 1) la separación del financiamiento de la provisión de servicios de SESPAS e IDSS;
- 2) la expansión masiva de la cobertura del IDSS;
- 3) la definición de un paquete básico de servicios (PBS) rentable para ser financiado por el sector público;
- 4) autonomía hospitalaria;
- 5) vinculación de productividad e incentivos en la fuerza laboral de salud (por ejemplo, mediante contratos médicos).<sup>162</sup>

Estas propuestas estaban alineadas además con la ideas presentadas en dos documentos del Banco Mundial: el informe de 1993 titulado "Invertir en salud", y el estudio, de 1987, "Financiación de los servicios de salud en los países en vías de desarrollo".<sup>163</sup> Entre los objetivos estaban garantizar la prestación de servicios básicos y de asistencia clínica esencial, el respaldo oficial a los sistemas de información sobre salud e investigación de operaciones, un cambio de atención hacia la prevención, reglamentación estatal de los seguros privados y mayor financiamiento de la salud.

Sin embargo, diversos actores sociales se opusieron a la iniciativa, entre ellos las igualas médicas y el sector privado, pues habían adquirido un espacio importante en las áreas de provisión y aseguramiento, además de haber generado pingües ganancias, por lo que se convirtieron en poderosas fuerzas políticas y sociales defensoras del *statu quo*.

<sup>159</sup> Según la *Encuesta de Demografía y Salud* de 1991, aproximadamente el 60 % de las personas que tenían una enfermedad grave en último mes no buscó atención médica por razones económicas.

<sup>160</sup> Oscar Cañón, Magdalena Rathe y Úrsula Giedion, *op. cit.*

<sup>161</sup> Amanda Glassman *et al.*, *op. cit.*

<sup>162</sup> *Ibid.*, p. 118.

<sup>163</sup> John S. Akin, Nancy Birdsall, y David M. de Ferranti, *Financing Health Services in Developing Countries*, The World Bank, Washington D. C., 1987.

Igualmente, la Asociación Médica Dominicana (AMD), un sindicato sumamente poderoso, se oponía a la reforma. En efecto, cada negociación entre el gobierno y la AMD terminaba en concesiones gubernamentales. Esta organización frecuentemente entraba en huelga y por largos periodos, como lo hizo en 1996 durante ocho meses para exigir mejores salarios y condiciones de trabajo. El gobierno terminó por doblarles el sueldo y proporcionarles vivienda pública. No obstante, el ausentismo de dichos trabajadores de la salud era alto, usualmente trabajaban dos horas al día (en lugar de ocho), dedicaban en promedio dos minutos por paciente, violaban reglas y no hacían cumplir el presupuesto adecuadamente.<sup>164</sup>

Los empleadores y empleados formales asegurados por las igualas médicas tampoco apoyaban los cambios, puesto que se les obligaría a contribuir al sector público y tendrían que realizar una doble cotización. Y así fue que, finalmente, esta reforma tampoco pudo prosperar.

### **Hacia la expansión de derechos: de 2000 a 2020**

En las últimas dos décadas, República Dominicana tuvo niveles promedio de crecimiento económico del 5 % del PIB, de los más elevados de América Latina y el Caribe. De hecho, este crecimiento no se interrumpió ni siquiera por la crisis de 2008-2009: sólo redujo su ritmo. Esto permitió reducir la pobreza y la desigualdad. La tasa de pobreza disminuyó del 49.5 % al 28.9 % entre 2004 y 2016,<sup>165</sup> mientras

que el Coeficiente de Gini pasó de 50 a 43.7 entre el 2000 y el 2018.

En parte gracias a este impulso económico, y en parte también por la voluntad política, las propuestas y los reclamos de la década anterior terminaron finalmente de materializarse en los años 2000. En una serie difícil pero exitosa de negociaciones, se precisaron los componentes del Sistema Dominicano de Seguridad Social, se definieron las cotizaciones y su distribución en tres regímenes; se acordó la creación de una tesorería para la administración de fondos, así como la composición del Consejo Nacional de Seguridad Social (CNSS).

De particular importancia es la configuración del sistema con tres esquemas de incorporación para distintos grupos sociales. En primer lugar, el contributivo, destinado a personas asalariadas y con empleo formal. En segundo lugar, el subsidiado, para personas con ingresos menores al salario mínimo o con empleo informal. En tercero, el contributivo subsidiado, para quienes trabajan de manera independiente y tienen ingresos iguales o mayores al salario mínimo.

En 2001 comenzaron las reformas que configuraron el actual sistema de seguridad social, en el cual se reconoce a ésta como un derecho para toda la población, lo que cambia la visión gubernamental y promueve la consolidación de un sistema distante del clientelismo político que lo había caracterizado en etapas previas. La Ley General de Salud N° 42-01 y la N° 87-01 de Seguridad Social tienen un espíritu de participación social ligado al reconocimiento de los derechos y a la necesidad de una sociedad más justa y equitativa.

Hoy se cuenta con un marco normativo consolidado. Sin embargo, aún falta mucho por hacer para conseguir la implementación total del nuevo sistema de seguridad social. Por ejemplo, sólo fue hasta finales de 2019 cuando se comenzó a im-

<sup>164</sup> Amanda Glassman *et al.*, *op. cit.*

<sup>165</sup> Las cifras corresponden a la medición de pobreza monetaria con la metodología nacional. Al utilizar como referencia la línea de pobreza internacional (1.9 USD), el porcentaje se redujo de 3.9% a 0.4%. Véase World Bank, *Data Bank-World Development Indicators*. Disponible en <https://databank.worldbank.org/source/world-development-indicators#>

plementar de manera incipiente el régimen subsidiado de pensiones por vejez, y a la fecha no hay evidencia que sugiera que se implementará en el futuro próximo el régimen contributivo subsidiado para las personas que trabajan de manera independiente, pero que, dado que tienen un ingreso igual o mayor que el salario mínimo, no pueden acceder a las protecciones del régimen subsidiado.

Entre las razones por las que se ha retrasado la implementación de la ley se encuentran la insuficiencia presupuestaria y el bloqueo que los intereses privados han impuesto, particularmente en el ámbito de la salud, donde, como ya se explicó, ganaron poder debido a décadas de abandono gubernamental y falta de regulación.

## **Presión, cobertura, eficacia y desempeño**

Como ya se comentó al inicio de este capítulo, los índices de República Dominicana oscilaron en el periodo de estudio (2006-2019) en diferentes posiciones del estrato bajo. Su desempeño, en particular, mejoró en una medida notable, pero sin llegar a la media continental. En la siguiente tabla podrá verse la evolución de este país en los 12 indicadores empleados en el análisis cuantitativo del Capítulo 3.

**Tabla 18. Indicadores de presión, cobertura y eficacia de la seguridad social para República Dominicana**

Índices	Indicadores	2000	2010	2018
Presión	Población de 65 años o más como porcentaje de la población total	4.81	5.85	7.08
	Población urbana como porcentaje de la población total	61.75	73.75	81.07
	Empleo en servicios como porcentaje del empleo total	59.76	69.10	70.95
	Tasa de desempleo	6.43	5.21	5.86
Presión específica	Población rural como porcentaje de la población total	38.25	26.25	18.93
	Tasa de crecimiento poblacional	1.52	1.23	1.08
	Razón de dependencia demográfica	65.89	57.39	53.99
	Trabajadores familiares que contribuyen	1.64	1.93	1.82
	Tasa de informalidad	48.00	48.50 (2009)	56.30 (2016)
Cobertura	Partos atendidos por personal capacitado	97.80 (2002)	96.90 (2009)	99.80 (2016)
	Porcentaje de personas de 65 años o más que reciben una pensión	14.70	14.70	15.2 (2017)
	Gasto del gobierno en salud como porcentaje del PIB	1.71	2.52	2.82 (2017)
	Gasto público en protección social como porcentaje del PIB	0.79	1.76	1.53
Eficacia	Tasa de participación laboral de las personas de 65 años o más	25.86	21.74	27.16
	Tasa de mortalidad infantil	33.10	28.20	24.10
	Gasto de bolsillo como porcentaje del gasto total en salud	55.32	43.92	44.74 (2017)
	Población de 65 años o más en situación de pobreza	24.10	31.20	12.10

Fuente: Elaboración propia con información de la base de datos construida para el análisis del ISSBA.

## Conclusiones

La creación del SDSS y de políticas de combate a la pobreza mediante instrumentos codificados en la legislación, con procedimientos claros y transparentes, contrasta notablemente con las características de la política social del siglo XX, que era altamente excluyente, fragmentada y clientelar. Ha habido avances importantes en la cobertura de salud (el 78 % de la población) y prestaciones para personas asalariadas, sin embargo, falta mucho por hacer.

Como se puede ver, un elemento fundamental que ha determinado el alcance y rumbo de la reforma de la seguridad social en las últimas dos décadas es la importancia e influencia de los intereses económicos. La instrumentación de un sistema que garantice de manera efectiva y universal el derecho humano a la seguridad social supone

la presencia de un Estado fuerte que pueda superar los obstáculos que pretenden imponer los intereses particulares, como los de las empresas privadas o los surgidos del clientelismo político, para la consecución de un sistema universal, solidario e integral, que garantice el bienestar de la población.

La Ley 87-01 se orienta en el sentido correcto, pues establece mecanismos diferenciados para adaptarse a las condiciones de distintos grupos sociales y conseguir la incorporación de grupos históricamente excluidos. Sin embargo, es fundamental garantizar su cumplimiento efectivo, por lo que se necesita un impulso decidido para su instrumentación. Es impostergable la aplicación efectiva de esta ley para saldar la deuda histórica que ha tenido el Estado en la garantía del bienestar y la seguridad social de la población dominicana.

# Capítulo 8

## El sistema de seguridad social en Nicaragua

**NICARAGUA TIENE** un sistema de seguridad social relativamente limitado, pues aproximadamente 6 de cada 10 personas permanecen excluidas de la cobertura en prestaciones por vejez y hay altas tasas de informalidad laboral. Estas características se relacionan con la configuración del mercado interno y su vinculación con el sistema económico mundial, así como con la influencia de potencias externas, que determinaron en buena medida las posibilidades, en general, de su desarrollo capitalista y, de manera particular, de su sistema de seguridad social.

Pese a las circunstancias económicas, sociales y demográficas, que difieren sustancialmente de las de países con sistemas de seguridad social más desarrollados, en Nicaragua se ha dado un impulso reciente a la ampliación de la cobertura, especialmente en lo que se refiere a salud y pensiones. Sin embargo, la fragilidad institucional del sistema, un funcionamiento pocas veces basado en las mejores prácticas actuariales, un mercado poco desarrollado y la alta presencia de empleo informal, han limitado la búsqueda de un sistema más amplio y equitativo. En este capítulo se repasa el origen histórico del sistema, su desarrollo a lo largo de distintas etapas políticas del país, y el

esfuerzo reciente por ampliar la cobertura, interrumpido por reformas que buscan asegurar su sostenibilidad financiera.

### Evolución del sistema de seguridad social

El sistema de seguridad social nicaragüense nació de manera relativamente tardía, a partir de la Constitución de 1950 y bajo el control del dictador Anastasio Somoza García (1937-1947 y 1950-1956).

En comparación con sus antecesores en la región, este sistema estaba relativamente unificado: el Instituto Nicaragüense de Seguridad Social (INSS) buscaba incorporar a todas las personas trabajadoras de los sectores público y privado (salvo a algunas instituciones especiales, como las Fuerzas Armadas o el Ministerio del Interior) en un esquema contributivo. Sin embargo, su cobertura fue muy limitada: según datos de Antón Pérez,<sup>166</sup> aún fines de los años setenta era sólo del 20 % de la PEA.

<sup>166</sup> José Ignacio Antón Pérez, "La Reforma de la Seguridad Social en Nicaragua: Una Propuesta de Pensión no Contributiva", en *Cuadernos PROLAM/USP*, año 6, vol. 1, 2007, pp. 37-66.

Otra característica del sistema, que persiste hasta nuestros días, es su falta de técnica actuarial, lo que agravaba su de por sí precaria situación financiera, relacionada con los bajos niveles de cobertura.



Las brutales prácticas represivas de la dictadura y su subordinación a intereses extranjeros produjeron una gran oposición en el país, particularmente entre los grupos marginados, que condujo a la fundación del Frente Sandinista de Liberación Nacional y su posterior conquista del poder político.

En 1979, tras el triunfo de la Revolución sandinista, el INSS se reorganizó de forma integral, transfiriendo todos los servicios de salud, que anteriormente eran suministrados por proveedores privados, al Ministerio de Salud a través de la creación del Sistema Nacional Único de Salud (SNUS). De esta manera, la población que con anterioridad era atendida a través de diferentes programas privados, pasó a ser atendida en dicho sistema como el resto de la población; es el caso de los servicios de Enfermedad y Maternidad.

Posteriormente, en 1982, el INSS absorbió las funciones del Ministerio de Bienestar Social, que pasó a denominarse Instituto Nicaragüense de Seguridad Social y Bienestar (INSSBI),<sup>167</sup> e incorporó a sus atribuciones una docena de programas no contributivos que se habían empezado a implementar desde 1979. Estos programas de bienestar social tenían como población objetivo a los sectores no asegurados que se encontraban en estado de necesidad o vulnerabilidad.

Bajo esta nueva estructura se desarrollaron los programas de atención a la niñez, rehabilitación integral (atención a las personas con disca-

pacidad), protección a la vejez, orientación y protección familiar.<sup>168</sup>

En general, los cambios impulsados por el sandinismo ampliaron la cobertura e hicieron crecer de manera sustancial el gasto en salud.

Sin embargo, para el periodo 1985-1989, la economía nicaragüense cayó en una etapa de recesión, como consecuencia de los efectos nocivos de la guerra civil y del embargo económico impuesto por Estados Unidos sobre el país entre 1985 y 1990. Además, se deben mencionar las propias limitaciones del gobierno, como una reforma a la producción agrícola que generó gran oposición entre la población campesina. Errores que, aunados a factores externos, condujeron a la pérdida del poder en 1990.

## Intentos de imponer políticas neoliberales

Durante su presidencia, Violeta Barrios Chomorro (1990-1997) impulsó una agenda neoliberal, la cual, como en otras partes de la región latinoamericana, implicó cambios profundos al sistema económico y a la política social.

Se revirtió la reorganización del sistema de seguridad social y se arrasó con los avances de la política de salud instrumentada por el sandinismo. Así, en 1993 se dio entrada a intereses privados en la provisión de servicios sanitarios mediante la creación de las Empresas Médicas Previsio-

<sup>167</sup> A partir de la nueva Ley (Decreto No. 974) y Reglamento (Decreto No. 975) de Seguridad Social.

<sup>168</sup> En este primer quinquenio (1979-1984) el PIB real se incrementó en 4.5 % y 5.4 % en 1980 y 1981, respectivamente, y el desempleo abierto disminuyó del 28.4 % al 5 % en 1979-1980. Pero a partir de 1982, ocurrieron tasas de crecimiento negativas del PIB, exceptuando el año 1983 que alcanzó un crecimiento del 4.6 %. Carmelo Mesa-Lago, Sergio Santamaría, y Rosa María López, *La Seguridad Social en Nicaragua: Diagnóstico y propuesta de Reforma*, Fundación Friedrich Eber, Representación en Nicaragua, 1997. Disponible en [https://www.paho.org/nic/index.php?option=com\\_docman&view=download&alias=192-la-seguridad-social-en-nicaragua&category\\_slug=publicaciones-antteriores&Itemid=235](https://www.paho.org/nic/index.php?option=com_docman&view=download&alias=192-la-seguridad-social-en-nicaragua&category_slug=publicaciones-antteriores&Itemid=235)

nales (EMP). Aunque este tipo de organizaciones pueden ser públicas o privadas, de 27 EMP que se habían establecido hasta 1996, sólo dos eran públicas.<sup>169</sup> Además, el establecimiento de estos nuevos entes en el sistema de salud se dio con meros acuerdos ministeriales y sin modificar la legislación vigente para permitir su operación.<sup>170</sup> Con este cambio, se separaron las funciones de provisión, que quedaron a cargo de las EMP, y de rectoría, que pasaron a ser tarea del Estado.

Posteriormente, el gobierno antisandista de Barrios Chamorro procedió a dismantelar el INSSBI y creó, en 1995, el Fondo Nicaragüense de la Niñez y la Familia (FONIF) como un ente autónomo del Estado que se encargaría de promover y atender los programas y proyectos de bienestar social, así como de administrar los recursos para programas y proyectos ejecutados por el Fondo y por las organizaciones no gubernamentales y de la sociedad civil, en línea con el modelo de Fondos de Inversión Social, promovidos por el Banco Mundial (ver Capítulo 2 del Informe). De esta manera, las prestaciones contributivas de la seguridad social volvieron a quedar separadas de los programas no contributivos y se reinstuyó el INSS.<sup>171</sup> con el consecuente incremento de la fragmentación del sistema.

Así, se estableció una estructura dual del sistema, similar a la de otros países, en la que las personas con empleo formal acceden a prestaciones contributivas, que regularmente ofrecen mejores niveles de protección, y las personas en condición de pobreza o vulnerabilidad pueden

acceder a programas focalizados, con niveles mínimos de protección y financiados por contribuciones indirectas.

En 2000, la coalición gobernante aprobó la Ley del Sistema de Ahorro para Pensiones (Ley 340), que en buena medida adoptó las recomendaciones de Julio Bustamante (quien se desempeñó toda la década como superintendente del sistema de pensiones chileno) para sustituir el sistema público de reparto por uno privado y de capitalización individual, en el que el Estado se encargaría únicamente de la vigilancia y la regulación, mientras que el funcionamiento quedaba principalmente a cargo de las Administradoras de Fondos de Pensiones (AFP).

A pesar de que se aprobó la Ley, nunca se implementó, como consecuencia de un cambio en las orientaciones emitidas por el Banco Mundial, que reconoció haberse equivocado al recomendar, en primer lugar, la privatización del sistema de pensiones en el país.

Este giro se encuentra en un informe del Banco Mundial donde se analiza el alcance de las políticas privatizadoras desarrolladas en América Latina y el Caribe (que fueron un resultado directo de su publicación *Envejecimiento sin crisis: políticas para la protección de los ancianos y la promoción del crecimiento*, Washinton D. C., de 1994), al afirmar que en el momento de promulgar las reformas, Nicaragua no tenía un sector financiero suficientemente desarrollado y que

si bien la ayuda ofrecida por el Banco a través del diálogo sobre políticas, créditos o préstamos [...] fue muy inferior a la que otorgó a países que habían emprendido reformas anteriormente, como Perú y Argentina, el Banco no desalentó este último conjunto de reformas por deficiencias del sector financiero.<sup>172</sup>

<sup>169</sup> Carmelo Mesa-Lago, *La Seguridad Social en Nicaragua. Diagnóstico y recomendaciones para su reforma*, Instituto Nicaragüense de Investigaciones y Estudios Tributarios, Managua, 2020. Disponible en <https://www.iniet.org/wp-content/uploads/2020/03/Seguridad-Social-Diagn%C3%B3stico-Carmelo-Mesa-Lago-INIET-2020.pdf>

<sup>170</sup> Julio Francisco Báez Cortés, "La seguridad social en Nicaragua. Diagnóstico y recomendaciones para su reforma. Presentación", en Mesa-Lago, *La Seguridad Social en Nicaragua... op. cit.*

<sup>171</sup> Mesa-Lago et al., *op. cit.*

<sup>172</sup> Banco Mundial, *Reforma y reestructuración de los*

Sin embargo, en el mismo texto, esta institución reconoce que fue necesario dar marcha atrás en ese proceso: "En Nicaragua, la reforma se suspendió con el tiempo, siguiendo las orientaciones del Banco, ya que análisis posteriores revelaron que el país no estaba preparado para una empresa tan ambiciosa."<sup>173</sup> Y, finalmente, reconocen que, "si bien en Nicaragua se decidió dejar en suspenso la reforma, la decisión inicial de ponerla en marcha no fue muy acertada, dada su considerable dependencia de la asistencia de los donantes."<sup>174</sup>

A pesar de que no se logró la implantación de la agenda neoliberal en el ámbito de las pensiones, el sistema de salud siguió funcionando con base en la provisión de servicios a cargo principalmente de empresas privadas con fines de lucro, las EMP. Además, el gobierno mostró interés por reformar el sistema de seguridad social para garantizar su sostenibilidad financiera, por lo que se emprendió un diagnóstico actuarial sobre el funcionamiento del INSS.

## El impulso sandinista: entre la ampliación y la sostenibilidad

Con la llegada de Daniel Ortega a la presidencia en 2006, ahora por la vía electoral, se dio pie a la reorganización del sistema de seguridad social. Los cambios estuvieron centrados en el regreso de la rectoría del Instituto sobre funciones que en los gobiernos antisandinistas habían sido conferidas a instituciones privadas, como el caso de la distribución y pago de cheques para los pensionados, puesto que en los gobiernos anteriores los bancos cobraban una comisión de aproximadamente 30 centavos de dólar por cada cheque cobrado.

---

*sistemas de pensiones. Evaluación de la asistencia prestada por el Banco Mundial*, Washinton D. C., 2006, p. 25. Disponible en <http://documents1.worldbank.org/curated/es/293631468339012872/pdf/355210PUB0SPAN1sionstevaluation1esp.pdf>

<sup>173</sup> *Idem*.

<sup>174</sup> Banco Mundial, *op. cit.*, p. 134.

A partir de 2007, hubo un gran crecimiento del gasto público en salud que situó a Nicaragua como uno de los países que más gastan en esta materia en el continente, a pesar de tener uno de los ingresos per cápita más bajos. Esto se debió a un cambio profundo en la política de salud, la cual pasó a tener como prioridad el aumento en la inversión, toda vez que las administraciones anteriores habían privilegiado a la población de los quintiles más ricos, sobre todo, a través de la privatización de los servicios de salud en las unidades del MINSa.

A raíz de esto, se modificó sustancialmente la provisión de servicios mediante la sustitución de las EMP por las Clínicas Médicas Previsionales (CMP). Además, se estableció que el Estado debería garantizar el acceso gratuito y universal a los servicios de salud, equilibrando la atención curativa con las necesidades de prevención y promoción de la salud. En este sentido, un aspecto de primera importancia fue la transformación del Sistema Nacional de Salud a través del desarrollo de un nuevo Modelo de Salud Familiar y Comunitario (MOSAFC).<sup>175</sup> Los pilares del modelo son la prestación de servicios integrales de salud; la gestión descentralizada y desconcentrada a través de los Sistemas Locales de Atención Integral en Salud (SILAIS) y la reinstalación de la gratuidad de los servicios de salud del MINSa. De esta manera, la implementación del MOSAFC fue la causa del enorme incremento del gasto de gobierno en salud y tuvo consecuencias relevantes en el crecimiento de las capacidades institucionales de Nicaragua para la atención de la salud de la población.

---

<sup>175</sup> Definido como "concepción integral y moderna de la atención en salud, con enfoque de Promoción de la Salud y la Prevención de riesgos, dando respuesta así a la complejidad de la situación epidemiológica de la población y los determinantes de la salud, adaptando las intervenciones de salud a las características geográficas, políticas, culturales y étnicas de la población; rescatando la medicina popular y tradicional." Minsa, *op. cit.*, p. 5.

En 2013 se reformó el sistema previsional y se creó la *pensión de vejez reducida proporcional*. Esta reforma (de manera similar a lo que sucedió con las que hubo en Chile y Uruguay en 2008) buscó ampliar el acceso a esta prestación. En 2013 se estimó que había 8000 beneficiarios de dicha pensión, pero, según cálculos de Mesa-Lago, en 2017 había 51 208 (25 % del total de pensionados). En tanto, Alberto Arenas de Mesa identificó que entre 2013 y 2017, la cobertura del sistema creció en 16.1 puntos porcentuales, al pasar del 17.9 % al 34 %.<sup>176</sup>

Sin embargo, la situación financiera del sistema era precaria desde su fundación misma, por lo que a lo largo del tiempo se intentaron distintos cambios para hacerlo sostenible. Uno de los más recientes fue la reforma paramétrica de 2018, que establecía criterios más estrictos para el acceso a una pensión por vejez, incrementaba las tasas de cotización y establecía impuestos a los beneficios que reciben las personas pensionadas para financiar su atención a la salud. Sin embargo, esto provocó un estallido social que sumió en la inestabilidad política al país, por lo que el gobierno derogó casi inmediatamente el decreto con el que se pretendía imponer la reforma. De cualquier manera, consiguió imponer uno prácticamente igual en 2019.

En opinión de un grupo de expertos comandados por Carmelo Mesa-Lago,<sup>177</sup> la reforma de 2019 no presenta una solución a los problemas financieros del sistema de seguridad social. Esto por varias razones, entre las que destaca la ausencia de un estudio actuarial que estimara los efectos de los cambios implementados, por lo que indicaron que el "proyecto aparentemente fue preparado por una comisión del Ministerio de Hacienda con

el objetivo central de demorar el colapso financiero del INSS y el rescate inmediato por Hacienda".<sup>178</sup> También, la baja cobertura del sistema entre las población en edad de trabajar, que apenas pasó del 24.2 % al 31.4 % entre 2007 y 2017, lo que supone serias restricciones al ingreso. Además, el Estado ha sido históricamente moroso con las aportaciones que debe hacer al sistema, como queda claro al considerar el reconocimiento de la deuda que tiene para financiar el seguro de Enfermedad y Maternidad y su promesa de saldarla en 50 años, misma que no cumplió entre 2014 y 2016,<sup>179</sup> por lo que parece complicado que pueda cumplir con los nuevos montos de aportación, que son siete veces mayores que antes del decreto de 2019: del 1.75 % frente al 0.25 % anterior. Además, se identifica un déficit de diálogo social en la elaboración de la reforma. La reforma fallida de 2018 y la de 2019 se elaboraron de manera unilateral por el gobierno. En concreto, la redactó el Consejo Directivo del INSS sin consulta alguna.<sup>180</sup>

## Presión, cobertura, eficacia y desempeño

Puesto que Nicaragua es uno de los países con poblaciones menos envejecidas y urbanas de la región, se encuentra en el estrato de presión muy baja, junto con Bolivia, Honduras, Guatemala y Paraguay; y en la posición 17 de 19 del Índice de Presión (IP) en 2009, y el lugar 18 de 19 en 2016.

Sin embargo, el IPE mostró una presencia importante de factores relacionados con la exclusión de la seguridad social, como altos niveles de informalidad laboral, población rural y trabajadores en empresas familiares. Esto indica que hay serios desafíos para ampliar la cobertura del sistema.

<sup>176</sup> Alberto Arenas de Mesa, *Los sistemas de pensiones en la encrucijada. Desafíos para la sostenibilidad en América Latina*, Santiago de Chile, 2019.

<sup>177</sup> "Recomendaciones para la reforma del sistema", en Mesa-Lago, 2020, *op. cit.*

<sup>178</sup> *Ibid.*, p. 70.

<sup>179</sup> *Ibid.*, p. 54.

<sup>180</sup> *Ibid.*, p. 70.

Sin embargo, es posible ver un incremento general de la cobertura de la seguridad social en el periodo de estudio. En el año 2009, Nicaragua se posicionó en el lugar 17 de 19 (coeficiente de 0.237), y para 2016 ya estaba en el lugar 15 (coeficiente de 0.428). No obstante, la cobertura sigue siendo de las más bajas de la región, por lo que el país ocupa el estrato de “cobertura muy baja” en ambos años.

Para el Índice de Eficacia (IE), en el año 2009 Nicaragua se posicionó en el lugar 14 de 19, y para 2016 subió a la posición 13. Respecto a la estratificación, en 2009 el país se encontró en el estrato de eficacia muy baja y, aunque sólo subió de la posición 14 a la 13, pasó al estrato de eficacia baja para 2016 (junto con México, Perú y Ecuador).

En la siguiente tabla se presenta un resumen de las tendencias en las variables que componen estos índices.

**Tabla 19. Indicadores de presión, cobertura y eficacia de la seguridad social para Nicaragua**

Índices	Indicadores	2000	2010	2018
Presión	Población de 65 años o más como porcentaje de la población total	3.79	4.53	5.25
	Población urbana como porcentaje de la población total	55.19	56.92	58.52
	Empleo en servicios como porcentaje del empleo total	50.49	52.23	52.93
	Tasa de desempleo	No disponible	5.19 (2009)	3.92 (2016)
Presión específica	Población rural como porcentaje de la población total	44.82	43.08	41.48
	Tasa de crecimiento poblacional	1.56	1.36	1.26
	Razón de dependencia demográfica	76.83	60.89	54.92
	Trabajadores familiares que contribuyen	12.33	9.77	9.38
	Tasa de informalidad	No disponible	65.7 (2009)	77.4 (2016)
Cobertura	Partos atendidos por personal capacitado	73.70 (2002)	74.00	96.00 (2017)
	Porcentaje de personas de 65 años o más que reciben una pensión	18.00	17.20	34.00 (2017)
	Gasto interno en salud del gobierno general como porcentaje del PIB	2.58	2.95	5.02 (2017)
	Gasto público en protección social como porcentaje del PIB	0.51	0.53	0.36
Eficacia	Tasa de participación laboral de las personas de 65 años o más	No disponible	39.70 (2009)	32.70 (2016)
	Tasa de mortalidad infantil	29.9	17.5	15.7
	Gasto de bolsillo como porcentaje del gasto total en salud	43.88	41.00	32.60 (2017)
	Población de 65 años o más en situación de pobreza	51.30 (2001)	41.26	28.45 (2016)

Fuente: Elaboración propia con información de la base de datos construida para el análisis del ISSBA.

## Conclusiones

El sistema de seguridad social nicaragüense ha tenido un desarrollo limitado debido a diversos factores externos e internos. Entre ellos, el establecimiento de un régimen autoritario manejado de manera patrimonial por la familia Somoza, en el que la seguridad social se creó para tratar de conseguir un mínimo de legitimidad, especialmente entre los sectores urbanos y de trabajadores formales —que continúan siendo minoría—. La represión selectiva de la oposición, los altos niveles de población rural y la dependencia de una economía agroexportadora supuso un escaso desarrollo de las fuerzas productivas y organizaciones de trabajadores que en otros países americanos presionaron por la fundación y expansión de los sistemas de seguridad social. El sistema nicaragüense continuó con las mismas características por dos décadas y media, hasta el triunfo de la revolución sandinista.

Este cambio significó una reconfiguración completa en la provisión estatal de bienestar: se alcanzaron los niveles más altos de cobertura en pensiones, se hizo una fuerte inversión en salud, se estableció un sistema unificado con prestaciones similares para todas las personas y se creó una institución para proveer prestaciones monetarias tanto a las personas con empleo formal como a las que estaban en condición de pobreza: el INSSBI. Las contradicciones mismas del gobierno sandinista hicieron colapsar al régimen revolucionario y dieron paso al desmantelamiento de la nueva estructura de la política social.

Sin embargo, esto no supuso únicamente el restablecimiento de la estructura excluyente que caracterizó a la seguridad social del régimen dictatorial de la familia Somoza, sino la privatización de los servicios de salud y el intento de establecer un régimen privado de capitalización individual en pensiones. En esto último fue determinante la in-

fluencia de organismos multilaterales y de técnicos extranjeros. Sin embargo, al poco tiempo quedó claro que la privatización no era una opción viable para el país, que los diagnósticos y recomendaciones no eran adecuados, lo que llevó a dar marcha atrás al modelo de cuentas individuales incluso antes de que se implantara. En cambio, el sistema de salud funcionó de manera altamente privatizada y se redujo su cobertura debido a la aplicación del programa neoliberal que agudizó la crisis económica e hizo crecer el desempleo.

Con el retorno del sandinismo al poder, volvió a cambiar la orientación del sistema. Se reformuló la política de salud y se hizo una enorme inversión pública, tanto en recursos financieros como en personal, al tiempo que se privilegió la atención en el primer nivel de atención. Esto ubicó a Nicaragua como uno de los países que más gasta en salud, a pesar de tener uno de los que tienen un menor PIB per cápita. También hubo avances en pensiones mediante la creación de la opción de una prestación reducida para quienes no cumplieran con las semanas de cotización mínimas para acceder a una prestación, pero hubieran alcanzado la edad legal. Esto incrementó notablemente la cobertura en pensiones, aunque alrededor de 6 de cada 10 personas permanecen excluidas de la protección del ingreso en la vejez.

Es notable el esfuerzo que hizo el gobierno por ampliar la cobertura del sistema, a pesar de las características demográficas, económicas y laborales del país: una población relativamente joven, un bajo nivel de industrialización, una alta informalidad laboral y una gran cantidad de personas en situación de pobreza. La orientación general del sistema a partir de 2007 es adecuada; sin embargo, se debe emprender un esfuerzo decidido por incorporar a más grupos que han permanecido excluidos de la seguridad social, y, sobre todo, por garantizar la sostenibilidad con bienestar.

# Aprendizajes

## y recomendaciones

**ESTE INFORME DEJA** en claro la necesidad de invertir recursos y esfuerzos para universalizar el acceso a las prestaciones de la seguridad social, pero también de abatir las desigualdades en los niveles de protección ante riesgos sociales que hay entre quienes acceden a mecanismos contributivos y quienes cuentan con la cobertura de programas de contribución indirecta (no contributivos). Actualmente, porciones importantes de la población permanecen excluidas de los sistemas de seguridad social debido a su condición laboral, lugar de residencia, nivel de ingreso, sexo, condición de ciudadanía o edad. También se presentan claras inequidades en las transferencias y servicios que hay en los sistemas financiados por aportaciones de las personas trabajadoras formales, en relación con las que se ofrecen a sectores poblacionales en condición de pobreza o vulnerabilidad. Todo esto vulnera, de forma contundente, la garantía del derecho humano a la seguridad social de grupos que, en muchas ocasiones, son mayoritarios en los países del continente. Además de esta conclusión general, el ISSBA permitió llegar a algunos aprendizajes que se exponen a continuación, junto con un recuento general de lo estudiado en cada uno de los capítulos.

En el Capítulo 1 se presentó un recuento histórico del desarrollo de la seguridad social. Comprender los principales avances y las características de los sistemas en función del momento histórico y los procesos económicos de las sociedades permite no sólo encontrar tendencias y contrastar con planteamientos teóricos, sino reconocer momentos clave en los cuales la historia de la seguridad social dio giros importantes. Uno de los hitos más tempranos se dio en la Alemania de Bismarck, a finales del siglo XIX. Su importancia radicó sobre todo en que se legislaron derechos de protección a las personas trabajadoras, asignando claramente responsabilidades por parte de empleadores, así como cuotas y montos. A partir de entonces, en distintos países de Europa y América surgieron leyes similares, especialmente sobre pensiones por vejez y viudez, así como beneficios por enfermedad o accidentes laborales. A inicios del siglo XX, algunos países de América Latina —como Argentina, Brasil, Chile y Uruguay— comenzaron a crear sistemas de seguridad social durante esta época temprana, marcada por momentos de bonanza que terminaron con la crisis de la década de los treinta. Estas dificultades significaron que países como Estados Unidos pusieran en marcha pro-

gramas de reactivación económica que incluyeron mayor protección a las personas trabajadoras, creando el sistema de pensiones que existe hasta la fecha, el mayor programa de seguridad social en ese país. Otros optaron por modelos económicos de industrialización que ampliaron la base trabajadora urbana, sobre la cual fueron tomando forma sus sistemas de seguridad social.

La segunda Guerra Mundial marcó la década de 1940 no sólo en Europa, el principal campo de batalla, sino en todas las regiones, especialmente en países con lazos comerciales con los directamente involucrados en el conflicto, lo que abonó a la reestructuración de los modelos económicos y de producción en buena parte de América Latina. A esto se sumó la influencia que tuvo el Informe Beveridge, solicitado por el gobierno de Reino Unido con miras a la reconstrucción de la posguerra. El informe planteaba la creación de un sistema de protección social solidario, universal y "de la cuna a la tumba". Estos principios fueron debatidos y en parte adoptados por muchos países en Europa en los años siguientes, y además influyó en las recomendaciones y asistencias técnicas que haría la OIT en las siguientes décadas. Por lo tanto, los sistemas que se crearon entre 1940 y 1970, décadas de crecimiento económico importante y del "auge de la seguridad social", fueron menos fragmentados que los creados al inicio de siglo, con prestaciones amplias y, en muchos casos, generosas. Los países "pioneros" también buscaron mecanismos para ampliar el acceso. Así, se reforzó la aspiración de universalismo de la seguridad social, consagrada además como un derecho humano en la Declaración de 1948.

La búsqueda de coberturas universales en el continente se encontró con la realidad laboral de América Latina, en cuyos países no se logró formalizar la gran mayoría de los empleos como sucedió en otras regiones, particularmente América

del Norte y Europa. Hacia finales de los setenta, algunos sistemas habían mostrado ya signos de insostenibilidad. A esto se sumó un periodo de crisis económicas que dieron pie a un periodo de "neoliberalización" de la economía y las políticas sociales, incluyendo la seguridad social. Esta época, analizada en el capítulo 2, se caracterizó por recortes al gasto público y la privatización y descentralización de los servicios, especialmente de salud y pensiones. Es decir, hubo un retraimiento no sólo del gasto y las prestaciones ofrecidas (por ejemplo, en la focalización de las asignaciones familiares), sino de la rectoría del Estado en la provisión de bienestar. Si bien estos cambios se dieron en modos y grados distintos en cada país, fueron observables en toda América.

Estas reformas aumentaron la pobreza y la desigualdad, situación que intentó rectificarse con la creación, en los primeros años del presente siglo, de nuevos programas sociales. Entre ellos se cuentan numerosos esfuerzos por ampliar la cobertura de pensiones y salud mediante programas financiados, parcial o totalmente, por impuestos generales, o la creación de programas de transferencias condicionadas para familias con hijos. Si bien estos mecanismos han sido fundamentales para reducir la exclusión y los niveles de pobreza, no han logrado igualar la calidad de los beneficios y servicios que brinda la seguridad social contributiva. De esta manera, se crearon sistemas duales, en los que, si bien hay mayor cobertura que en etapas previas, persiste una gran desigualdad en la extensión y el nivel de las prestaciones.

En el Capítulo 3 se elaboraron cuatro índices para estudiar de manera comparativa los sistemas de seguridad social de 19 países americanos en 2009 y 2016.<sup>181</sup>

---

**181** Argentina, Bolivia, Brasil, Canadá, Chile, Colombia, Costa Rica, República Dominicana, Ecuador, El Salvador, Estados Unidos, Guatemala, Honduras, México, Nicaragua, Panamá, Perú, Paraguay y Uruguay.

1. El Índice de Presión, que captura factores demográficos, sociales y laborales que empujan a la ampliación de los sistemas.
2. El Índice de Cobertura, que incluyó principalmente indicadores referentes a la extensión de las prestaciones por vejez y asistencia a la salud.
3. El Índice de Eficacia, en el que se incluyeron variables relacionadas con la protección de los ingresos de las personas mayores y ante gastos en servicios médicos, y resultados en salud.
4. El Índice de Desempeño de los Sistemas de Seguridad Social, que agrega los resultados de los tres índices y presenta una medida sintética del desempeño de los sistemas.

Mediante estos índices, se identificó que en las últimas dos décadas y, particularmente entre 2009 y 2016, creció la cobertura de pensiones y salud en la mayoría de los 19 países estudiados, y que muchas veces esto se debió a un incremento de los factores demográficos, sociales y laborales que presionan para dicha ampliación. Sin embargo, también se identificaron casos en los que no ocurrió así. Por ejemplo, que una mayor proporción de personas mayores no se viera acompañada de un aumento del número de pensionados. En ese capítulo también pudo identificarse que a un crecimiento de la cobertura le siguió uno de la eficacia, aunque igualmente se encontraron algunas excepciones. Como se expuso al final del capítulo, esto puede relacionarse con el hecho de que, en pensiones y salud, el crecimiento de la población beneficiada se consiguió por medio de esquemas de contribución indirecta que otorgan menores niveles de protección.

Para profundizar en las relaciones entre presión, cobertura y eficacia, se seleccionaron cuatro casos para un análisis cualitativo a profundidad,

uno por cada grupo identificado en el Índice de Desempeño de los Sistemas de Seguridad Social. Además, se decidió elaborar un capítulo para analizar los sistemas de seguridad social de los países de la Comunidad del Caribe (Caricom), dado que no se pudieron obtener datos estadísticos suficientes como para incluirlos en el análisis cuantitativo.

Así, en el Capítulo 4 se pudo identificar que los países de la Caricom fundaron sus sistemas de seguridad social de manera relativamente tardía, principalmente en la década de los sesenta, casi al mismo tiempo que se independizaron del Reino Unido. Hubo una importante influencia de factores externos en la configuración de estos sistemas. Uno de ellos fue, por supuesto, la tradición jurídica inglesa, que regularmente no supone la codificación de derechos sociales en las constituciones, pero también influyó el modelo del sistema de salud inglés, el NHS (por sus siglas en inglés), y los principios enarbolados por el Informe Beveridge. Además, fue muy importante la asistencia técnica que brindó la OIT. De esta manera, se establecieron sistemas mucho más unificados que los fundados en otros países americanos en las décadas previas y, en general, sistemas de salud que brindan atención a las personas sin necesidad de hacer cotizaciones basadas en el salario. Una característica muy importante de estos sistemas es un mecanismo de portabilidad de derechos de la seguridad social, especialmente en prestaciones de largo plazo, entre los países que integran la Caricom. Sin embargo, la aplicación del acuerdo es muy limitada todavía, lo que probablemente se deba a una falta de conocimiento sobre su funcionamiento, disparidades en las características de los sistemas o una falta de inclusión de la población migrante en el empleo formal.

En el Capítulo 5, se expusieron los enormes avances que hubo recientemente en Uruguay en el camino a la universalización de la seguridad so-

cial. El sistema de este país se fundó de manera temprana, vinculado a un proyecto de modernización política, social y económica que requería el desarrollo de sectores medios y de una mano de obra proletarizada. Al finalizar los cincuenta ya se había establecido la cobertura legal universal en pensiones, y se habían creado prestaciones familiares y por desempleo. El sistema continuó expandiéndose hasta que se instauró la dictadura en 1973, periodo en el que se deterioraron algunas prestaciones, particularmente las pensiones por vejez, pero que no supuso su privatización. Los intentos más importantes en este sentido vendrían con los gobiernos democráticos, particularmente en los noventa. Así, se desreguló el sector salud, generando importantes inequidades, y se reformó el sistema de pensiones para introducir un pilar privado que complementa al régimen público que cubre a la mayoría de la población. Con el cambio de siglo, Uruguay se enfrentó a la peor crisis económica en los últimos cuarenta años, la cual, en buena medida, permitió un cambio en el gobierno que condujo a la ampliación del sistema.

En efecto, se creó el Sistema Nacional Integrado de Salud, se flexibilizó el acceso a las pensiones por vejez —puesto que la reforma de los noventa implicaría una reducción en la cobertura de las personas mayores—, se creó un extenso programa de prestaciones familiares y se reformó el seguro de desempleo. Este periodo también dio paso a una innovación importante en el sistema de bienestar uruguayo: la creación del Sistema Nacional Integrado de Cuidados. Sin embargo, desde 2017 se ha discutido la necesidad de reformar el sistema, particularmente en lo que se refiere a pensiones por vejez, para hacerlo más sostenible financieramente. No cabe duda de que esto es fundamental, pero es imprescindible que cualquier transformación garantice y dé continuidad a la protección integral de las personas ante

los riesgos sociales, misma que ubicó a Uruguay en el estrato de desempeño alto con indicadores que muestran una baja exclusión de grupos poblacionales de la seguridad social

Chile (Capítulo 6) también fundó un sistema de seguridad social de manera temprana, en la década de los veinte, y alcanzó una cobertura muy alta hacia la mitad del siglo XX. Sin embargo, tras el impulso universalista que dio el gobierno de la Unidad Popular, inició un periodo de franco retroceso comandado por el régimen militar de la dictadura. Así, se privatizó completamente el sistema de pensiones y, de manera parcial, el de salud. Esto generó grandes inequidades en los niveles de protección, una reducción en la cobertura y el empoderamiento de intereses privados que, décadas después, serían un poder de veto ante intentos de mejorar la equidad en el sistema de seguridad social.

Así pues, en los 2000 estos intereses se convirtieron en francos obstáculos para mejorar el acceso a las pensiones y bloquearon la creación de una administradora pública que compitiera con las privadas, por lo que únicamente se consiguió establecer un pilar solidario que permitió la sobrevivencia del régimen por una década más. En salud, si bien se consiguió un avance importante al establecer un paquete mínimo de prestaciones al que todas las personas deben tener acceso, persistió el sistema dual, con servicios privados para quienes tienen mayores niveles de ingreso y menores riesgos de salud, y una opción pública para las personas en condición de pobreza o de vulnerabilidad. En buena medida, los avances del periodo se deben al impulso que dieron gobiernos ideológicamente afines a una mayor intervención estatal en la provisión de bienestar, pero también se debe destacar la reforma del primer gobierno de Sebastián Piñera para el establecimiento del sistema de prestaciones por maternidad más ambicioso de la región latinoamericana.

Sin embargo, el sistema parece estar llegando a sus límites. Así lo indican, por lo menos, los reclamos para desmontar la herencia neoliberal de la dictadura, que se promovieron en medio del estallido social en la segunda parte de 2019. En el futuro inmediato, los representantes populares deberán discutir la manera de solucionar el desafío de las pensiones, atendiendo a las demandas de mayor protección en la vejez al tiempo que se garantiza la sostenibilidad del sistema y sin que los intereses privados puedan impedir transformaciones que produzcan bienestar generalizado.

En contraste, la fundación del sistema de seguridad social de República Dominicana (Capítulo 7) inició hasta la segunda mitad de los años 1940, pero tuvo un desarrollo mínimo en las siguientes cinco décadas. Esto se debió principalmente a las características del régimen dictatorial de Rafael Trujillo (1930-1938, 1942-1952, y que gobernó de manera indirecta entre 1938-1942 y 1952-1961), que recurrió a acciones clientelares y asistenciales para obtener un mínimo de legitimidad, por lo que no dio un impulso serio al establecimiento de un sistema amplio. El clientelismo perduró incluso después del fin de la dictadura y bloqueó cualquier opción de desarrollo del sistema en los siguientes años.

Fue hasta el 2000 que se dio una transformación radical, como resultado de cambios en la integración del Poder Legislativo, de una intensa discusión política y social sobre la necesidad de un sistema de seguridad social, y la influencia de organismos multilaterales como la OPS, el BID y el Banco Mundial. De esta manera, se creó un marco regulatorio que establece un sistema integral, plural y con aspiraciones universales, que contrasta con las prácticas clientelares del pasado.

Así, a la par del régimen contributivo, que tuvo siempre una cobertura muy limitada, se estableció un régimen subsidiado para las perso-

nas de bajos ingresos y sin empleo formal, y uno contributivo-subsidiado para quienes trabajan por cuenta propia y tienen un nivel de ingreso medio o alto. Sin embargo, ha sido lenta la instrumentación del marco legal. Por ejemplo, sólo fue hasta finales de 2019 que comenzó el programa de pensiones subsidiadas para personas mayores y todavía no se implementa el régimen contributivo-subsidiado. En estos retrasos ha sido muy importante la oposición de intereses privados, sobre todo en el sector sanitario, que se habían fortalecido en el pasado por su papel de principales proveedores de salud ante la ausencia de una amplia política y regulación estatal. Incluso el Consejo Nacional de Seguridad Social se ha enfrentado a intentos de bloqueo por parte de intereses privados, ante esfuerzos por ampliar la cobertura y, en general, el bienestar de la población.

En el Capítulo 8 se puede observar que la fundación del sistema nicaragüense de seguridad social también se dio de manera relativamente tardía, hasta la segunda mitad de los cincuenta. El sistema de Nicaragua surgió notablemente más unificado que los fundados en décadas previas, pues aspiraba a cubrir a todas las personas ocupadas tanto en el sector privado como el público, salvo algunas categorías especiales de funcionarios. Sin embargo, su aplicación fue mínima. Como en el caso dominicano, esto se debió a las características del régimen autoritario. Aquí también el establecimiento del sistema respondió al interés de la coalición en el poder (la familia Somoza) por obtener un mínimo de legitimidad ante los grupos urbanos, mientras mantenía una política represiva contra cualquier asomo de oposición. Además, el sistema funcionaba sin bases actuariales y técnicas sólidas, pues los beneficios se otorgaban según disposiciones gubernamentales y no en función de procedimientos claramente establecidos y regulados.

Con el triunfo de la Revolución sandinista en 1979, se reconfiguró notablemente el sistema y se amplió la cobertura. En salud, se estableció un sistema único para proveer de servicios sanitarios a toda la población, abatiendo la exclusión basada en la condición laboral. Se creó el Instituto Nicaragüense de Seguridad Social y Bienestar (INSSBI) para proveer de prestaciones monetarias tanto a las personas afiliadas a la seguridad social como para administrar los programas de atención a la pobreza.

No obstante, con la salida del poder del sandinismo, en 1990, se volvió a transformar la estructura y funcionamiento del sistema. Se eliminó el sistema único de salud y se privatizó la provisión de servicios, por lo que el Instituto Nicaragüense de Seguridad Social (INSS) se convirtió en un financiador de servicios —que proveen principalmente organizaciones privadas— y las personas sin cobertura contributiva accedían a servicios gratuitos de menor calidad. Además, siguiendo las recomendaciones de los organismos multilaterales, particularmente del Banco Mundial, y del entonces superintendente de pensiones de Chile, Julio Bustamante, se aprobó la privatización del sistema y el establecimiento de un régimen de capitalización individual. Sin embargo, el mismo Banco Mundial desaconsejaría tiempo después instrumentar dicha reforma, dado que los costos de transición serían demasiado altos y el país no contaba con las condiciones mínimas para su funcionamiento, por lo que siguió en operación el sistema público de reparto.

Con el retorno del FSLN al Poder Ejecutivo se dio un nuevo impulso a la ampliación de la cobertura. En primer lugar, se reformó a fondo la política de salud, por lo que se dio una gran inversión que trajo un incremento de los recursos financieros y el personal médico, además de que se priorizó la atención primaria a la salud y se adoptó un enfo-

que preventivo. También se creó la opción de que las personas que hubieran cumplido 60 años, pero no contaran con las 750 semanas de cotización para acceder a un beneficio por retiro, pudieran acceder a una pensión reducida, lo que produjo un incremento sustancial de la cobertura entre las personas mayores. Sin embargo, no se han conseguido superar las deficiencias de origen del sistema: fragilidad financiera, reformas sin diagnósticos certeros, alta informalidad laboral y déficit de diálogo social para procesar los cambios. Esto ha obligado al gobierno en turno, de manera unilateral, a intentar reformas que contribuyan a la sostenibilidad financiera del sistema. Sin embargo, esto ocasionó una gran oposición que derivó en inestabilidad política. Es importante que se atienda de fondo el problema, pero buscando compatibilizar los objetivos de universalizar el acceso a la seguridad social con una suficiencia financiera, al tiempo que se atienden los problemas históricos recién mencionados y se abra la discusión con los diversos sectores sociales involucrados.



El origen y las transformaciones de los sistemas de seguridad social se han vinculado históricamente con momentos de crisis. Por ejemplo, el gran impulso a su desarrollo en varios países americanos vino después del colapso económico de 1929 y de la Segunda Guerra Mundial; las tareas de reconstrucción condujeron a la creación de sólidos Estados de bienestar en los países europeos, y aunque en América casi nadie participó en la conflagración, también en esa época se dio un impulso sustancial al desarrollo de la seguridad social. En los ochenta, con la crisis de la deuda, la tendencia fue a reducir los sistemas, lo que ocasionó una crisis social de enormes proporciones. Ya en este siglo, la crisis financiera

internacional de 2008 dio un gran impulso a las discusiones en organismos internacionales sobre cómo establecer sistemas de provisión universal de prestaciones mínimas, y también coincidió con un incremento sustancial de la cobertura de pensiones de contribución indirecta.

La emergencia sanitaria y económica causada por la pandemia de COVID-19 pone a todos los países en una situación sin precedentes, que no sólo requiere sólidos sistemas de salud, sino instrumentos efectivos de protección de los ingresos para la satisfacción de las necesidades más vitales. Esto sitúa a los sistemas de seguridad social en una coyuntura que debe conducir a una amplia discusión y reforma para adaptar las prestaciones a los retos que impondrá el nuevo milenio (donde se cierne sombríamente la amenaza de un deterioro medioambiental de proporciones catastróficas) al tiempo que se garantiza la protección ante los denominados *viejos riesgos sociales*. La historia nos muestra que las transformaciones a los sistemas no están necesariamente determinadas por grandes fuerzas impersonales como el envejecimiento poblacional, las transformaciones laborales o los modelos de desarrollo, sino que dependen de factores contingentes y la capacidad de agencia de actores colectivos que, por medio de la lucha política, pueden llevar a arreglos que contribuyan al bienestar o, en caso contrario, a francos deterioros y a la agudización de las exclusiones e inequidades sociales —por ejemplo, mediante el poder de veto de intereses privados o los cambios emprendidos de manera unilateral por los gobiernos, que en ocasiones pasaron sin resistencia y sin considerar sus efectos negativos en la población—. En este sentido, es impostergable una amplia discusión democrática, plural y con fundamentación técnica para que los pueblos de nuestra América consigan forjar sistemas de se-

guridad social que pongan en el centro a las personas y su bienestar, de tal manera que se salden las centenarias deudas históricas.

Más allá de apuntar a objetivos loables y necesarios, como la universalización de las prestaciones o el bienestar de las personas y las colectividades, a continuación se presentan algunos aprendizajes y recomendaciones puntuales derivadas del análisis desarrollado en los ocho capítulos de este informe.

## **Fortalecimiento de la regulación y rectoría estatal**

En la mayoría de los casos, los intereses privados se han vuelto poderes capaces de vetar o al menos obstaculizar reformas para ampliar la cobertura o hacer más equitativo el acceso a las prestaciones de la seguridad social. Lo mismo han bloqueado modificaciones al sistema de pensiones para incentivar la competencia mediante la introducción de proveedores públicos, que el establecimiento de paquetes de servicios médicos homogéneos y accesibles para toda la población. De esta manera, la búsqueda de lucro se ha convertido en una barrera que vulnera el bienestar de la población; esto quedó claro en la mayoría de los casos, pero sobre todo en los bloqueos que impulsieron los intereses privados a las reformas en Chile y República Dominicana.

En este sentido, se recomienda establecer marcos regulatorios y desarrollar capacidades estatales que permitan contener a los intereses privados cuando amenazan el desarrollo de los sistemas de seguridad social. El lucro no debe desplazar a la universalidad, la solidaridad y el bienestar como principios que guían el funcionamiento de los sistemas. Esto es de crucial importancia en los sistemas en los que empresas privadas y con fines de lucro desempeñan fun-

ciones de administración y provisión de servicios, donde la rectoría estatal es imprescindible e impostergable.

## **Sostenibilidad financiera y eficiencia en la gestión**

Es fundamental que los sistemas sean sostenibles financieramente y operen con eficiencia. Sin esto, existe el riesgo de colapsos parciales o totales y, consecuentemente, la desprotección de las personas. Sin embargo, la búsqueda de la sostenibilidad no debe significar limitaciones en el acceso a las prestaciones o, peor aún, retrocesos en la garantía del derecho a la seguridad social, como sucedió en la década de los ochenta y noventa.

El proceso de envejecimiento poblacional impone a los sistemas el doble desafío de ampliar la cobertura entre las personas mayores al tiempo que se reduce la población en edad de trabajar que puede contribuir al financiamiento de los sistemas. En este sentido, uno de los principales retos será hacer compatibles la sostenibilidad y la universalización, y la solución debe formularse mediante un amplio diálogo social en el que puedan participar todas las partes interesadas, en igualdad de condiciones, por lo que se debe evitar que las transformaciones que afectan a amplios grupos de la población se tomen mediante procesos opacos y controlados por equipos técnicos aislados de los problemas y demandas sociales.

Esto no significa, en ningún sentido, desprestigiar la técnica. De hecho, ésta es fundamental para garantizar la construcción de instituciones sólidas. Es de particular importancia la instalación y desarrollo de capacidades actuariales en todos los sistemas de seguridad social, mismas que deben considerar las condiciones sociales y adaptarse a ellas. Es importante, pues, que su interés no sea sólo tener finanzas sanas, sino que éstas estén

dirigidas a establecer las condiciones necesarias para el bienestar y la protección de las personas.

Por supuesto, cabe resaltar que de nada sirven estudios actuariales situados socialmente y con las mejores prácticas internacionales si los tomadores de decisiones no implementan las recomendaciones que emanen de ellos. Así pues, se necesita una gestión integral de los sistemas, basada en evidencia y que considere, permanentemente, el objetivo social de la seguridad social.

## **La necesidad de diagnósticos certeros**

De la mano de lo anterior, es importante que cualquier tipo de cambio se fundamente en un diagnóstico que cumpla con los más altos estándares técnicos. Aunque pareciera un asunto del pasado o de países con burocracias poco desarrollados, lo cierto es que la privatización de los fondos de pensiones en los ochenta y noventa dejó claro que incluso los organismos multilaterales más prestigiados pueden cometer errores de cálculo y llevar a que los países comprometan modificaciones que benefician, principalmente, a los intereses financieros y hacen poco por el bienestar de las personas. Los errores en el diagnóstico y en la elaboración de propuestas implicó dar marcha atrás al establecimiento del régimen de cuentas individuales en Nicaragua, y su reversión en Argentina ante los altos costos de transición.

## **Establecimiento de sistemas de información**

Por supuesto, este tipo de diagnósticos sólo se pueden desarrollar si se cuenta con información confiable y actualizada. Como lo dejó claro el análisis cuantitativo del Capítulo 3, hay una falta importante de datos recolectados de manera sis-

temática, periódica, actualizada, confiable y comparable sobre las características más importantes de los sistemas de seguridad social, y sobre los factores sociales, económicos, demográficos y laborales que intervienen en su desarrollo y en los requerimientos de bienestar de las poblaciones de cada país.

Por consiguiente, es necesario que los gobiernos nacionales, las instituciones de seguridad social, las oficinas nacionales de estadísticas, los organismos internacionales e instituciones de investigación colaboren para recolectar, sistematizar y difundir información pertinente para la toma de decisiones con miras a fortalecer los sistemas de seguridad social. Es fundamental que en esta tarea se priorice la información referente a grupos poblacionales que han permanecido excluidos históricamente y que lamentablemente se encuentran invisibilizados de las estadísticas e información pública disponible.

## **Fortalecimiento de los sistemas públicos de pensiones**

La experiencia de casi 40 años de sistemas de cuentas individuales ha dejado en claro las limitaciones de este modelo, hasta el grado de que las demandas por su reforma se incluyeron en el reciente estallido social en Chile. Incluso, se han revertido total o parcialmente en la inmensa mayoría de los países de Europa oriental donde se instauraron. En América Latina han sido bastante resilientes a pesar de haber favorecido reducciones en la cobertura y el monto de los beneficios; incrementado los gastos de administración y generado onerosas cargas fiscales a los Estados, por no mencionar la agudización de las inequidades de género.

Ante el inminente envejecimiento poblacional en la región latinoamericana, es impostergable una

discusión profunda sobre las alternativas para conseguir sistemas de pensiones que garanticen una vida digna a las personas mayores. La sostenibilidad financiera no debe ser el único horizonte normativo que se planteen los países, sino que deben conjugarlo con la búsqueda de bienestar para todas las personas mayores. En este sentido, la CISS recomienda fortalecer los componentes públicos y solidarios donde los hay, y su establecimiento donde no, puesto que la búsqueda del lucro por parte del capital financiero no puede ser la base del bienestar. Así, se establece la necesidad de revertir los procesos de privatización impulsados en el continente en las últimas décadas y se propone el establecimiento de modelos mixtos de pensiones —en línea con las recomendaciones de otros organismos internacionales como la OIT—, que tengan como piedras angulares los pilares basados en pensiones solidarias y de beneficio definido —financiadas mediante capitalización colectiva—, mismos que convivan con los pilares de capitalización individual y otros esquemas previsionales acordados entre empleadores y personas trabajadoras. Estos modelos deberán estar acotados a la realidad social e institucional de cada país, así como a estudios técnicos y actuariales que les brinden viabilidad y sostenibilidad financiera.

## **La necesidad de la protección ante el desempleo**

Pese a los desafíos que enfrentan los sistemas de pensiones en el continente, las personas mayores son, generalmente, las que cuentan con un mejor nivel de protección, como lo prueba el hecho de que este grupo etario sea el que tiene los menores niveles de pobreza en comparación con el total de la población. Esto indica que hay un déficit importante en la atención a otros grupos, como el de las personas en edad productiva. Por

ejemplo, únicamente en 2 de los 4 casos estudiados hay un esquema de seguro por desempleo (Chile y Uruguay), y la cobertura es muy limitada. La emergencia ocasionada por la pandemia de COVID-19 ha mostrado la importancia de este tipo de protecciones, dado que son fundamentales para garantizar un poder adquisitivo que permita a las familias cubrir sus necesidades básicas, sobre todo ante la pérdida total o parcial de los ingresos monetarios por trabajo.

Así pues, es impostergable el establecimiento de mecanismos que aseguren a las personas contra el desempleo, donde no los haya, y que se amplíe su cobertura donde ya existan. Ésta tiene que ser una de las prioridades en los años próximos.

## La protección de niñas y niños

Uno de los grupos más desprotegidos es el de niños, niñas y jóvenes. En todos los casos de estudio, la pobreza afecta principalmente a este grupo poblacional. Esto vulnera el bienestar de las personas en una de las etapas más importantes de su vida y puede tener consecuencias devastadoras en sus posibilidades de inserción laboral o de tener una vida sana. Si bien se ha avanzado sustancialmente en el establecimiento de mecanismos públicos para garantizar un nivel de consumo mínimo para las niñas y niños (principalmente por medio de los programas de transferencias condicionadas que han proliferado en la mayoría de países del continente, y atienden principalmente a los hogares de menores ingresos), los niveles de pobreza entre este grupo de edad siguen siendo preocupantemente altos.

Los sistemas de seguridad social, y en general los gobiernos, deben diseñar estrategias de atención a niñas y niños que permitan tratar este problema. Naturalmente, uno de los principales instrumentos son las transferencias monetarias,

pero también se requiere de otros mecanismos que provean de servicios fundamentales, de tal manera que se establezcan estrategias integrales y multidimensionales. Es decir, se necesita fortalecer la provisión de servicios sanitarios, educativos y alimenticios para este grupo y, sobre todo, se debe impulsar una política de cuidados que garantice su bienestar y facilite la inserción laboral de sus madres y padres.

## La importancia de los sistemas de cuidado

Los sistemas de cuidado son esenciales no sólo para proteger a niñas y niños, sino a todas las personas en situación de dependencia: adultas mayores o con discapacidad. Este tipo de políticas son imprescindibles para proveer bienestar a tales grupos poblacionales. Sin embargo, son una deuda pendiente en la mayoría de los países americanos y sólo recientemente se ha empezado su construcción, tal como sucede en Uruguay.

Es importante que los gobiernos del continente emprendan decididamente el establecimiento de políticas de cuidado para atender a los grupos en situación de dependencia, y que hagan con instrumentos en los que se les conciba como sujetos de derecho y no como meros beneficiarios de asistencia social.

## El combate a las inequidades de género

En este informe se presentaron diversas evidencias de que las mujeres tienen menor acceso a la seguridad social; en parte debido a su menor incorporación al mercado laboral. Es imprescindible que los gobiernos y las instituciones de seguridad social emprendan esfuerzos decididos por abatir

esta desigualdad. En este sentido, son muy útiles los mecanismos compensatorios que se establecieron, por ejemplo, para incrementar su acceso a las pensiones por vejez, o las políticas de cuidado que potencialmente pueden modificar la división de los trabajos de cuidado, que las mujeres desempeñan mayoritariamente y sin remuneración. Sin embargo, se debe adoptar un enfoque de género que permita tratar el problema de manera integral. Esto pasa por adoptar un enfoque de derechos.

## La necesidad de un enfoque de derechos

Sin duda, es importante desarrollar un marco legislativo basado en una perspectiva de derechos, que aspire a garantizar el mayor nivel de protección para todas las personas. Sin embargo, esto no es suficiente, como lo dejó en claro el análisis del Sistema Dominicano de Seguridad Social. Es necesario que la legislación se traduzca en políticas públicas, presupuestos, programas y acciones concretas que hagan efectiva la cobertura legal.

Tampoco es suficiente proveer servicios y transferencias monetarias si no se apegan a un marco normativo en el que se privilegie la garantía de los derechos humanos y, particularmente, de los económicos, sociales y culturales.

De igual manera, es pertinente la ratificación de los convenios e instrumentos jurídicos internacionales que establecen obligaciones para los Estados, así como estándares mínimos a cumplir en el funcionamiento de los sistemas de seguridad social. Resultan de especial relevancia el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, el Convenio 102 de la OIT y sus demás convenios especializados en prestaciones de la seguridad social: el 130, sobre asistencia médica y prestaciones monetarias por enfermedad; el 168, fomento del empleo y la protección con-

tra el desempleo; el 128, sobre las prestaciones de invalidez, vejez y sobrevivientes; el 121, sobre prestaciones en caso de accidentes del trabajo y enfermedades profesionales; el 183, sobre la protección de la maternidad.

## Atención a la dualidad de los sistemas

Históricamente, la fragmentación institucional ha sido una de las principales características de la mayoría de los sistemas americanos. Por lo general, esto ha implicado la estratificación de los beneficios y, por ende, una gran inequidad en el disfrute del derecho a la seguridad social. La fragmentación no es fortuita, sino el resultado de procesos políticos, económicos y sociales que han influido fuertemente en el rumbo de la seguridad social en el continente, y la experiencia indica que sólo se ha podido superar mediante cambios radicales al sistema, en los que se rompen los mecanismos institucionales que refuerzan la dependencia de ruta. Lo importante no es tanto si está fragmentado o no, si no las inequidades en el disfrute del derecho; es decir, el problema es que el acceso a las prestaciones mediante programas operados por distintas instituciones se traduzca en niveles de protección notablemente desiguales, y que esto afecte principalmente a personas y grupos en condición de pobreza o de vulnerabilidad.

Como se estableció desde el inicio de este informe, estos aprendizajes y recomendaciones deben considerarse a la luz del punto de quiebre que representa el año 2020, marcado por la emergencia sanitaria del Covid-19 y la agudización de los efectos del deterioro medioambiental en el futuro próximo. Estas circunstancias son un reto importante para los sistemas de seguridad social del siglo XXI, que se ven en la necesidad

de replantear su aproximación a los viejos y nuevos riesgos sociales para proteger a las personas. Aunque estos últimos afectarán a toda la población, es innegable que sus consecuencias serán desproporcionadas en los grupos de la sociedad que han estado históricamente excluidos de la seguridad social, mismos que se enfrentan a condiciones de vulnerabilidad y pobreza.

Por tanto, la discusión debe orientarse hacia el diseño y la implementación de mecanismos que permitan satisfacer los requerimientos de bienestar de las sociedades americanas, entre los cuales se encuentran demandas vinculadas

al seguro de desempleo, la renta básica universal o el ingreso mínimo vital, sistemas de cuidado, entre otros. Esto de ninguna manera excluye la posibilidad de innovar y de consolidar instrumentos que vayan más allá, cuidando siempre la estabilidad entre la sostenibilidad financiera y la universalización del derecho humano a la seguridad social.

Sirvan, pues, este informe y su coyuntura para replantearnos el camino a seguir, reflexionar sobre el pasado y construir, mediante el diálogo social, un futuro diferente para los pueblos de las Américas.



- 180, "Reforma de la Caja Militar: "resultados malos y procedimientos peores", 21 de octubre de 2018. Disponible en [https://www.180.com.uy/articulo/76614\\_reforma-de-la-caja-militar-resultados-malos-y-procedimientos-peores](https://www.180.com.uy/articulo/76614_reforma-de-la-caja-militar-resultados-malos-y-procedimientos-peores)
- Abu Sharkh, Miriam e Ian Gough, "Global Welfare Regimes: A Cluster Analysis", *Global Social Policy*, núm. 10, 2010, pp. 27-58.
- Administración de los Servicios de Salud del Estado, "¿Cómo me afilio?", 2020. Disponible en <http://afiliaciones.asse.com.uy/web/guest/prestacion>
- AFC Chile, "Seguro de cesantía". Disponible en <https://www.afc.cl/descripcion-del-seguro/seguro-cesantia-solidario/>
- AFP, "Piñera lanza reforma en salud en respuesta a demanda social", *Milenio*, Santiago de Chile, 5 de enero de 2020. Disponible en <https://www.milenio.com/internacional/chile-sebastian-piñera-lanza-reforma-fondo-salud>
- Akin, John S., Nancy Birdsall y David M. de Ferranti, *Financing Health Services in Developing Countries*, The World Bank, Washington D. C., 1987.
- Alegre, Pablo y Fernando Filgueira, "Assessment of a Hybrid Reform Path: Social and Labour Policies in Uruguay", *International Labour Review*, núm. 148, 2009.
- Almandoz, Arturo, "Despegues sin madurez: Urbanización, industrialización y desarrollo en la Latinoamérica del siglo XX", *EURE*, núm. 102, vol. 34, agosto de 2008, pp. 61-76.
- Altamirano Escobar, Alberto Jerónimo, *El Régimen Jurídico de las Empresas Médicas Previsionales en Nicaragua*, León, Nicaragua, UNAN, 2002. Disponible en <http://riul.unanleon.edu.ni:8080/jspui/retrieve/670>
- Altamirano Montoya, Álvaro *et al.*, *Presente y futuro de las pensiones en América Latina y el Caribe*, BID, Washington D. C., 2015.
- Altman, David, y Rossana Castiglioni, "Determinants of Equitable Social Policy in Latin America (1990-2013)", *Journal of Social Policy*, 2019.
- Álvarez García, M. (ed.), *La seguridad social en Cuba*, CISS, Ciudad de México, 1998.
- Amarante, Verónica, y Victoria Tenenbaum,

- "Mercado laboral y heterogeneidad productiva en Uruguay", en Verónica Amarante y Ricardo Infante (eds.), *Hacia un desarrollo inclusivo: el caso de Uruguay*, CEPAL/OIT, Santiago de Chile, 2016.
- Andrenacci, Luciano, "From Developmentalism to Inclusionism: On the Transformation of Latin American Welfare Regimes in the Early 21<sup>st</sup> Century", *Journal Für Entwicklungspolitik*, XXVIII, 2012, pp. 35-57.
- Anria, Santiago, y Sara Niedzwiecki, "Social Movements and Social Policy: The Bolivian Renta Dignidad", *APSA 2012 Annual Meeting Paper*, 2012.
- Antigua and Barbuda Social Security Board, "Performance Highlights. January – June 2019". Disponible en [http://www.social-security.gov.ag/\\_content/publications/statistics/abssb-performance-highlights-jan-to-jun-2019.pdf](http://www.social-security.gov.ag/_content/publications/statistics/abssb-performance-highlights-jan-to-jun-2019.pdf)
- Antón Pérez, José Ignacio, "La reforma de la seguridad social en Nicaragua: una propuesta de pensión no contributiva". *Cuadernos PROLAM/USP* 1: 37-66, 2007. Disponible en <https://www.revistas.usp.br/prolam/article/view/82289/85262>
- Antón Pérez, José Ignacio, *Análisis económico de la reforma de la seguridad social en Nicaragua: Una propuesta de pensión no contributiva en Nicaragua*, ResearchGate, s. f. Disponible en [https://www.researchgate.net/publication/5087669\\_Analisis\\_economico\\_de\\_la\\_reforma\\_de\\_la\\_seguridad\\_social\\_en\\_Nicaragua\\_Una\\_propuesta\\_de\\_pension\\_no\\_contributiva\\_en\\_Nicaragua](https://www.researchgate.net/publication/5087669_Analisis_economico_de_la_reforma_de_la_seguridad_social_en_Nicaragua_Una_propuesta_de_pension_no_contributiva_en_Nicaragua)
- Arenas de Mesa, Alberto, *Los sistemas de pensiones en la encrucijada. Desafíos para la sostenibilidad en América Latina*, CEPAL, Santiago de Chile, 2019. Disponible en [http://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/44851/S1900521\\_es.epub](http://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/44851/S1900521_es.epub)
- Arenas de Mesa, Alberto, *Los sistemas de pensiones en la encrucijada. Desafíos para la sostenibilidad en América Latina*, Santiago de Chile, 2019.
- Avedaño, Nestor, *Seguridad Social... ¿para quién? Costos y obstáculos de la Seguridad Social en Nicaragua*. Managua: Comité de Servicio de los Amigos (AFSC), 2004. Disponible en [https://www.paho.org/nic/index.php?option=com\\_docman&view=download&category\\_slug=publicaciones-antiores&alias=337-seguridad-social-para-quien&Itemid=235](https://www.paho.org/nic/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=publicaciones-antiores&alias=337-seguridad-social-para-quien&Itemid=235)
- Báez Cortés, Julio Francisco, *La Seguridad Social en Nicaragua. Diagnóstico y recomendaciones para su reforma*. Presentación, en Carmelo Mesa-Lago (ed.). *La Seguridad Social en Nicaragua. Diagnóstico y recomendaciones para su reforma*. Instituto Nicaragüense de Investigaciones y Estudios Tributarios, Managua, 2020. Disponible en <https://www.iniet.org/wp-content/uploads/2020/03/Seguridad-Social-Diagn%C3%B3stico-Carmelo-Mesa-Lago-INIET-2020.pdf>
- Bailey, Clive y John Turner, "Social Security in Africa: A Brief Review", *Journal of Aging and Social Policy*, núm. 1, vol. 14, 2002, pp. 105-114.
- Baker, George W., "The Wilson Administration and Nicaragua, 1913-1921". *The Americas* 22 (4): 339-376, 1966. Disponible en <http://www.jstor.org/stable/979017>
- Banco Central de Nicaragua. s. f. *Tipo de cambio dólar, córdoba*. Disponible en [https://www.bcn.gob.ni/estadisticas/mercados\\_cambiarior/tipo\\_cambio/cordoba\\_dolar/index.php](https://www.bcn.gob.ni/estadisticas/mercados_cambiarior/tipo_cambio/cordoba_dolar/index.php)

- Banco Central de República Dominicana, *Boletín Trimestral de la Encuesta Continua de Empleo 2020-I*, Santo Domingo, 2020.
- Banco Central de República Dominicana, *Encuesta Nacional de Fuerza de Trabajo, 2014*, Santo Domingo, 2020.
- Banco Mundial, "Age dependency ratio (% of working-age population)", *Banco de Datos*, <https://data.worldbank.org/indicador/SP.POP.DPND?locations=UY>
- Banco Mundial, "Age dependency ratio, old (% of working-age population)", *Banco de Datos*, 2020. Disponible en <https://data.worldbank.org/indicador/SP.POP.DPND.OL?locations=UY>
- Banco Mundial, "Age dependency ratio, young (% of working-age population)", <https://data.worldbank.org/indicador/SP.POP.DPND.YG?locations=UY>
- Banco Mundial, "Área de tierra (kilómetros cuadrados)", *Banco de Datos*, 2020. Disponible en <https://datos.bancomundial.org/indicador/AG.LND.TOTL.K2>
- Banco Mundial, "Área de tierra (kilómetros cuadrados)", *Banco de datos*. Disponible en <https://datos.bancomundial.org/indicador/AG.LND.TOTL.K2?locations=CL>
- Banco Mundial, "Área de tierra" (kilómetros cuadrados)-Nicaragua. Disponible en <https://datos.bancomundial.org/indicador/AG.LND.TOTL.K2?locations=NI>
- Banco Mundial, "Crecimiento de la población (% anual)", *Banco de Datos*, 2020. Disponible en <https://datos.bancomundial.org/indicador/SP.POP.GROW>
- Banco Mundial, "Crecimiento del PIB (% anual)-Latin America & Caribbean", *Banco de Datos*. Disponible en <https://datos.bancomundial.org/indicador/NY.GDP.MKTP.KD.ZG?end=2019&locations=ZJ&start=2000>
- Banco Mundial, "Crecimiento del PIB (% anual)", *Banco de Datos*, 2020. Disponible en <https://datos.bancomundial.org/indicador/NY.GDP.MKTP.KD.ZG?locations=DO>
- Banco Mundial, "Crecimiento del PIB (% anual)", *Banco de Datos*, 2020. Disponible en <https://datos.bancomundial.org/indicador/NY.GDP.MKTP.KD.ZG?locations=UY>
- Banco Mundial, "Current health expenditure (% of GDP)-United States", *Banco Mundial*, 2020. Disponible en <https://data.worldbank.org/indicador/SH.XPD.CHEX.GD.ZS?locations=US>
- Banco Mundial, "Desempleo como porcentaje de la población activa", *Banco de datos*. Disponible en <https://datos.bancomundial.org/indicador/SL.UEM.TOTL.MA.ZS?locations=CL>
- Banco Mundial, "Domestic general government health expenditure (% of general government expenditure)", *Banco de Datos*, 2020. Disponible en <https://datos.bancomundial.org/indicador/SH.XPD.GHED.GE.ZS?locations=NI&view=chart>
- Banco Mundial, "Empleo en agricultura (% del empleo total)", *Banco de Datos*, 2020. Disponible en <https://datos.bancomundial.org/indicador/SL.AGR.EMPL.ZS>
- Banco Mundial, "Empleos en la industria (% del total de empleos)", *Banco de Datos*, 2020. Disponible en <https://datos.bancomundial.org/indicador/SL.IND.EMPL.ZS>
- Banco Mundial, "Empleos en servicios (% del total de empleos)", *Banco de Datos*, 2020. Disponible en <https://datos.bancomundial.org/indicador/SL.SRV.EMPL.ZS>
- Banco Mundial, "Empleos en servicios (% del total de empleos)", *Banco de Datos*, 2020.

- Disponible en <https://datos.bancomundial.org/indicador/SL.SRV.EMPL.ZS>
- Banco Mundial, "Esperanza de vida al nacer, total (años)", *Banco de Datos*, 2020. Disponible en <https://datos.bancomundial.org/indicador/SP.DYN.LE00.IN>
- Banco Mundial, "Gasto de bolsillo (% del gasto en salud)", *Banco de Datos*, 2020. Disponible en <https://datos.bancomundial.org/indicador/SH.XPD.OOPC.CH.ZS>
- Banco Mundial, "Gasto interno en salud del gobierno general (% del PIB)", *Banco de Datos*, 2020. Disponible en <https://data.worldbank.org/indicador/SH.XPD.GHED.GD.ZS>
- Banco Mundial, "Gasto interno en salud del gobierno general (% del gasto total en salud)", *Banco de Datos*, 2020. Disponible en <https://data.worldbank.org/indicador/SH.XPD.GHED.CH.ZS>
- Banco Mundial, "Gasto total en salud (% del PIB)", *Banco de Datos*, 2020. Disponible en <https://data.worldbank.org/indicador/SH.XPD.CHEX.GD.ZS>
- Banco Mundial, "Indicador de Crecimiento del PIB (% anual)", *Banco de Datos*, 2020. Disponible en <https://datos.bancomundial.org/indicador/NY.GDP.MKTP.KD.ZG?locations=NI>
- Banco Mundial, "Indicador de PIB per cápita (US\$ a precios actuales)", *Banco de Datos*, 2020. Disponible en <https://datos.bancomundial.org/indicador/NY.GDP.PCAP.CD?locations=NI>
- Banco Mundial, "Índice de Gini", *Banco de datos*. Disponible en <https://datos.bancomundial.org/indicador/SI.POV.GINI?locations=CL&topics=4>
- Banco Mundial, "Informalidad laboral", *Indicadores de Desarrollo del Banco Mundial*, 2000-2018. Disponible en <https://databank.bancomundial.org/source/world-development-indicators>
- Banco Mundial, "Out-of-pocket expenditure (% of current health expenditure)", *Indicadores de Desarrollo del BM*, 2000-2018. Disponible en <https://data.worldbank.org/indicador/SH.XPD.OOPC.CH.ZS>
- Banco Mundial, "PIB per cápita (US\$ a precios actuales)", *Banco de Datos*, 2020. Disponible en <https://datos.bancomundial.org/indicador/NY.GDP.PCAP.CD?locations=UY>
- Banco Mundial, "PIB per cápita (US\$ a precios constantes de 2010)", *Banco de datos*. Disponible en: <https://datos.bancomundial.org/indicador/NY.GDP.PCAP.KD>
- Banco Mundial, "Población activa, total", *Banco de datos*. Disponible en <https://datos.bancomundial.org/indicador/SL.TLF.TOTL.IN?locations=CL>
- Banco Mundial, "Población de 65 años de edad y más (% del total) – Uruguay", *Banco de Datos*, 2020. Disponible en <https://datos.bancomundial.org/indicador/SP.POP.65UP.TO.ZS?locations=UY>
- Banco Mundial, "Población entre 0 y 14 años de edad (% del total) – Uruguay", *Banco de datos*, 2020. Disponible en <https://datos.bancomundial.org/indicador/SP.POP.0014.TO.ZS>
- Banco Mundial, "Población entre 15 y 64 años de edad (% del total) – Uruguay", *Banco de Datos*, 2020. Disponible en <https://datos.bancomundial.org/indicador/SP.POP.1564.TO.ZS?locations=UY>
- Banco Mundial, "Población rural (% de la población total)", *Banco de Datos*, 2020. Disponible en <https://datos.bancomundial.org/indicador/SP.RUR.TOTL.ZS>

- Banco Mundial, "Población urbana (% de la población total)", *Banco de Datos*, 2020. Disponible en <https://datos.bancomundial.org/indicador/SP.URB.TOTL.IN.ZS>
- Banco Mundial, "Población, hombres (% del total)", *Banco de Datos*, 2020. Disponible en <https://datos.bancomundial.org/indicador/SP.POP.TOTL.MA.ZS>
- Banco Mundial, "Población, mujeres (% del total)", *Banco de Datos*, 2020. Disponible en <https://datos.bancomundial.org/indicador/SP.POP.TOTL.FE.ZS>
- Banco Mundial, "República Dominicana: panorama general", 13 de mayo de 2020. Disponible en <https://www.bancomundial.org/es/country/dominicanrepublic/overview>
- Banco Mundial, "Tasa de crecimiento poblacional", *Indicadores de Desarrollo del Banco Mundial*, 2000-2018. Disponible en <https://databank.bancomundial.org/source/world-development-indicators>
- Banco Mundial, "Tasa de dependencia demográfica", *Indicadores de Desarrollo del Banco Mundial*, 2000-2018. Disponible en <https://databank.bancomundial.org/source/world-development-indicators>
- Banco Mundial, "Tasa de mortalidad infantil", *Indicadores de Desarrollo del Banco Mundial*, 2000-2018. Disponible en <https://databank.bancomundial.org/source/world-development-indicators>
- Banco Mundial, "Tasa de mortalidad infantil", *Indicadores de Desarrollo del Banco Mundial*, 2000-2018. Disponible en <https://databank.bancomundial.org/source/world-development-indicators>
- Banco Mundial, "Tasa de mortalidad, bebés (por cada 1000 nacidos vivos)", *Banco de Datos*, 2020. Disponible en [datos.bancomundial.org/indicador/SP.DYN.IMRT.IN](https://datos.bancomundial.org/indicador/SP.DYN.IMRT.IN)
- Banco Mundial, "Tasa de participación en la fuerza laboral, total", *Banco de datos*. Disponible en <https://datos.bancomundial.org/indicador/SL.TLF.CACT.NE.ZS?locations=CL>
- Banco Mundial, "Trabajadores familiares que contribuyen (% del empleo total)", *Banco de Datos*, 2020. Disponible en <https://data.worldbank.org/indicador/SL.FAM.WORK.MA.ZS>
- Banco Mundial, "Trabajadores familiares que contribuyen, total (% del empleo total) – Uruguay", *Banco de Datos*, 2020. Disponible en <https://datos.bancomundial.org/indicador/SL.FAM.WORK.ZS?locations=UY>
- Banco Mundial, "World Bank Country and Lending Groups". Disponible en <https://datahelpdesk.worldbank.org/knowledgebase/articles/906519-world-bank-country-and-lending-groups>
- Banco Mundial, Área de tierra (kilómetros cuadrados), *Banco de datos*. Disponible en <https://datos.bancomundial.org/indicador/AG.LND.TOTL.K2?locations=DO>
- Banco Mundial, *Nicaragua: Estudio de gasto público social y sus instituciones*, Washington D. C., 2016.
- Banco Mundial, PIB per cápita (US\$ a precios actuales), *Banco de Datos*, 2020. Disponible en <https://datos.bancomundial.org/indicador/NY.GDP.PCAP.CD?end=2019&start=1960&view=chart>
- Banco Mundial, Población urbana (% del total), *Banco de datos*. Disponible en <https://datos.bancomundial.org/indicador/SP.URB.TOTL.IN.ZS?locations=DO>.

- Banco Mundial, *Reforma y reestructuración de los sistemas de pensiones. Evaluación de la asistencia prestada por el Banco Mundial*, Washington D. C., 2006. Disponible en <http://documents1.worldbank.org/curated/es/293631468339012872/pdf/355210PUBoSPAN1sions1evaluati1n1esp.pdf>
- Banco Mundial, Tasa de participación en la fuerza laboral, mujeres (% de la población femenina mayor de 15 años) (estimación nacional)-Dominican Republic, *Banco de datos*, 2020. Disponible en <https://datos.bancomundial.org/indicador/SL.TLF.CACT.FE.NE.ZS?locations=DO>
- Banco Mundial, Tasa de participación en la fuerza laboral, total (% de la población total mayor de 15 años) (estimación nacional)-Dominican Republic, *Banco de datos*, 2020. Disponible en <https://datos.bancomundial.org/indicador/SL.TLF.CACT.NE.ZS?locations=DO>
- Banco Mundial, Tasa de participación en la fuerza laboral, varones (% de la población masculina mayor de 15 años) (estimación nacional)-Dominican Republic, *Banco de Datos*, 2020. Disponible en <https://datos.bancomundial.org/indicador/SL.TLF.CACT.MA.NE.ZS?locations=DO>
- Barba Solano, Carlos, "América Latina: regímenes de bienestar en transición", en Calva José Luis (coord.), *Agenda para el desarrollo*, vol. 11: Empleo, ingreso y bienestar, Cámara de Diputados/Miguel Ángel Porrúa/UNAM, Ciudad de México, 2007.
- Barba Solano, Carlos, "Welfare Regimes in Latin America: Thirty Years of Social Reforms and Conflicting Paradigms", en Gibrán Cruz-Martínez (ed.), *Welfare and Social Protection in Contemporary Latin America*, Routledge, Nueva York, 2019.
- Barrientos, Armando, "Getting Better after Neoliberalism: Shifts and Challenges of Health Policy in Chile", en Peter Lloyd-Sherlock (ed.), *Healthcare Reform and Poverty in Latin America*, Institute of Latin American Studies, Londres, 2000.
- Barrientos, Armando, "Social Protection in Latin America: One Region, Two Systems", en Gibrán Cruz-Martínez (ed.), *Welfare and Social Protection in Contemporary Latin America*, Routledge, Londres y Nueva York, 2019.
- Báscolo, Ernesto, Natalia Houghton, y Amalia Del Riego, Types of health systems reforms in Latin America and results in health access and coverage, *Revista Panamericana de Salud Publica*, 42, 2018.
- Baylen, Joseph O., American Intervention in Nicaragua, 1909-33: An Appraisal of Objectives and Results. *The Southwestern Social Science Quarterly* 35(2): 128-154, 1954. Disponible en <http://www.jstor.org/stable/42865823>.
- Béland, Daniel y Alex Waddan, "Why are There no Universal Social Programs in the United States? A Historical Institutional Comparison with Canada", *World Affairs*, 2017, pp. 64-92.
- Belize Social Security Board, *Annual Report 2018*. Disponible en <https://www.socialsecurity.org.bz/wp-content/uploads/2019/08/Annual-Report-2018-website-min.pdf>
- Benavides, Paula e Ingrid Jones, "Sistema de Pensiones y otros Beneficios Pecuniarios de las Fuerzas Armadas y de Orden y Seguridad Pública y Gendarmería de Chile",

- Estudio de Finanzas Públicas*, Dirección de Presupuestos, Gobierno de Chile, 2012.
- Benito Sánchez, Ana Belén, "Pobres y electores. Universalidad y focalización de la política social en la República Dominicana 2006-2012", *Revista Internacional de Sociología*, núm. 3, vol. 77, 2019.
- Bernal, Richard, Mark Figueroa y Michael Witter, "Caribbean Economic Thought: The Critical Tradition", *Social and Economic Studies*, núm. 2, vol. 33, junio de 1984, pp. 5-96.
- Bértola, Luis, Fernando Isabella y Carola Saaavedra, "El ciclo económico del Uruguay, 1998-2013", CEPAL, Santiago de Chile, 2014.
- Bértola, Luis, y José Antonio Ocampo, *El desarrollo económico de América Latina desde la independencia*, Fondo de Cultura Económica, Ciudad de México, 2013.
- Bértola, Luis, y José Antonio Ocampo, *Una historia Económica de América Latina desde la independencia. Desarrollo, vaivenes y desigualdad*, Secretaría General Iberoamericana, Madrid, 2010.
- Bertranou, Fabio M., Carmen Solorio y Wouter van Ginneken, "La protección social a través de las pensiones no contributivas y asistenciales en Américas Latina", en Fabio M. Bertranou, Carmen Solorio y Wouter van Ginneken (eds.), *Pensiones no contributivas y asistenciales: Argentina, Brasil, Chile, Costa Rica y Uruguay*, OIT, Santiago de Chile, 2002.
- Bertranou, Fabio, "Protección social, mercado laboral e institucionalidad de la seguridad social", en OIT, *Uruguay: empleo y protección social. De la crisis al crecimiento*, Santiago de Chile, 2005.
- Biblioteca del Congreso Nacional de Chile.
- Crea comisión asesora presidencial "Mujer, Trabajo y Maternidad"*. Ministerio Secretaría General de la Presidencia, 2010.
- Biblioteca del Consejo Nacional de Chile, "Ley de Autoridad Sanitaria N° 19.937", Legislación Chilena. Disponible en [http://www.supersalud.gob.cl/normativa/668/articles-2621\\_recurso\\_1.pdf](http://www.supersalud.gob.cl/normativa/668/articles-2621_recurso_1.pdf)
- BID, *Sistema de Información de Mercados Laborales y Seguridad Social*. Disponible en <https://www.iadb.org/es/sectores/inversion-social/sims/inicio>
- Bierbaum, Mira, Cäcilie Schildberg y Michael Cichon, *Social Protection Floor Index 2017: Update and Country Studies*, Friedrich Ebert Stiftung, 2017.
- Bizberg, Ilán, "El régimen de bienestar mexicano, del corporativismo al asistencialismo", en I. Bizberg y M. Scott, *El Estado de Bienestar ante la globalización, el caso de Norteamérica*, El Colegio de México, Ciudad de México, 2012.
- Bizberg, Ilán, "Tipos de capitalismo y sistemas de protección social", en Ilán Bizberg (coord.), *Variedades del capitalismo en América Latina: los casos de México, Brasil, Argentina y Chile*, El Colegio de México, Ciudad de México, 2015.
- Böeger, Tobias y Lutz Leisering, "A New Pathway to Universalism? Explaining the Spread of 'Social' Pensions in the Global South, 1967-2011", *Journal of International Relations and Development*, 2018.
- Boissoneault, Lorraine, "Bismarck Tried to End Socialism's Grip-By Offering Government Healthcare", *Smithsonian Magazine*, julio 14 de 2017. Disponible en <https://www.smithsonianmag.com/history/bismarck-tried-end-socialisms-grip-offering-government-heal->

- thcare-180964064/#KgRguCv14EBL-bA2W:gg
- Bonilla, Alejandro, and Colin Gillion. "La privatización de un régimen nacional de pensiones: el caso chileno". *Revista Internacional del Trabajo*, núm. 111.2, 1992, pp. 193-221.
- Bonino-Gayoso, Nicolás, y Ulises García Repetto, *Seguro de paro y protección a los desempleados en Uruguay (1958-2014): legislación y desempeño*, Serie Documentos de Trabajo Instituto de Economía, núm. 16, 2015.
- Bonino, María, Huck-ju Kwon y Alexander Peyre Dutrey, "Uruguay's Social and Economic Challenges and Its Policy Responses", en Manuel Riesco (ed.), *Latin America: A New Developmental Welfare State Model in the Making?*, Palgrave Macmillan/UNRISD, Nueva York, 2007.
- Bonnefoy, Juan Cristóbal, y Marianela Armijo, *Indicadores de desempeño en el sector público*, CEPAL/GTZ, Santiago de Chile, 2005.
- Bonoli, Guiliano, "The Politics of New Social Policies: Providing Coverage against New Social Risks in Mature Welfare States", *Policy & Politics*, núm. 33, 2005, pp. 431-449.
- Borzutzky, Silvia, *Vital Connections: Politics, Social Security, and Inequality in Chile*, University of Notre Dame Press, París, 2002.
- BPS, "Pensión por vejez", 2020. Disponible en <https://www.bps.gub.uy/3488/pension-por-vejez.html>
- BPS, "Tarjeta Uruguay Social", 2020. Disponible en <https://www.gub.uy/ministerio-desarrollo-social/politicas-y-gestion/programas/tarjeta-uruguay-social>
- BPS, *Boletín Estadístico 2018*, Montevideo, 2018,
- BPS, *Prestaciones de actividad 2019*, Montevideo, 2019.
- Brachet, Viviane, *El pacto de dominación: Estado, clase y reforma social en México (1910-1995)*, El Colegio de México, Ciudad de México, 1996.
- Brodie, Janine, "The Welfare State in Canada", en Christian Aspalter (ed.), *Welfare Capitalism around the World*, Casa Verde Publishing, Hong Kong, Taipei y Seul, 2003.
- Brown, Dennis, *Social Policy in the Caribbean, its History and Development: The Evolution of Social Policy and its Modern Influences in the Caribbean*, CEPAL, Puerto España, 2003.
- Burawoy, Michael, *El consentimiento en la producción. Los cambios del proceso productivo en el capitalismo monopolista*, MTSS, Madrid, 1989.
- Burguess, Alex, "Nicaragua. Seguridad Social: una historia de latrocinio contra la clase trabajadora", *El Socialista Centroamericano* (blog), 25 de septiembre de 2011. Disponible en <https://www.elsoca.org/index.php/americacentral/nicara/2123-nicaragua-seguridad-social-una-historia-de-latrocinio-contra-la-clase-trabajadora>.
- Busquets, José Miguel, y Marcela Schenck, "La política pública de seguridad social en el gobierno del presidente Mujica: novedades y frenos", en Nicolás Betancur y José Miguel Busquets (coords.), *El decenio progresista: Las políticas públicas de Vázquez a Mujica*, Editorial Fin de Siglo, Montevideo, 2016.
- Caetano, Gerardo, *Historia mínima de Uruguay*, El Colegio de México, Ciudad de México, 2019.
- Cafaro Mango, Laura, "El Sistema Nacional Integrado de Cuidados en Uruguay: ¿Acceso equitativo para la ciudadanía en

- tanto derecho universal?", *CUHSO Cultura-Hombre-Sociedad*, núm. 29, 2019.
- Calderón, Víctor Orellana. "In Chile, the Post-Neoliberal Future is Now: In the Laboratory of Neoliberalism, Chileans are Rejecting the Commodification of Humanity and Widening the Cracks that will tear the System Down", *NACLA Report on the Americas*, núm. 52.1, 2020, pp. 100-108.
- Calvo, Juan José, "La demografía presente y futura del Uruguay", en Rafael Rofman, Verónica Amarante e Ignacio APELLA (eds.), *Cambio demográfico y desafíos económicos y sociales en el Uruguay del siglo XXI*, CEPAL/BM, Santiago de Chile, 2016.
- Cañete Alonso, Rosa, y Olaya O. Dotel, *Política social en República Dominicana 1930-2007: ¿Inclusión o asistencialismo?*, Centro de Estudios Sociales Padre Juan Montalvo, S. J., BID, Santo Domingo, 2007.
- Cañón, Oscar, Magdalena Rathe y Úrsula Giedion, "Estudio de caso del Plan de Servicios de Salud PDSS de la República Dominicana", *Nota Técnica IDB-TN-683*, BID, 2014.
- Caribbean Community Secretariat, "The West Indies Federation". Disponible en [https://web.archive.org/web/20130929234257/http://www.caricom.org/jsp/community/west\\_indies\\_federation.jsp?menu=community](https://web.archive.org/web/20130929234257/http://www.caricom.org/jsp/community/west_indies_federation.jsp?menu=community).
- Caricom, *Caricom Reciprocal Agreement on Social Security*, 1996. Disponible en [https://www.nibtt.net/Downloads/caricom\\_rec\\_agreement.pdf](https://www.nibtt.net/Downloads/caricom_rec_agreement.pdf)
- Caricom, *Revised Treaty of Chaguaramas establishing the Caribbean Community including the Caricom Single Market and Economy*, 2001. Disponible en [https://caricom.org/documents/4906-revised\\_treaty-text.pdf](https://caricom.org/documents/4906-revised_treaty-text.pdf)
- Carlos Gerardo Molina (ed.), *Universalismo básico: una nueva política social para América Latina*, BID-Planeta, Washington, 2006.
- Carnes, Matthew E., e Isabela Mares, "Coalitional Realignment and the Adoption of Non-Contributory Social Insurance Programmes in Latin America", *Socio-Economic Review*, núm. 12, 2014, pp. 695-722.
- Carnes, Matthew, e Isabela Mares, "Coalitional Realignment and the Adoption of Non-Contributory Social Insurance Programmes in Latin America", *Socio-Economic Review*, 12 (2014), pp. 695-722.
- Castiglioni, Rossana, "The Right and Work-Family Policies: The Expansion of Maternity Leave under the Piñera Administration", Documento de Trabajo ICSO-No. 58, Universidad Diego Portales, Santiago de Chile, 2019.
- Castiglioni, Rossana, "Las políticas sociales de la nueva (vieja) izquierda uruguaya", *Woodrow Wilson Center Update on the Americas*, núm. 6, 2010.
- Castiglioni, Rossana, *The Politics of Social Policy Change in Chile and Uruguay: Retrenchment versus Maintenance, 1973-1998*, Routledge, Nueva York, 2005.
- Catálogo de Datos Abiertos, "Datos de monto promedio de pensiones no contributivas por vejez e invalidez otorgadas por el BPS", 2017. Disponible en <https://catalogodatos.gub.uy/dataset/mides-indicador-11488/resource/3a5ed39c-45e0-4280-abf0-98180347b149>
- Cecchini, Simone *et al.*, "Derecho y ciclo de vida: reordenando los instrumentos de

- protección social", en S. Cecchini *et al.* (eds.), *Instrumentos de protección social: caminos latinoamericanos hacia la universalización*, CEPAL, Santiago de Chile, 2015.
- Cecchini, Simone, Fernando Filgueira y Claudia Robles, *Sistemas de protección social en América Latina y el Caribe: una perspectiva comparada*, CEPAL, Santiago de Chile, 2014.
- Cecchini, Simone, y María Nieves Rico, "El enfoque de derechos en la protección social", en Cecchini *et al.* (eds.), *Instrumentos de protección social: caminos latinoamericanos hacia la universalización*, CEPAL, Santiago de Chile, 2015.
- Cecchini, Simone, y Rodrigo Martínez, *Protección social inclusiva en América Latina: Una mirada integral, un enfoque de derechos*, CEPAL-Ministerio Federal de Cooperación Económica y Desarrollo-GIZ, Santiago de Chile, 2011.
- CEPAL "Gasto público según clasificación por funciones del gobierno (en porcentajes del PIB)", 2020. Disponible en <https://cepalstat-prod.cepal.org/cepalstat/tabulador/ConsultaIntegrada.asp?idIndicador=3127&idioma=e>
- CEPAL, "Banco de Datos de Encuestas de Hogares (BADEHOG)", *CEPALSTAT*. Disponible en <https://cepalstat-prod.cepal.org/cepalstat/tabulador/ConsultaIntegrada.asp?idIndicador=3328&idioma=e>.
- CEPAL, "Chile: perfil nacional socio-demográfico," *CEPALSTAT*, base de datos y publicaciones estadísticas. Disponible en [https://estadisticas.cepal.org/cepalstat/Perfil\\_Nacional\\_Social.html?pais=DOM&idioma=spanish](https://estadisticas.cepal.org/cepalstat/Perfil_Nacional_Social.html?pais=DOM&idioma=spanish)
- CEPAL, "Esperanza de vida al nacer", *CEPALSTAT*, 2020. Disponible en <https://cepalstat-prod.cepal.org/cepalstat/tabulador/ConsultaIntegrada.asp?idIndicador=38&idioma=e>
- CEPAL, "Gasto público según clasificación por funciones del gobierno (en porcentajes del PIB)", *CEPALSTAT*, 2020. Disponible en <https://cepalstat-prod.cepal.org/cepalstat/tabulador/ConsultaIntegrada.asp?idIndicador=3127&idioma=e>
- CEPAL, "Población en situación de pobreza extrema y pobreza según edad, sexo y área geográfica", *CEPALSTAT*, 2020. Disponible en <https://cepalstat-prod.cepal.org/cepalstat/tabulador/ConsultaIntegrada.asp?idIndicador=3341&idioma=e>
- CEPAL, "Población en situación de pobreza extrema y pobreza según edad, sexo y área geográfica", *CEPALSTAT*, 2020. Disponible en <https://cepalstat-prod.cepal.org/cepalstat/tabulador/ConsultaIntegrada.asp?idIndicador=3341&idioma=e>
- CEPAL, "Población en situación de pobreza extrema y pobreza según área geográfica", *CEPALSTAT*, 2020. Disponible en <https://cepalstat-prod.cepal.org/cepalstat/tabulador/ConsultaIntegrada.asp?idIndicador=3328&idioma=e>
- CEPAL, "Población en situación de pobreza extrema y pobreza según edad, sexo y área geográfica", *CEPALSTAT*, 2020. Disponible en <https://cepalstat-prod.cepal.org/cepalstat/tabulador/ConsultaIntegrada.asp?idIndicador=3341&idioma=e>
- CEPAL, "Población en situación de pobreza extrema y pobreza según área geográfica", *CEPALSTAT*. Disponible en <https://cepalstat-prod.cepal.org/cepalstat/tabulador/ConsultaIntegrada.asp?idIndicador=3341&idioma=e>

- bulador/ConsultaIntegrada.asp?idIndicador=3328&idioma=e.
- CEPAL, "Población en situación de pobreza extrema y pobreza según área geográfica", *CEPALSTAT*. Disponible en <https://cepalstat-prod.cepal.org/cepalstat/tabulador/ConsultaIntegrada.asp?idIndicador=3328&idioma=e>.
- CEPAL, "Población en situación de pobreza extrema y pobreza según área geográfica", *CEPALSTAT*. Disponible en <https://cepalstat-prod.cepal.org/cepalstat/tabulador/ConsultaIntegrada.asp?idIndicador=3328&idioma=e>.
- CEPAL, "Población, por grupos de edad, según sexo", *CEPALSTAT*, 2020. Disponible en <https://cepalstat-prod.cepal.org/cepalstat/tabulador/ConsultaIntegrada.asp?idIndicador=31&idioma=e>.
- CEPAL, "Tasa de desocupación por sexo", *CEPALSTAT*. Disponible en <https://cepalstat-prod.cepal.org/cepalstat/tabulador/ConsultaIntegrada.asp?idIndicador=127&idioma=e>.
- CEPAL, "Tasa global de fecundidad", *CEPALSTAT*, 2020. Disponible en <https://cepalstat-prod.cepal.org/cepalstat/tabulador/ConsultaIntegrada.asp?idIndicador=37&idioma=e>.
- CEPAL, "Tipos de hogares por sexo del jefe de hogar según área geográfica", *CEPALSTAT*. Disponible en <https://cepalstat-prod.cepal.org/cepalstat/tabulador/ConsultaIntegrada.asp?idIndicador=2465&idioma=e>.
- CEPAL, "Tipos de hogares por sexo del jefe de hogar según área geográfica", *CEPALSTAT*, 2020. Disponible en <https://cepalstat-prod.cepal.org/cepalstat/tabulador/ConsultaIntegrada.asp?idIndicador=2465&idioma=e>.
- CEPAL, *América Latina y el Caribe: Estimaciones y proyecciones de población*. Disponible en <https://www.cepal.org/es/temas/proyecciones-demograficas/estimaciones-proyecciones-poblacion-total-urbana-rural-economicamente-activa>
- CEPAL, *Chile: perfil nacional socio-demográfico*, CEPALSTAT, base de datos y publicaciones estadísticas. Disponible en [https://estadisticas.cepal.org/cepalstat/Perfil\\_Nacional\\_Social.html?pais=CHL&idioma=spanish](https://estadisticas.cepal.org/cepalstat/Perfil_Nacional_Social.html?pais=CHL&idioma=spanish)
- CEPAL, *Enfrentar los efectos cada vez mayores del COVID-19 para una reactivación con igualdad: nuevas proyecciones*, Informe Especial, núm. 5, 15 de julio.
- CEPAL, *Protección social de cara al futuro: Acceso, financiamiento y solidaridad*, Montevideo, 2006.
- Cetrángolo, Oscar (ed.), *La seguridad social en América Latina y el Caribe* [Documento de proyecto], Santiago, CEPAL-PNUD, 2009, pp. 22 y 106-107.
- Chasqueti, Daniel, "Tres experimentos constitucionales. El complejo proceso de diseño del Poder Ejecutivo en el Uruguay", *Revista Uruguaya de Ciencia Política*, núm. 1, vol. 27, 2018.
- Chavez, Daniel, *Nicaragua and the Politics of Utopia: Development and Culture in the Modern State*. Nashville: Vanderbilt University Press, 2015. Disponible en [https://www.amazon.com/Nicaragua-Politics-Utopia-Development-Culture-ebook/dp/B018AFU42U/ref=sr\\_1\\_65?dchild=1&keywords=Nicaragua&qid=1592700563&s=digital-text&sr=1-65](https://www.amazon.com/Nicaragua-Politics-Utopia-Development-Culture-ebook/dp/B018AFU42U/ref=sr_1_65?dchild=1&keywords=Nicaragua&qid=1592700563&s=digital-text&sr=1-65).
- Chile Atiende, "Subsidio Maternal". Disponible en <https://www.chileatiende.gob.cl/fichas/33807-subsidio-maternal>

- Chile Atiende, "Subsidio por Incapacidad Laboral". Disponible en <https://www.chileatiende.gob.cl/fichas/8949-subsidio-por-incapacidad-laboral>
- CINVE, "Cobertura del Sistema de Seguridad Social en el Uruguay: Situación actual y Evolución reciente", *Observatorio de la Seguridad Social*, Informe núm. 1, 2018.
- CINVE, "Nivel y heterogeneidad de las jubilaciones y pensiones del sistema de seguridad social en el Uruguay", *Observatorio de la Seguridad Social*, Informe núm. 2, 2018.
- Collier, David, y Richard Messick, "Prerequisites versus Diffusion: Testing Alternative Explanations of Social Security Adoption", *American Political Science Review*, núm. 69, diciembre de 1975, pp. 1299-1315.
- Collier, Ruth Berins y David Collier, *Critical Junctures, the Labor Movement, and Regime Dynamics in Latin America*, University of Notre Dame Press, Notre Dame, 2002.
- Collier, Ruth Berins, y David Collier, *Shaping the Political Arena: Critical Junctures, the Labor Movement, and Regime Dynamics in Latin America*, University of Notre Dame Press, Notre Dame, 1991.
- Comisión de Usuarios del Seguro de Cesantía, Informe 2018-2019, Ministerio del Trabajo y Previsión Social. Disponible en <https://www.comisionsegurodecesantia.cl/>
- Congreso de los Estados Unidos de América, *United States Code: Social Security Act, 42 U.S.C. §§ 301- Suppl. 4 1934. 1934*. Disponible en línea en <https://www.loc.gov/item/uscode1934-005042007>
- Consejo Nacional de Seguridad Social, "Resoluciones de la sesión ordinaria No. 482", 24 de octubre de 2019.
- Consejo Nacional de Seguridad Social, *Boletín Estadístico Diciembre 2019*, Santo Domingo, 2019.
- Constitución Política de la República de Nicaragua de 1987, Artículo 114, reformado por la Ley-192 de 1995. Disponible en <https://pdba.georgetown.edu/Constitutions/Nica/nica95.html>
- Cox, Gary, y Scott Morgenstern, "Latin America's Reactive Assemblies and Proactive Presidents", *Comparative Politics*, 33 (2001), pp. 171-189.
- Cruz-Martínez, Gibrán, "Comparative Social Policy in Contemporary Latin America: Concepts, Theory and a Research Agenda", en Gibrán Cruz-Martínez (ed.), *Welfare and Social Protection in Contemporary Latin America*, Routledge, Londres y Nueva York, 2019.
- Dalenius, Tore, y Joseph L. Hodges, "Minimum Variance Stratification", *Journal of the American Statistical Association*, núm. 54, 1959, pp. 88-101.
- Dávila, Mireya, *Health Reform in Contemporary Chile: Does Politics Matter?*, MA Thesis, Department of Political Science, University of North Carolina at Chapel Hill, Chapel Hill, 2005.
- Davy, Ulrike, "How Human Rights Shape Social Citizenship: On Citizenship and the Understanding of Economic and Social Rights", *Washington University Global Studies Law Review*, núm. 2, vol. 13, 2014, pp. 201-263.
- De Barros, Juanita y Sean Stilwell, "Introduction: Public Health and the Imperial Project", *Caribbean Quarterly*, núm. 4, vol. 49, (Colonialism and Health in the Tropics), diciembre de 2003.
- De Barros, Juanita, "Sanitation and Civilization in Georgetown, British Guiana", *Caribbean*

- Quarterly*, núm. 4, vol. 49, diciembre de 2003.
- De la Garza, Enrique, "Las transiciones políticas en América Latina, entre el corporativismo sindical y la pérdida de imaginarios colectivos", en De la Garza (ed.), *Los sindicatos frente a los procesos de transición política*, CLACSO, Buenos Aires, 2001.
- Deacon, Bob, *Global Social Policy & Governance*, SAGE, Londres, 2007.
- Dean, Andrés, *Análisis del seguro de desempleo en el Uruguay*, CEPAL, Santiago de Chile, 2016.
- Decreto 01-95. Creación del Fondo Nicaragüense de la Niñez y la Familia*, 1995. Disponible en <https://www.refworld.org/es/pdfid/5d7fbe292.pdf>
- Decreto 03-2018. De Reforma al Decreto 975, Reglamento General de la Ley de Seguridad Social*, 2018. Disponible en [http://legislacion.asamblea.gob.ni/normaweb.nsf/\(\\$All\)/23723CB2B03CC9EB-0625827200610BA3?OpenDocument](http://legislacion.asamblea.gob.ni/normaweb.nsf/($All)/23723CB2B03CC9EB-0625827200610BA3?OpenDocument)
- Decreto 06-2019. Decreto de Reformas al Decreto 975 «Reglamento General de la ley de Seguridad Social» aprobado por el Consejo Directivo del Instituto Nicaragüense de Seguridad Social (INSS)*. 2019. Disponible en <http://legislacion.asamblea.gob.ni/normaweb.nsf/b92aaea87dac762406257265005d21f7/a306b32137b84b40062583970057de97?OpenDocument>
- Decreto 1488. Ley que concede beneficios a los combatientes defensores de nuestra patria y su soberanía*, 1984. Disponible en <http://legislacion.asamblea.gob.ni/normaweb.nsf/doc69e2c91d9955906256a400077164a/aebe53486d266d062570c0005ee95c?OpenDocument>
- Decreto 25-2005. Reformas y Adiciones al Reglamento General de la Ley de Seguridad Social de 1982, Ley 975*, 2005. Disponible en [https://inss-princ.inss.gob.ni/images/stories/1194993817\\_Decreto-25-2005.pdf](https://inss-princ.inss.gob.ni/images/stories/1194993817_Decreto-25-2005.pdf)
- Decreto 38A-2008. Adiciones al Decreto 33-2008, Reforma Parcial al Decreto 97-2007 «Reformas y Adiciones al Decreto 4-91, Reglamento de la Ley que concede beneficios a las Víctimas de Guerra»*, Publicado en la gaceta 195 del 11 de octubre del 2007, 2008. Disponible en <https://www.legal-tools.org/doc/db2cf8/pdf/>
- Decreto 39-2013. De Reforma al Decreto 975, Reglamento General a la Ley de Seguridad Social*, 2013. Disponible en <http://legislacion.asamblea.gob.ni/normaweb.nsf/b92aaea87dac762406257265005d21f7/1c4aa3fa1aafff3506257c5c005ca997?OpenDocument>
- Decreto 39-2014. Reglamento de la Ley 837, Ley de la Dirección General de Bomberos de Nicaragua*, 2014. Disponible en [http://legislacion.asamblea.gob.ni/Normaweb.nsf/\(\\$All\)/CA6124F9E8B-1390906257D3C0059D0DF?OpenDocument](http://legislacion.asamblea.gob.ni/Normaweb.nsf/($All)/CA6124F9E8B-1390906257D3C0059D0DF?OpenDocument)
- Decreto 4-91. Reglamento de la Ley que concede beneficios a las Víctimas de Guerra*, 1991. Disponible en [http://legislacion.asamblea.gob.ni/normaweb.nsf/\(\\$All\)/21922EC7C0709CAF062570A-10057D7D3?OpenDocument](http://legislacion.asamblea.gob.ni/normaweb.nsf/($All)/21922EC7C0709CAF062570A-10057D7D3?OpenDocument)
- Decreto 47-2006. Reglamento Especial de Jubilación por años de Servicio de la Policía Nacional*, 2006. [http://legislacion.asamblea.gob.ni/Normaweb.nsf/\(\\$All\)/](http://legislacion.asamblea.gob.ni/Normaweb.nsf/($All)/)

- 8B8A503EBCF9CBD10625755F007B-F4F2?OpenDocument. Disponible en *Decreto 97-2007. Reformas y adiciones al Decreto 4-91, Reglamento de la Ley que concede beneficios a las Víctimas de Guerra publicado en la Gaceta 29 del 11 de febrero de 1991*, 2007. Disponible en [http://legislacion.asamblea.gob.ni/normaweb.nsf/\(\\$All\)/7B6B92240E72761F0625737E-00530B57?OpenDocument](http://legislacion.asamblea.gob.ni/normaweb.nsf/($All)/7B6B92240E72761F0625737E-00530B57?OpenDocument)
- Departamento de Estadísticas e Información de Salud, "Atenciones sector privado 2017", Ministerio de Salud. Disponible en <http://www.deis.cl/remsas-2017/>
- Departamento de Estadísticas e Información de Salud, "Resúmenes Estadísticos Mensuales 2017-2018", Ministerio de Salud. Disponible en [http://webdeis.minsal.cl/rem2018/?serie=1&rem=4&seccion\\_id=27&tipo=3&regiones=0&servicios=-1&periodo=2017&mes\\_inicio=1&mes\\_final=12](http://webdeis.minsal.cl/rem2018/?serie=1&rem=4&seccion_id=27&tipo=3&regiones=0&servicios=-1&periodo=2017&mes_inicio=1&mes_final=12)
- Departamento de Seguridad Social, Oficina Internacional del Trabajo, *Social Security for All: Investing in Social Justice and Economic Development*, Ginebra, 2009.
- DGJP, *Boletín Estadístico Trimestral, trimestre abril-junio 2020*, 2020. Disponible en <https://www.dgjp.gob.do/documents/38678/86632/Boleti%C3%81n+T2+2020.pdf/e8ff97ee-8804-0ed6-gaa8-812cadeceb258>
- Díaz Cayeros, Alberto, Federico Estévez y Beatriz Magaloni, *The Political Logic of Poverty Relief: Electoral Strategies and Social Policy in Mexico*, Cambridge University Press, Cambridge, 2017.
- Díaz, Arismendi, *Cómo se diseñó y concertó la ley de seguridad social*. Santo Domingo, 2004.
- DIDA, "Dirección General de Información y Defensa de los Afiliados a la Seguridad Social | DIDA". Disponible en <http://dida.gob.do/index.php/preguntasfre-p>
- DIPRECA, "Misión Institucional", Ministerio del Interior y Seguridad Pública. Disponible en <https://www.dipreca.cl/web/guest/misi%C3%B3n-institucional>
- Dominica Social Security Board, *Annual Report for the Year ended December 31, 2015*. Disponible en <https://www.dss.dm/wp-content/uploads/DSS-AR2015-print-WEB.pdf>
- Dospital, Michelle, La construcción del Estado Nacional en Nicaragua: el proyecto sandinista 1933-1934. *Revista de Historia-IHNCA*, 2017. Disponible en <http://ihncahis.uca.edu.ni/revistas/index.php/historia/article/view/70>
- Drago, Marcelo, "La reforma al sistema de salud chileno desde la perspectiva de los derechos humanos", *Serie Políticas Sociales, núm. 121, CEPAL, Santiago de Chile, 2006, pp. 1-94*.
- El Observador*, "El Poder Ejecutivo promulgó la Ley de Urgente Consideración", 10 de julio de 2020. Disponible en <https://www.elobservador.com.uy/nota/el-poder-ejecutivo-promulgo-la-ley-de-urgente-consideracion-2020710125059>
- El Observador*, "La OIT pide que se 'revisen' los artículos de la LUC sobre piquetes", 23 de mayo de 2020. Disponible en <https://www.elobservador.com.uy/nota/la-oit-pide-que-se-revisen-los-articulos-de-la-luc-sobre-piquetes--202052217560>
- El Observador*, "Vázquez se puso al hombro la reforma de la caja militar y cerró la discusión en el Ejecutivo", 16 de octubre de 2018. Disponible en <https://www>

- elobservador.com.uy/nota/vazquez-sepuso-al-hombro-reforma-de-caja-militar-y-cerro-la-discusion-en-el-ejecutivo-2018101519030
- El País*, "Gobierno reformará la seguridad social para evitar la quiebra", 17 de noviembre de 2017. Disponible en <https://www.elpais.com.uy/informacion/gobierno-reformara-seguridad-social-evitar-quiebra.html>
- Espinal, Rosario, "Economic Restructuring, Social Protest, and Democratization in the Dominican Republic", *Latin American Perspectives*, núm. 3, vol. 22, pp. 63-79, 1995.
- Espinal, Rosario, "República Dominicana. El retorno del PRD al poder", *Nueva Sociedad*, núm. 178, 2002.
- Esping-Andersen, Gøsta, *Social Foundations of Postindustrial Economies*, Oxford University Press, Oxford, 1999.
- Esping-Andersen, Gøsta, *The Three Worlds of Welfare Capitalism*, Polity Press, Cambridge, 1990.
- Ewig, Christina y Stephen Kay, "Postretrenchment Politics: Policy Feedback in Chile's Health and Pension Reforms", *Latin American Politics and Society*, núm. 53, 2011, pp. 67-99.
- Ewig, Cristina, "Reform and Electoral Competition: Convergence Toward Equity in Latin American Health Sectors", *Comparative Political Studies*, 49 (2015), pp. 184-218.
- FAO, *FAOSTAT*. Disponible en <http://www.fao.org/faostat/en/#country/157>
- FAO, *Perfil general de Nicaragua*. Disponible en <http://www.fao.org/3/ad666s/ad666s03.htm>
- Feres, Juan Carlos, *La pobreza en Chile en el año 2000*, Estudios estadístico prospectivos, CEPAL, Santiago de Chile, 2001.
- Ferreira-Coimbra, Natalia, y Álvaro Forteza, *Protección social en Uruguay: financiamiento, Cobertura y Desempeño 1990-2002*, OIT, Ginebra, 2004.
- Ferrero Blanco, María Dolores, *La Nicaragua de los Somoza: 1936-1979*. Servicio de Publicaciones de la Universidad de Huelva, 2016.
- Ferrero Blanco, María Dolores, Las relaciones interdependientes de los Somoza de Nicaragua con EE. UU (1936-1979). *Revista de Historia Contemporánea*, núm. 10, 2012. Disponible en <http://hispanianova.rediris.es/10/articulos/10a003.pdf>
- Filgueira, Fernando, "A Century of Social Welfare in Uruguay: Growth to the Limit of the Batllista Social State", *Democracy and Social Policy Series*, Working Paper, núm. 5, 1995.
- Filgueira, Fernando, "El nuevo modelo de las prestaciones sociales en América Latina: eficiencia, residualismo y ciudadanía estratificada", en Bryan Roberts, *Centroamérica en reestructuración: ciudadanía y política social*, San José de Costa Rica, 1998.
- Filgueira, Fernando, A Century of Social Welfare in Uruguay: Growth to the Limit of the Batllista Social State, *Working Paper Democracy and Social Policy Series*, núm. 5, 1995.
- Filgueira, Fernando, Carlos Gerardo Molina, Jorge Papadópolus y Federico Tobar, "Universalismo básico: una alternativa posible y necesaria para mejorar las condiciones", en Carlos Gerardo Molina (ed.), *Universalismo básico: una nueva política social para América Latina*, BID-Planeta, Washington, 2006.
- Filgueira, Fernando, *Cohesión, riesgo y arquitectura de protección social en América Latina*, CEPAL, Santiago de Chile, 2007.

- Filgueira, Fernando, *Hacia un modelo de protección social universal en América Latina*, CEPAL, Santiago de Chile, 2014.
- Flamand, Laura, y Carlos Moreno Jaimes, *Seguro Popular y federalismo en México: Un análisis de política pública*, CIDE, Ciudad de México, 2014.
- FMI, Nicaragua: Declaración final de la visita del personal técnico del FMI. IMF, 2018. Disponible en <https://www.imf.org/es/News/Articles/2018/02/06/ms020618-nicaragua-staff-concluding-statement-of-an-imf-staff-visit>
- Fonasa, "Boletín Estadístico 2017-2018", Gobierno de Chile. Disponible en <https://www.fonasa.cl/sites/fonasa/documentos>
- Fonasa, "Bonos". Disponible en <https://www.fonasa.cl/sites/fonasa/beneficiarios/bonos>
- Forteza, Álvaro, *The Portability of Pension Rights: General Principals and the Caribbean Case*, Social Protection and Labor Discussion Paper, Banco Mundial, mayo de 2008.
- Freije, Samuel, *Informal Employment in Latin America and the Caribbean: Causes, Consequences and Policy Recommendations*, Banco Interamericano de Desarrollo, Washington D. C., 2002.
- Galbraith, John K., "How Keynes came to America", en Andrea D. Williams (ed.), *The essential Galbraith*, Houghton Mifflin, Boston, 2001.
- Garay, Candelaria, *Social Policy Expansion in Latin America*, Cambridge University Press, Nueva York, 2016.
- Garciamarín Hernández, Hugo, *La fundación de la Conferencia Interamericana de Seguridad Social (1942)*, CISS, Ciudad de México, 2019.
- Glassman, Amanda, et al., "Political Analysis of Health Reform in the Dominican Republic", *Health Policy and Planning*, núm. 2, vol. 14, Oxford, 1999, pp. 115-126.
- Global Multidimensional Poverty Index (MPI) 2011-2012, Oxford Poverty & Human Development Initiative. Disponible en <https://ophi.org.uk/multidimensional-poverty-index/>.
- Gobat, Michel, *Confronting the American Dream: Nicaragua under U.S. Imperial Rule*. Duke University Press Books, 2005. Disponible en [https://www.amazon.com/Michel-Gobat-ebook/dp/B00EHN-TK84/ref=sr\\_1\\_13?dchild=1&keywords=Nicaragua&qid=1592700328&s=digital-text&sr=1-13](https://www.amazon.com/Michel-Gobat-ebook/dp/B00EHN-TK84/ref=sr_1_13?dchild=1&keywords=Nicaragua&qid=1592700328&s=digital-text&sr=1-13).
- González Arana, Roberto, Nicaragua. Dictadura y revolución, *Revista Digital de Historia y Arqueología desde el Caribe*, año 6, núm. 10, 2009. Universidad del Norte, Barranquilla. Disponible en <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/3013321.pdf>
- González Pier et al., 2006, citado en Laura Flamand y Carlos Moreno Jaimes, *Seguro Popular y Federalismo en México: Un análisis de política pública*, CIDE, Ciudad de México, 2014.
- Greer, Virginia, State Department Policy in Regard to the Nicaraguan Election of 1924. *The Hispanic American Historical Review* 34 (4): 445-467, 1954. Disponible en <http://www.jstor.org/stable/2509079>
- Greif, Mariana, "Danilo Astori: las medidas de la reforma de 2008 'fueron a contrapelo de la transformación que necesita la seguridad social'", *La Diaria*, 19 de diciembre de 2019. Disponible en [| 121](https://ladia-</a></p>
</div>
<div data-bbox=)

- ria.com.uy/politica/articulo/2019/12/danilo-astori-las-medidas-de-la-reforma-de-2008-fueron-a-contrape-lo-de-la-transformacion-que-necesita-la-seguridad-social/
- Grenada National Insurance Board, *Annual Report 2016*. Disponible en [http://www.nisgrenada.org/download.php?file=/downloads/NIS\\_ANNUAL\\_REPORT\\_2016.pdf](http://www.nisgrenada.org/download.php?file=/downloads/NIS_ANNUAL_REPORT_2016.pdf)
- Guyana National Insurance, *Annual Report 2016*. Disponible en <https://www.nis.org.gy/sites/default/files/2016%20Annual%20Report.pdf>
- Haggard, Stephan y Robert Kaufman, *Development, Democracy and Welfare States: Latin America, East Asia, and Eastern Europe*, Princeton University Press, Princeton y Oxford, 2008.
- Haggard, Stephan, y Robert Kaufman, *Development, Democracy and Welfare States: Latin America, East Asia, and Eastern Europe*, Princeton University Press, Princeton, 2008.
- Hall, Peter, y Rosemary Taylor, "Political Science and the Three New Institutionalisms", *Political Studies*, núm. 44, 1996, pp. 936-957.
- Harrison, Benjamin, The United States and the 1909 Nicaragua Revolution. *Caribbean Quarterly* 41 (3-4): 45-63, 1995. Disponible en <http://www.jstor.org/stable/40653942>
- Hart, Richard, *Labour Rebellions of the 1930s in the British Caribbean Region Colonies*, Jamaica Labour Weekly, 2002.
- Heclo, Hugh, *Modern Social Politics in Britain and Sweden: From Relief to Income Maintenance*, Yale University Press, New Haven, 1974.
- Hernández, Rogelio, *El centro dividido: la nueva autonomía de los gobernadores*, El Colegio de México, Ciudad de México, 2008.
- Herrera González, P., "Las Conferencias Americanas del Trabajo y el debate sobre las condiciones laborales del proletariado de América Latina, 1936-1946", *Mundos do trabalho*, núm. 13, vol. 7, enero-junio de 2015, pp. 105-128.
- Herrera Zúniga, René, "Nicaragua: el desarrollo capitalista dependiente y la crisis de la dominación burguesa. 1950-1980", *Foro Internacional*, XX (1980), pp. 612-645., Disponible en <https://forointernacional.colmex.mx/index.php/fi/article/download/848/838>
- Hobsbawm, Eric, *Historia del siglo XX*, Critica, Barcelona, 2007.
- Hoy Digital*, "Una visión diferente de la salud pública", Santo Domingo, 23 de agosto de 2004. Disponible en <https://hoy.com.do/una-vision-diferente-de-la-salud-publica-2/>
- Huber, Evelyne and John D. Stephens. *Democracy and the left: social policy and inequality in Latin America*, University of Chicago Press, Chicago, 2012.
- Huber, Evelyne y John D. Stephens, "Successful Social Policy Regimes? Political Economy, Politics, and Social Policy in Argentina, Chile, Uruguay, and Costa Rica", en Scott Mainwaring y Timothy Scully (eds.), *Democratic Governance in Latin America*, Stanford University Press, Stanford, 2010.
- Huber, Evelyne, Jennifer Pribble y John D. Stephens, "The Chilean Left in Power: Achievements, Failures, and Omissions", en Kurt Weyland, Raúl L. Madrid and Wendy Hunter (eds.), *Leftist Governments in Latin America: Successes and Shortco-*

- mings, Cambridge University Press, Nueva York, 2010.
- Huber, Evelyne, y John Stephens, *Democracy and the Left: Social Policy and Inequality in Latin America*, University of Chicago Press, Chicago, 2012.
- Huber, Evelyne, y John Stephens, *Development and Crisis of the Welfare State: Parties and Policies in Global Markets*, The University of Chicago Press, Chicago y Londres, 2001.
- Huenchuan, Sandra, *Envejecimiento, solidaridad y protección social en América Latina y el Caribe. La hora de avanzar hacia la igualdad*, CEPAL, Santiago de Chile, 2015.
- IDEA Internacional, *El estado de la democracia en el mundo*, 2019.
- IDOPPRIL, *Estadísticas Institucionales*, 2020. Disponible en <http://www.arlss.gov.do/Transparencia/Estadisticas/Estadisticas.aspx>
- Illanes, María Angélica y Manuel Riesco, "Developmentalism and Social Change in Chile", en Manuel Riesco (ed.), *Latin America: a New Developmental Welfare State in the Making?*, Palgrave Macmillan, New York, 2007.
- ILO, *Maternity and Paternity at Work. Law and practice across the world*, OIT, Ginebra, 2014.
- ILO, *Social Security for All: Investing in Social Justice and Economic Development*, Ginebra, 2009.
- ILO, *Women and Men in the Informal Economy: A Statistical Picture*, Ginebra, 2002.
- ILO, *Women and Men in the Informal Economy: A Statistical Picture*, Ginebra, 2013.
- ILO, *Women and Men in the Informal Economy: A Statistical Picture*, Ginebra, 2018.
- ILO, *World Social Protection Report 2014/15: Building Economy Recovery, Inclusive Development and Social Justice*, Ginebra, 2014.
- INAIFI, *Historia*. Disponible en <https://www.inaifi.gov.do/index.php/sobre-nosotros-2>.
- INAIFI, *Memoria Institucional INAIFI 2019: Rindiendo cuentas con transparencia*, 2019.
- INAIFI, *Memoria Institucional INAIFI 2019. Rindiendo cuentas con transparencia*. 2020.
- INSS, *Anuario estadístico 2018*, 2019. Disponible en [https://inss-princ.inss.gob.ni/images/anuario\\_estadistico\\_2018.pdf](https://inss-princ.inss.gob.ni/images/anuario_estadistico_2018.pdf)
- INSS, *Base Legal*. Disponible en <https://inss-princ.inss.gob.ni/index.php/instituto-3/55-marcojuridico>
- INSS, *EcuRed*. Disponible en [https://www.ecured.cu/Instituto\\_Nicarag%C3%BCense\\_de\\_Seguridad\\_Social](https://www.ecured.cu/Instituto_Nicarag%C3%BCense_de_Seguridad_Social)
- INSS, *Informe final de Consultoría Actuarial, Cálculo de Certificado de Traspaso, Costos específicos de coberturas de Riesgos Profesionales, de Invalidez, Vejez y Muerte, fondo de reserva de contingencia (prestación médica a jubilados) y otros*. División de Planificación, INSS, 2005.
- INSS, *Ley 975. Reglamento General de la Ley de Seguridad Social*, 1982. Disponible en <https://extranet.who.int/nutrition/gina/sites/default/files/NIC%20Decreto%20975%20Reglamento%20Ley%20SS.pdf>
- INSS, *Resolución 2019 1/325*, 2019. Disponible en <https://inss-princ.inss.gob.ni/images/stories/file/Resolucion20190128.pdf>
- INSS, *Resolución 2019 1/325*, 2019. Disponible en <https://inss-princ.inss.gob.ni/images/stories/file/Resolucion20190128.pdf>
- INSS, Seguro de Enfermedad y Maternidad. Disponible en <https://inss-princ.inss.gob.ni/index.php/segurosins-2/7-enfermedad-y-maternidad>

- INSS, *Seguro de Invalidez, Vejez y Muerte (IVM)*. Disponible en <https://inss-princ.inss.gob.ni/index.php/serguosinss-2/5-segu-ro-de-invalidez-vejez-y-muerte-ivm>
- INSS, *Seguro de Riesgos Profesionales (RP)*. Disponible en <https://inss-princ.inss.gob.ni/index.php/serguosinss-2/8-segu-ro-de-riesgos-profesionales-rp>
- Instituto de Previsión Social, "¿Qué son la Asignación Familiar y el Subsidio Familiar (SUF)?", Chile Atiende. Disponible en <https://www.chileatiende.gob.cl/fichas/36386-que-son-la-asignacion-familiar-y-el-subsidio-familiar-suf>
- Instituto de Previsión Social, "Aporte Previsional Solidario de Invalidez", Gobierno de Chile. Disponible en <https://www.ips.gob.cl/servlet/internet/content/1421810825211/aporte-previsional-solidario-invalidez>
- Instituto de Previsión Social, "Pensión Básica Solidaria de Invalidez (PBSI)", Gobierno de Chile. Disponible en <https://www.ips.gob.cl/servlet/internet/content/1421810823021/pension-basica-solidaria-invalidez>
- Instituto de Previsión Social, "Pensión Básica Solidaria", Gobierno de Chile. Disponible en <https://www.chileatiende.gob.cl/fichas/33958-pension-basica-solidaria-pbs>
- Instituto de Previsión Social, "Reconocimiento de cargas para Asignación Familiar", Chile atiende. Disponible en <https://www.chileatiende.gob.cl/fichas/25878-reconocimiento-de-cargas-para-asignacion-familiar-trabajadores-dependientes>
- Instituto Nacional de Estadística, "Líneas de Pobreza e Indigencia per cápita, para Montevideo, Interior Urbano e Interior Rural (en pesos uruguayos)", 2020. Disponible en <http://www.ine.gub.uy/linea-de-pobreza>
- Instituto Nacional de Estadística, Afiliados, por año, según AFAP, 2020. Disponible en <http://ine.gub.uy/seguridad-social>
- Instituto Nacional de Estadística, *Encuesta Continua de Hogares*. Disponible en <http://www.ine.gub.uy/web/guest/encuesta-continua-de-hogares1>
- Instituto Nacional de Estadística, *Microdatos de la Encuesta Continua de Hogares 2019*, Boletín Técnico, 1 de abril de 2020.
- Intendencia de Beneficios Sociales, *Protección a la maternidad en Chile: Evolución del Permiso Postnatal a cinco años de su implementación 2011-2016*, Superintendencia de Seguridad Social, 2016.
- James, Estelle, "How It's Done in Chile", *The Washington Post*, 13 de febrero de 2005. Disponible en <https://www.washingtonpost.com/archive/opinions/2005/02/13/how-its-done-in-chile/40c591ae-fe6e-4652-a235-d2cbb-3f6cd81/>
- Jarquín, Leyla, "¿Cómo lo atienden en el Seguro Social?", *El Nuevo Diario*, Managua, 13 de agosto de 2014. Disponible en <https://www.elnuevodiario.com.ni/nacionales/327243-atienden-seguro-social/#:~:text=Detalla%20que%20independientemente%20del%20salario,a-tender%20a%20los%20687%2C804%20cotizantes>
- Jenkins, Michael, "Social Security Trends in the English-Speaking Caribbean", *International Labour Review*, núm. 5, vol. 120, septiembre-octubre de 1981, pp. 631-643.
- Jennifer Tolbert, Kendal Orgera, Natalie SingeryAnthonyDamico, "KeyFactsaboutthe

- Uninsured Population", 13 de diciembre de 2019, <https://www.kff.org/uninsured/issue-brief/key-facts-about-the-uninsured-population/>
- Judt, Tony, *Postguerra: Una historia de Europa desde 1945*, Santillana, México, 2011.
- Junta Nacional de Cuidados, *Plan Nacional de Cuidados*, Montevideo, 2014.
- Kangas, Ollie E., "Testing Old Theories in New Surroundings: The Timing of First Social Security Laws in Africa", *International Social Security Review*, núm. 1, vol. 65, 2012, pp. 73-97.
- Kealey, Gregory, y Bryan Palmer, *Dreaming of What Might Be. The Knights of Labor in Ontario, 1880-1900*, Cambridge University Press, Cambridge, 1982.
- Korpi, Walter, "Social Policy and Distributional Conflict in the Capitalist Democracies. A Preliminary Comparative Framework", *West European Politics*, núm.3, vol. 3, 1981, pp. 296-316.
- Korpi, Walter, *The Democratic Class Struggle*, Routledge, Londres, 1983.
- KPMG Centre for Universal Health Coverage, *Islands of Progress. The Caribbean's journey to Universal Health Coverage*, KPMG, 2018.
- Kus, Basak, "Neoliberalism, Institutional Change and the Welfare State: The Case of Britain and France", *International Journal of Comparative Sociology*, 2006, pp. 508-509.
- Lacalle Pou, Luis, *Lo que nos une: programa de gobierno 2020 / 2025*, agosto de 2019. Disponible en <https://lacallepou.uy/descargas/programa-de-gobierno.pdf>
- Latinobarómetro, *Mediciones en América Latina y el Caribe sobre satisfacción de los usuarios con los servicios médicos 2007 y 2011*. Disponible en <https://www.latinobarometro.org/latContents.jsp>.
- Laurell, Asa Cristina, y Ligia Giovanella, "Health Policies and Systems in Latin America", *Oxford Research Encyclopedia of Global Public Health*, Oxford University Press, 2018.
- Lavalleja, Martín, Ianina Rossi y Victoria Tenenbaum, *La flexibilización de las condiciones de acceso a las jubilaciones en el Uruguay*, CEPAL, Santiago de Chile, 2018.
- Lavigne, Milena, *Sistemas de protección social en América Latina y el Caribe: Paraguay*, CEPAL, Santiago de Chile, 2012.
- Lavigne, Milena, y Luis Hernán Vargas, *Sistemas de protección social en América Latina y el Caribe: República Dominicana*, CEPAL, Santiago de Chile, 2013.
- Ley 331. *Ley Especial de Prestaciones de Seguridad Social para los Trabajadores Mineros*, 1980. Disponible en [http://legislacion.asamblea.gob.ni/normaweb.nsf/\(\\$All\)/9C51FFE957A4FBC6062570A-10057BE9B?OpenDocument](http://legislacion.asamblea.gob.ni/normaweb.nsf/($All)/9C51FFE957A4FBC6062570A-10057BE9B?OpenDocument).
- Ley 521. *Ley de Reforma a la Constitución Política de Nicaragua*, 2005. Disponible en [http://legislacion.asamblea.gob.ni/normaweb.nsf/\(\\$All\)/CECCB0178450825E062570A-10058505B?OpenDocument](http://legislacion.asamblea.gob.ni/normaweb.nsf/($All)/CECCB0178450825E062570A-10058505B?OpenDocument)
- Ley 539. *Ley de Seguridad Social (2005)*, 2006. Disponible en [http://legislacion.asamblea.gob.ni/Normaweb.nsf/\(\\$All\)/CoD9072AD24378630625755B0076D-0B9?OpenDocument](http://legislacion.asamblea.gob.ni/Normaweb.nsf/($All)/CoD9072AD24378630625755B0076D-0B9?OpenDocument)
- Ley 558. *Ley Marco para la Estabilidad y Gobernabilidad del País*, 2005. Disponible en [http://legislacion.asamblea.gob.ni/Normaweb.nsf/\(\\$All\)/EAF01C26BDAF30D-1062570C8005BEDDE?OpenDocument](http://legislacion.asamblea.gob.ni/Normaweb.nsf/($All)/EAF01C26BDAF30D-1062570C8005BEDDE?OpenDocument)

- Ley 568. Ley de Derogación de la Ley 340, Ley de Sistema de Ahorro para Pensiones y Ley 388, Ley Orgánica de la Superintendencia de Pensiones*, 2005. Disponible en <http://legislacion.asamblea.gob.ni/normaweb.nsf/3133c-0d121ea3897062568a1005e0f89/c15a3625394948b40625755b0075e-5b6?OpenDocument>.
- Ley 974. Ley de Seguridad Social (1982)*, 1982. Disponible en <http://legislacion.asamblea.gob.ni/Normaweb.nsf/9e314815a-08d4a6206257265005d21f9/d018e442c0d037d5062570a10057c-fa8?OpenDocument>.
- Ley 976. Ley de Anexión al I.N.S.S. de las atribuciones del Ministerio de Bienestar Social*, 1982. Disponible en <http://legislacion.asamblea.gob.ni/normaweb.nsf/d0c69e2c91d9955906256a400077164a/a655e0477d67a802062570a10057cf-b8?OpenDocument>.
- Ley General de Salud*, 2002. Disponible en [http://legislacion.asamblea.gob.ni/Normaweb.nsf/\(\\$All\)/FF82EA58EC-7C712E062570A1005810E1?OpenDocument](http://legislacion.asamblea.gob.ni/Normaweb.nsf/($All)/FF82EA58EC-7C712E062570A1005810E1?OpenDocument).
- Ley Orgánica de Seguridad Social (1955)*, 1955. Disponible en [http://legislacion.asamblea.gob.ni/Normaweb.nsf/%28\\$All%29/8BCCF85E103820780625718C-004D43E3?OpenDocument](http://legislacion.asamblea.gob.ni/Normaweb.nsf/%28$All%29/8BCCF85E103820780625718C-004D43E3?OpenDocument).
- Lipset, Seymour Martin, "Trade Union Exceptionalism: The United States and Canada", *The Annals of the American Academy of Political and Social Science*, núm. 538, 1995, pp. 115-130.
- Londoño, Juan Luis, y Julio Frenk, "Pluralismo estructurado: Hacia un Modelo Innovador para la Reforma de los Sistemas de Salud en América Latina", *Documento de Trabajo Banco Interamericano de Desarrollo*, núm. 353, 1996.
- Lund, Francie, "Social Protection, Citizenship, and the Employment Relation", *WIEGO Working Paper*, núm. 10, 2009.
- Maioni, Antonia, "Transformaciones del Estado de bienestar canadiense", en Ilán Bizberg y Scott B. Martin con la colaboración de Antonia Maioni y Sylvain Turcotte, *El Estado de bienestar ante la globalización. El caso de Norteamérica*, El Colegio de México-PIERAN, Ciudad de México, 2012.
- Maldonado Sierra, Guillermo Alfonso, "La seguridad social en el derecho de integración subregional de América Latina y el Caribe", *Revista Latinoamericana de Derecho Social*, núm. 28, enero-junio de 2019, pp. 103-133.
- Mancini, Fiorella, "Sociology and Risk: A Link in Permanent (Re) Construction", en Marty Chamberlain (ed.), *Medicine, Risk, Discourse and Power*, Routledge, Nueva York, 2016.
- Mancuello Alum, Julia Noemí, y María Stella Cabral de Bejarano, "Sistema de Salud de Paraguay", *Revista de Salud Pública del Paraguay*, vol. 1, núm. 1, 2011.
- Mares, Isabela, y Matthew Carnes, "Social Policy in Developing Countries", *Annual Review of Political Science*, núm. 12, 2009, pp. 93-113.
- Martin, Scott B., "Liberal, pero en cambio constante: del desmantelamiento selectivo a la expansión selectiva del Estado benefactor estadounidense a partir de 1980", en Ilán Bizberg y Scott B. Martin con la colaboración de Antonia Maioni y Sylvain Turcotte, *El Estado de bienestar ante la globalización. El caso de Norte-*

- américa, El Colegio de México-PIERAN, Ciudad de México, 2012.
- Martínez Franzoni, Juliana, *Regímenes del bienestar en América Latina*, Documento de Trabajo núm. 11, Fundación Carolina, mayo de 2007.
- Martínez Franzoni, Juliana, *Sistemas de protección social en América Latina y el Caribe: Nicaragua*, CEPAL, Santiago, 2013.
- Martínez Franzoni, Juliana, y Diego Sánchez Ancochea, *The Quest for Universal Social Policy in the South: Actors, Ideas, and Architectures*, Cambridge University Press, Cambridge, 2016.
- Marx, Karl, *El capital: crítica de la economía política*, Siglo XXI Editores, México, 2009.
- Mata Greenwood, Adriana, "Definiciones Internacionales y Futuro de las Estadísticas de Subempleo" Organización Internacional del Trabajo, Ginebra, 1999. Disponible en [https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---dgreports/---stat/documents/publication/wcms\\_091441.pdf](https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---dgreports/---stat/documents/publication/wcms_091441.pdf)
- Maul, Daniel R., "The International Labour Organization and the Globalization of Human Rights, 1944-1970", en S. Hoffmann (ed.), *Human Rights in the Twentieth Century*, Cambridge University Press, Cambridge, 2010.
- Mesa-Lago, Carmelo, "Models of Development, Social Policy and Reform in Latin America", en Thandika Mkandawire (ed.), *Social Policy in a Development Context*. Palgrave Macmillan, Londres, 2004.
- Mesa-Lago, Carmelo, "Las rebeliones por la seguridad social", *Letras Libres*, julio de 2018. Disponible en <https://www.letraslibres.com/mexico/revista/las-rebeliones-por-la-seguridad-social>
- Mesa-Lago, Carmelo, "Protección social en Chile: Reformas para mejorar la equidad", *Revista Internacional del Trabajo*, núm. 4, vol. 125, 2008, pp. 421-446.
- Mesa-Lago, Carmelo, et al., *Market, Socialist, and Mixed Economies: Comparative Policy and Performance: Chile, Cuba, and Costa Rica*. The Johns Hopkins University Press, Baltimore, 2003.
- Mesa-Lago, Carmelo, *Desarrollo de la seguridad social en América Latina*, CEPAL, Santiago de Chile, 1985.
- Mesa-Lago, Carmelo, *El desarrollo de la seguridad social en América Latina*, CEPAL, Santiago de Chile, 1985.
- Mesa-Lago, Carmelo, *Health Care for the Poor in Latin America and the Caribbean*, Pan-American Health Organization/Inter-American Foundation, Washington D. C., 1992.
- Mesa-Lago, Carmelo, *La Seguridad Social en Nicaragua. Diagnóstico y recomendaciones para su reforma*. Managua: Instituto Nicaragüense de Investigaciones y Estudios Tributarios, 2020. Disponible en <https://www.iniet.org/wp-content/uploads/2020/03/Seguridad-Social-Diagn%C3%B3stico-Carmelo-Mesa-Lago-INIET-2020.pdf>
- Mesa-Lago, Carmelo, *Las reformas de pensiones en América Latina y su impacto en los principios de la seguridad social*, CEPAL, Santiago de Chile, 2004.
- Mesa-Lago, Carmelo, *Portfolio Performance of Selected Social Security Institutes in Latin America*, World Bank Discussion Papers, núm. 139, 1991.
- Mesa-Lago, Carmelo, Sergio Santamaría, y Rosa María López. 1997. *La Seguridad Social en Nicaragua: Diagnóstico y pro-*

- puesta de Reforma*, Fundación Friedrich Eber, Representación en Nicaragua. Disponible en [https://www.paho.org/nic/index.php?option=com\\_docman&view=download&alias=192-la-seguridad-social-en-nicaragua&category\\_slug=publicaciones-antiores&Itemid=235](https://www.paho.org/nic/index.php?option=com_docman&view=download&alias=192-la-seguridad-social-en-nicaragua&category_slug=publicaciones-antiores&Itemid=235).
- Mesa-Lago, Carmelo, *Social Security in Latin America: Pressure Groups, Stratification and Inequality*, University of Pittsburgh Press, Pittsburgh, 1978.
- Midaglia, Carmen y Florencia Antía, "La izquierda en el gobierno: ¿cambio o continuidad en las políticas de bienestar social?", *Revista Uruguaya de Ciencia Política*, núm. 16, 2007.
- Middlebrook, Kevin J., y Manuel Alejandro Guerrero, "Movimiento obrero y democratización en regímenes posrevolucionarios: las políticas de transición en Nicaragua, Rusia y México", *Foro Internacional* 37(3): 365-407, 1997. Disponible en <https://forointernacional.colmex.mx/index.php/fi/article/view/1444>
- Midgley, James y Kwongleung Tang, "Introduction: Social Policy, Economic Growth and Developmental Welfare", *International Journal of Social Welfare*, núm. 4, vol. 10, 2001, pp. 244-252.
- Ministerio de Desarrollo Social y Familia, "En Chile todos contamos. Segundo catastro nacional de personas en situación de calle", Gobierno de Chile. Disponible en <http://www.desarrollosocialyfamilia.gob.cl/btca/txtcompleto/midesocial/enchletodoscontamos-2catastrocalles.pdf>
- Ministerio de Desarrollo Social y Familia, *Informe de Desarrollo Social 2019*, Gobierno de Chile. Disponible en [http://www.desarrollosocialyfamilia.gob.cl/storage/docs/Informe\\_de\\_Desarrollo\\_Social\\_2019.pdf](http://www.desarrollosocialyfamilia.gob.cl/storage/docs/Informe_de_Desarrollo_Social_2019.pdf)
- Ministerio de Desarrollo Social, *Encuesta Casen Estadística Pobreza*, Gobierno de Chile, 2012.
- Ministerio de Salud Pública, "Informe Cobertura Poblacional del SNIS según prestador 2017-2018", 2020. Disponible en <https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/tematica/cobertura-poblacional>
- Ministerio de Salud Pública, "Población afiliada a ASSE por tipo de afiliación 2012-2020", 2020. Disponible en <https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/datos-y-estadisticas/datos/poblacion-afiliada-asse-tipo-afiliacion-2012-2020>
- Ministerio de Salud Pública, "Población afiliada a ASSE, IAMC y Seguros Privados Integrales, según censos. Serie 2005-2019", 2020. Disponible en <https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/datos-y-estadisticas/datos/poblacion-afiliada-asse-iamc-seguros-privados-integrales-segun-censos-serie-2005-2019>
- Ministerio de Salud Pública, "Precios de tickets y órdenes de las Instituciones de Asistencia Médica Colectiva (IAMC) a partir de julio 2019", 2019. Disponible en <https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/datos-y-estadisticas/datos/precios-tickets-ordenes-instituciones-asistencia-medica-colectiva-iamc-0>
- Ministerio de Salud Pública, *Cuentas de Salud 2016-2017: gasto y financiamiento de la salud en Uruguay*, Montevideo, 2020.
- Ministerio de Salud, "PRAIS", Gobierno de Chile. Disponible en <https://www.ssmc.cl/prais>

- MINSA, *Modelo de Salud Familiar y Comunitario. Manual de Organización y Funcionamiento del Sector*, 2008. Disponible en <http://www.minsa.gob.ni/index.php/repository/Descargas-MINSA/Divisi%C3%B3n-General-Planificaci%C3%B3n-y-Desarrollo/Modelo-de-Salud-Familiar-Comunitaria/Manual-de-Organizaci%C3%B3n-y-Funcionamiento-del-Sector/>>
- MINSA, *Política Nacional de Salud*, 2008. Disponible en [https://extranet.who.int/countryplanningcycles/sites/default/files/planning\\_cycle\\_repository/nicaragua/nicaragua\\_politica\\_nacional\\_de\\_salud\\_2008-2015.pdf](https://extranet.who.int/countryplanningcycles/sites/default/files/planning_cycle_repository/nicaragua/nicaragua_politica_nacional_de_salud_2008-2015.pdf)
- Miranda, Bonifacio, "Bipartidismo y dictadura en Nicaragua". *Confidencial* (blog), 30 de junio de 2020. Disponible en <https://confidencial.com.ni/bipartidismo-y-dictadura-en-nicaragua/>
- Molina, Silvia, Lucía Alonso y Jorge Fernández, "Uruguay: el Plan Integral de Atención a la Salud", en Ursula Giedion, Ricardo Bitrán e Ignez Tristao (eds.), *Planes de beneficios en salud en América Latina: una comparación regional*, BID, 2014.
- Monterrey Arce, Javier, *Sistemas de protección social en América Latina y el Caribe: Bolivia*, CEPAL, Santiago de Chile, 2013.
- Moreno-Serra, Rodrigo, Misael Anaya Montes y Peter C. Smith, *Levels and Determinants of Health System Efficacy in Latin America and the Caribbean*, IDB Technical Note 1582, BID, noviembre de 2018. Disponible en <https://publications.iadb.org/en/levels-and-determinants-health-system-efficiency-latin-america-and-caribbean>
- Morlachetti, Alejandro, *Current State of Social Protection Legislation in Barbados and the Organization of Eastern Caribbean States from a Human Rights Perspective*, FAO, Roma, 2015.
- Morris, Kenneth E., *Unfinished Revolution: Daniel Ortega and Nicaragua's Struggle for Liberation*. Chicago Review Press, 2010. Disponible en [https://www.amazon.com/Unfinished-Revolution-Nicaraguas-Struggle-Liberation-ebook/dp/B005HF4CZW/ref=sr\\_1\\_90?dchild=1&keywords=Nicaragua&qid=1592700642&s=digital-text&sr=1-90](https://www.amazon.com/Unfinished-Revolution-Nicaraguas-Struggle-Liberation-ebook/dp/B005HF4CZW/ref=sr_1_90?dchild=1&keywords=Nicaragua&qid=1592700642&s=digital-text&sr=1-90)
- Mostajo, Rossana, *Gasto social y distribución del ingreso: caracterización e impacto redistributivo en países seleccionados de América Latina y el Caribe*, CEPAL, Santiago de Chile, 2000.
- Muiser, Jorine et al., "Sistema de salud de Nicaragua", en *Salud Pública de México*, 53 (enero 2011), Instituto Nacional de Salud Pública. Disponible en [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S0036-36342011000800018&lng=es&nrm=iso&tlng=es](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0036-36342011000800018&lng=es&nrm=iso&tlng=es)
- Musicant, Ivan, *The Banana Wars: A History of United States Military Intervention in Latin America from the Spanish-American War to the Invasion of Panama*, Nueva York, 1991. Disponible en <https://archive.org/details/bananawarshistor00musi>
- Myles, John, y Jill Quadagno, *Political Theories of the Welfare State*, Social Service Review, 2002.
- Nassar, Koffie et al., *National Insurance Scheme Reforms in the Caribbean*, IMF Working Paper WP/16/206, octubre de 2016.
- National Insurance Corporation, St. Lucia, *Chairman's Report. July 2016-June 2017*. Disponible en <http://stlucianic.org/annual-reports/>

- Navarro Medal, Karlos, "Nicaragua", en *Reversing Pension Privatizations. Rebuilding Public Pension Systems in Eastern Europe and Latin America*. Ginebra: Organización Internacional del Trabajo, 2019. Disponible en [http://www.ilo.org/secsoc/information-resources/publications-and-tools/books-and-reports/WCMS\\_648574/lang--en/index.htm](http://www.ilo.org/secsoc/information-resources/publications-and-tools/books-and-reports/WCMS_648574/lang--en/index.htm)
- Niedzwiecki, Sara y Jennifer Pribble, "Social Policies and Center-Right Governments in Argentina and Chile", *Latin American Politics and Society*, núm. 3, vol. 59, 2017, pp. 72-97.
- O'Connor, James, "The Fiscal Crisis of the Welfare State", en Christopher Pierson y Francis G. Castles, *The Welfare State Reader* (2.<sup>a</sup> ed.), Polity Press, Cambridge, 2006.
- Obinger, Herbert, Carina Schmitt y Peter Starker, "Policy Diffusion and Policy Transfer in Comparative Welfare State Research", *Social Policy and Administration*, núm. 47, 2013, pp. 111-129.
- Observatorio de Políticas Sociales y Desarrollo, *El sistema de pensiones de la República Dominicana desde la perspectiva de las políticas sociales*. Boletín del Observatorio de Políticas Sociales y Desarrollo, núm. 9, vol. 2, Santo Domingo, 2018.
- Observatorio Mundial de Salud, "Partos atendidos por personal entrenado" Repositorio de datos. Disponible en <https://apps.who.int/gho/data/view.main.GSWCAH0zv>
- Observatorio Mundial de Salud, *Partos atendidos por personal entrenado*. Disponible en <https://apps.who.int/gho/data/view.main.GSWCAH0zv>
- Observatorio Social, "Encuesta Casen 2017", Ministerio de Desarrollo Social y Familia. Disponible en <http://observatorio.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/index.php>
- Ocampo, José Antonio, y Natalie Gómez-Arteaga, "Los sistemas de protección social, la redistribución y el crecimiento en América Latina", *Revista de la CEPAL*, núm. 122, 2017, pp. 7-33.
- OCDE, *OECD Reviews of Public Health: Chile: A healthier tomorrow*, París, 2019.
- OCDE, *Panorama de la salud 2017*, París, 2018.
- OCDE, *Panorama de la Salud: Latinoamérica y el Caribe 2020*, París, 2020.
- OCDE, *Social Benefit Recipients Database (SOCR)*, 2016. Disponible en <https://www.oecd.org/social/recipients.htm>
- OEA, *Carta de la Organización de los Estados Americanos*, 1948.
- OECD, "Report on the Gender Initiative: Gender Equality in Education, Employment and Entrepreneurship 2011", París, 2011.
- OECD, *Latin American Economic Outlook 2019. Development in Transition*, 2019. Disponible en <https://www.oecd.org/publications/latin-american-economic-outlook-20725140.htm>
- OECD, *OECD Social Expenditure Database (SOEX)*, 2019. Disponible en <https://stats.oecd.org/>
- OECD/IDB/WB, *Pensions at a Glance: Latin America and the Caribbean*, 2014. Disponible en [https://read.oecd-ilibrary.org/finance-and-investment/oecd-pensions-at-a-glance\\_pension\\_glance-2014-en#page1](https://read.oecd-ilibrary.org/finance-and-investment/oecd-pensions-at-a-glance_pension_glance-2014-en#page1)
- Offe, Claus, "Some Contradictions of the Modern Welfare State", *Critical Social Policy*, núm. 2, 1982, pp. 7-16.
- Oficina Internacional del Trabajo, *Pisos de Protección Social para una globalización equitativa e inclusiva: Informe del Grupo consultivo presidido por Michelle Bachelet*.

- Convocado por la OIT con la colaboración de la OMS, Ginebra, 2011.*
- Oficina Nacional de Estadística, "Población por región, provincia y año calendario, según sexo y grupos quinquenales de edad, 2000-2030", 2016. Disponible en <https://www.one.gob.do/demograficas/proyecciones-de-poblacion>
- Oficina Nacional de Estadística, *Portal interactivo de Pobreza de la República Dominicana*. Disponible en <http://pip.one.gob.do/>
- OISS, Banco de información de los sistemas de Seguridad Social Iberoamericanos, Madrid, 2018. Disponible en [https://oiss.org/wp-content/uploads/2018/12/bissi\\_2018.pdf](https://oiss.org/wp-content/uploads/2018/12/bissi_2018.pdf)
- OISS, *Características generales del Sistema de Seguridad Social de Nicaragua. Banco de información de los sistemas de Seguridad Social Iberoamericanos*, Madrid, 2018. Disponible en [https://oiss.org/wp-content/uploads/2018/12/bissi\\_2018.pdf](https://oiss.org/wp-content/uploads/2018/12/bissi_2018.pdf)
- OIT, "Definiciones. Tasa de desocupación". Disponible en [https://www.ilo.org/ilostat-files/Documents/description\\_UR\\_SP.pdf](https://www.ilo.org/ilostat-files/Documents/description_UR_SP.pdf)
- OIT, "Desempleo por edad y sexo", *ILOSTAT*, 2020. Disponible en [https://www.ilo.org/shinyapps/bulkexplorer36/?lang=en&segment=indicator&id=UNE\\_TUNE\\_SEX\\_AGE\\_NB\\_A](https://www.ilo.org/shinyapps/bulkexplorer36/?lang=en&segment=indicator&id=UNE_TUNE_SEX_AGE_NB_A)
- OIT, "ILO, World Social Protection Database, based on SSI"; *ILOSTAT, National Sources*. Disponible en <https://www.social-protection.org/gimi/RessourceDownload.action?ressource.ressourceId=54610>
- OIT, "Labour force participation rate by sex and age (%) -Annual", *ILOSTAT*, 2020. Disponible en [https://www.ilo.org/shinyapps/bulkexplorer15/?lang=en&segment=indicator&id=EAP\\_DWAP\\_SEX\\_AGE\\_RT\\_A](https://www.ilo.org/shinyapps/bulkexplorer15/?lang=en&segment=indicator&id=EAP_DWAP_SEX_AGE_RT_A)
- OIT, "Labour Force Participation rate by sex and age (%) -Annual", *ILOSTAT*, 2020. Disponible en [https://www.ilo.org/shinyapps/bulkexplorer15/?lang=en&segment=indicator&id=EAP\\_DWAP\\_SEX\\_AGE\\_RT\\_A](https://www.ilo.org/shinyapps/bulkexplorer15/?lang=en&segment=indicator&id=EAP_DWAP_SEX_AGE_RT_A)
- OIT, "Labour Force Participation rate by sex and age (%) -Annual", *ILOSTAT*, 2020. Disponible en [https://www.ilo.org/shinyapps/bulkexplorer15/?lang=en&segment=indicator&id=EAP\\_DWAP\\_SEX\\_AGE\\_RT\\_A](https://www.ilo.org/shinyapps/bulkexplorer15/?lang=en&segment=indicator&id=EAP_DWAP_SEX_AGE_RT_A)
- OIT, "Tasa de desempleo por sexo y edad (%) anual", *ILOSTAT*, 2020. Disponible en [https://www.ilo.org/shinyapps/bulkexplorer31/?lang=en&segment=indicator&id=UNE\\_DEAP\\_SEX\\_AGE\\_RT\\_A](https://www.ilo.org/shinyapps/bulkexplorer31/?lang=en&segment=indicator&id=UNE_DEAP_SEX_AGE_RT_A)
- OIT, "Tasa de desempleo por sexo y edad (%) anual", *ILOSTAT*, 2020. Disponible en [https://www.ilo.org/shinyapps/bulkexplorer31/?lang=en&segment=indicator&id=UNE\\_DEAP\\_SEX\\_AGE\\_RT\\_A](https://www.ilo.org/shinyapps/bulkexplorer31/?lang=en&segment=indicator&id=UNE_DEAP_SEX_AGE_RT_A)
- OIT, "Tasa de desempleo por sexo y edad (%) anual", *ILOSTAT*, 2020. Disponible en [https://www.ilo.org/shinyapps/bulkexplorer31/?lang=en&segment=indicator&id=UNE\\_DEAP\\_SEX\\_AGE\\_RT\\_A](https://www.ilo.org/shinyapps/bulkexplorer31/?lang=en&segment=indicator&id=UNE_DEAP_SEX_AGE_RT_A)
- OIT, "Tasa de desempleo por sexo y edad (porcentaje anual)", *ILOSTAT*, 2020. Disponible en [https://www.ilo.org/shinyapps/bulkexplorer31/?lang=en&segment=indicator&id=UNE\\_DEAP\\_SEX\\_AGE\\_RT\\_A](https://www.ilo.org/shinyapps/bulkexplorer31/?lang=en&segment=indicator&id=UNE_DEAP_SEX_AGE_RT_A)
- OIT, "Unemployment Rate by Sex and Age (%) -Annual", *ILOSTAT*, 2020. Disponible en [https://www.ilo.org/shinyapps/bulkexplorer42/?lang=en&segment=indicator&id=UNE\\_DEAP\\_SEX\\_AGE\\_RT\\_A](https://www.ilo.org/shinyapps/bulkexplorer42/?lang=en&segment=indicator&id=UNE_DEAP_SEX_AGE_RT_A)
- OIT, *Convenio 102-Norma mínima de Seguridad Social*, 1952. Disponible en <http://biblioteca.ciess.org/adiss/r1083/con>

- venio\_102\_norma\_mnima\_de\_seguridad\_social.
- OIT, *Declaración relativa a los fines y objetivos de la Organización Internacional del Trabajo (Declaración de Filadelfia)*, 1944.
- OIT, *Informe Mundial sobre la Protección Social 2017-19: La protección social universal para alcanzar los Objetivos del Desarrollo Sostenible*, Ginebra, 2017.
- OIT, *Informe Mundial sobre la Protección Social 2017-2019: La protección social universal para alcanzar los objetivos del Desarrollo Sostenible*, Ginebra, 2017.
- OIT, *La seguridad social en las Américas. Progresos alcanzados y objetivos para el futuro, con especial referencia a América Latina*, Ginebra, 1967.
- OIT, *Presente y futuro de la protección social en América Latina y el Caribe*, Lima, 2018.
- OIT, *Women and Men in the Informal Economy: A Statistical Picture*, Ginebra, 2018.
- OIT/Oficina Regional para América Latina y el Caribe, *Presente y futuro de la protección social en América Latina y el Caribe*, Lima, 2018.
- Olesker, Daniel, "Igualdad, universalidad y accesibilidad: economía política y estado actual de la política de salud", en Miguel Fernández Galeano, Eduardo Levcovitz y Daniel Olesker (eds.), *Economía, política y economía política para el acceso y la cobertura universal de salud en Uruguay*, OPS, Montevideo, 2015.
- OMS, "Partos atendidos por personal entrenado", Repositorio de datos del Observatorio Mundial de Salud. Disponible en <https://apps.who.int/gho/data/view.main.GSWCAH02v>
- Ondetti, Gabriel, "International Migration and Social Policy Underdevelopment in the Dominican Republic", *Global Social Policy*, núm. 1, vol. 12, 2012.
- ONU, *Declaración Universal de Derechos Humanos*, 10 de diciembre de 1948.
- ONU, *Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales*. Adoptado y abierto a la firma, ratificación y adhesión por la Asamblea General en su resolución 2200 A (XXI), de 16 de diciembre de 1966.
- OPS y CISSCAD, *Seguridad social en Centroamérica y República Dominicana: situación actual y desafíos*, Washington D. C., 2020.
- OPS y OMS, *La seguridad social en los países del área andina*, Washington D. C., 1992.
- OPS y OMS, *Salud en las Américas. Edición del 2017. Resumen: panorama regional y perfiles de país*, Washington D. C., 2017.
- OPS-OMS-CISSCAD, *Seguridad Social en Centroamérica y República Dominicana: Situación actual y desafíos*, Washington D. C., 2020.
- OPS, "Stewardship and Governance toward Universal Health", *Health in the Americas 2017*. Disponible en <https://www.paho.org/salud-en-las-americas-2017/?p=47>
- OPS, "Tasa de mortalidad por enfermedades no transmisibles c/100,000 habitantes", 2020. Disponible en <https://www.paho.org/data/index.php/es/visualizacion-de-ndicadores.html>
- OPS, "Tasa de mortalidad por enfermedades transmisibles c/100,000 habitantes", 2020. Disponible en <https://www.paho.org/data/index.php/es/visualizacion-de-ndicadores.html>
- OPS, *Organización Panamericana de la Salud*. Disponible en <https://www.paho.org/data/index.php/es/visualizacion-de-ndicadores.html>

- OPS, *PLISA Plataforma de Información en Salud para las Américas*. Disponible en <https://www.paho.org/data/index.php/es/visualizacion-de-indicadores.html>.
- OPS, *PLISA Plataforma de Información en Salud para las Américas*. Disponible en <https://www.paho.org/data/index.php/es/visualizacion-de-indicadores.html>
- OPS, *Seguridad Social en Centroamérica y República Dominicana. Situación actual y desafíos*, Washington D. C., 2020.
- Oreggioni, Ida, "El camino hacia la cobertura universal en Uruguay: cambios en el financiamiento del sistema de salud uruguayo", en Miguel Fernández Galeano, Eduardo Levcovitz y Daniel Olesker (eds.), *Economía, política y economía política para el acceso y la cobertura universal de salud en Uruguay*, OPS, Montevideo, 2015.
- Organización de las Naciones Unidas (ONU), Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (CESCR), *Observación general n° 19: El derecho a la seguridad social (artículo 9)*, 4 de febrero 2008, E/C.12/GC/19. Disponible en <https://www.refworld.org/es/docid/47d6667f2.htm>
- Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura (FAO), *Protección social en la pesca artesanal y la acuicultura de recursos limitados en América Latina y el Caribe*, Santiago de Chile, 2019.
- Orszag, Peter R., and Joseph E. Stiglitz. "Rethinking pension reform: Ten myths about social security systems." *New ideas about old age security*, 2001, pp. 17-56.
- Ortega Hegg, Manuel, "Nicaragua 2006: el regreso del FSLN al poder", *Revista de ciencia política (Santiago)*, 27, ESP (2007), Pontificia Universidad Católica de Chile. Instituto de Ciencia Política. Disponible en [https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S0718-090X2007000100012&lng=es&nrm=iso&tlng=es](https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0718-090X2007000100012&lng=es&nrm=iso&tlng=es)
- Ortiz Monasterio, Luis, "El Caribe anglófono. La creación de una nacionalidad", *Revista Mexicana de política exterior*, núm. 38, 1993, pp. 15-20.
- Ortiz, Isabel *et al.*, "Reversing Pension Privatization: Rebuilding Public Pension Systems in Eastern Europe and Latin American Countries (2000-2018)", *Working Paper International Labour Office*, núm. 63, 2018.
- Ortiz, Isabel, Fabio Durán-Valverde, Stefan Urban, Veronika Wodsak, Zhiming Yu, *La reversión de la privatización de las pensiones: Reconstruyendo los sistemas públicos de pensiones en los países de Europa Oriental y América Latina (2000-2018)*, OIT, Ginebra, 2019.
- Paddison, Oliver, "Social Protection in the English-speaking Caribbean", *CEPAL Review*, 92, agosto 2007, pp. 101-120.
- Palacios, Robert J., "Pension Reform in the Dominican Republic", *Social Protection Discussion Paper Series*, World Bank, Washington D. C., 2003.
- Panel on Understanding Cross-National Health Differences among High-Income Countries, *U.S. Health in International Perspective: Shorter Lives, Poorer Health*, The National Academies Press, Washington, 2013.
- Paul, Ruxandra, "Welfare Without Borders: Unpacking the Bases of Transnational Social Protection for International Migrants", *Oxford Development Studies*, núm. 1, vol. 45, 2017, pp. 33-46.

- Peña Torres, Ligia María, "La Fundación Rockefeller y la salud pública nicaragüense, en los años treinta, *IHNCA-Instituto de Historia de Nicaragua y Centroamérica*, UCA-Universidad, 2008. Disponible en *Centroamericana*. <http://bibliotecavirtual.clacso.org.ar/Nicaragua/ihnca-uca/20120808015357/salud.pdf>
- Pérez Brignoli, Héctor, "América Latina en la transición demográfica, 1800-1980", *Población y Salud en Mesoamérica*, núm. 7, vol. 2, archivo 1, enero-junio 2010.
- Pérez Márquez, Raquel, Relaciones clientelares y desarrollo económico: algunas hipótesis sobre la persistencia de "enclaves" de Antiguo Régimen en las democracias de América Latina. El caso de Nicaragua (1990-2005). *Nuevo mundo mundos nuevos*, enero de 2007. Disponible en <https://doi.org/10.4000/nuevomundo.3225>
- Pérez, Luis, Juan Sanguinetti y Alfredo Perazzo, "Aspectos económicos y financieros del sector de salud de Uruguay: Análisis estratégico y opciones de políticas para optimizar su desempeño y sustentabilidad", en Zafer Mustafaoglu (coord.), *Notas de políticas Uruguay: desafíos y oportunidades 2015-2020*, Banco Mundial, Montevideo, 2015.
- Pichardo Muñiz, Arlette, Sandra Suñol y Juan Luis Castillo, *La seguridad social en la República Dominicana*, Instituto Tecnológico de Santo Domingo, Santo Domingo, 2007.
- Pierson, Paul, *Dismantling the Welfare State? Reagan, Thatcher, and the Politics of Retrenchment*, Cambridge University Press, Cambridge, 1994.
- Piñera, Sebastián, "Programa de gobierno para el cambio, el futuro y la esperanza: Chile 2010-2014", Coalición por el cambio, p. 144. Disponible en [http://www.archivochile.com/Chile\\_actual/elecciones\\_2009/pinera/doc\\_part/pinera-part0015.pdf](http://www.archivochile.com/Chile_actual/elecciones_2009/pinera/doc_part/pinera-part0015.pdf)
- PNUD Nicaragua, "El PNUD rechaza las acusaciones del Gobierno de Nicaragua". *El PNUD en América Latina y el Caribe*. Disponible en <https://www.latinamerica.undp.org/content/rblac/es/home/presscenter/articles/2016/02/16/el-pnud-rechaza-las-acusaciones-del-gobierno-de-nicaragua.html>
- PNUD Nicaragua, *El PNUD en Nicaragua*. UNDP. Disponible en <https://www.ni.undp.org/content/nicaragua/es/home.html>
- PNUD y Oxford Poverty and Human Development Initiative, *Global Multidimensional Poverty Index 2019. Illuminating Inequalities*, Washington D. C., 2019.
- PNUD, "Informe sobre Desarrollo Humano 2019". *Informe sobre Desarrollo Humano 2019*, PNUD. Disponible en <http://report.hdr.undp.org/>
- PNUD, Índice e indicadores de desarrollo humano. Actualización estadística de 2018, Nueva York, 2018.
- PNUD, *Índice e indicadores de desarrollo humano. Actualización estadística de 2018*, PNUD, Nueva York, 2018.
- PNUD, *Política social, capacidades y derechos. Análisis y propuestas de políticas sociales en República Dominicana*, Santo Domingo, 2010.
- Portes, Alejandro y Richard Schauffler, "Competing Perspectives on the Latin American Informal Sector", *Population and Development Review*, núm. 1, vol. 19, marzo de 1993, pp. 33-60.
- Porzecanski, Arturo C., "The Case of Uruguay", en Carmelo Mesa-Lago, *Social Security in*

- Latin America: Pressure Groups, Stratification, and Inequality*, Chicago University Press, Chicago, 1978.
- Powell, Anna, "Relations between the United States and Nicaragua, 1898-1916", *The Hispanic American Historical Review* 8 (1): 43-64, 1928. Disponible en <http://www.jstor.org/stable/2505819>
- Presidencia de la República, *Decreto 1073-04*. Disponible en <https://siuben.gob.do/wp-content/uploads/2019/01/2siuben-decreto107304-1.pdf>
- Presidencia de la República, *Decreto 1082-04. 2004*. Disponible en <http://mepyd.gob.do/mepyd/wp-content/uploads/archivos/transparencia/base-legal/decreto-1082-04.pdf>
- Presidencia de la República, *Decreto 1554-04*. Disponible en <https://gabinetesocial.gob.do/wp-content/uploads/2017/05/Decreto-no.1554-04.pdf>
- Presidencia de la República, *Decreto 488-12*. Disponible en <https://progresando-consolidaridad.gob.do/wp-content/uploads/7decreto48812.pdf>
- Presidencia de la República, *Decreto 536-05*. Disponible en <https://progresando-consolidaridad.gob.do/wp-content/uploads/Creacion-prosoli.pdf>
- Pribble, Jennifer, Evelyne Huber, and John D. Stephens, "Politics, Policies, and Poverty in Latin America," *Comparative Politics* 41, núm. 4, 2009, pp. 387-407.
- Pribble, Jennifer, *Welfare and Party Politics in Latin America*, Cambridge University Press, Cambridge, 2013.
- Pryor, Frederic, *Public Expenditures in Communist and Capitalist Nations*, George Allen and Unwin Ltd, Londres, 1968.
- Quadagno, Jill S., "Welfare Capitalism and the Social Security Act of 1935", *American Sociological Review*, núm. 49, 1984, pp. 632-647.
- Ram, Justin *et al.*, *Measuring Vulnerability: A Multidimensional Vulnerability Index for the Caribbean*, CDB Working Paper núm. 2019/01, Caribbean Development Bank, 2019.
- Ramírez, Nelson, Isidro Santana, Francisco de Moya y Pablo Tactuk, *República Dominicana: Población y desarrollo 1950-1985*, Celade/CEPAL, San José, 1988.
- Rathe, Magdalena, *Dominican Republic: Implementing a Health Protection System that Leaves no one Behind*, Universal Health Coverage Study Series núm. 30, World Bank, Washington D. C., 2018.
- Reglamento de la Ley General de Salud*, 2003. Disponible en [http://legislacion.asamblea.gob.ni/Normaweb.nsf/\(\\$All\)/0F963CAE75EBD5DC0625715A005CoDC9](http://legislacion.asamblea.gob.ni/Normaweb.nsf/($All)/0F963CAE75EBD5DC0625715A005CoDC9).
- Reglamento Interno del Régimen Especial de Seguridad Social del Instituto de Seguridad Social y Desarrollo Humano (ISSDHU)*, 2016. Disponible en [http://legislacion.asamblea.gob.ni/Normaweb.nsf/\(\\$All\)/3AA2CE1CE25E5FD1062585310052635A?OpenDocument](http://legislacion.asamblea.gob.ni/Normaweb.nsf/($All)/3AA2CE1CE25E5FD1062585310052635A?OpenDocument).
- Repositorio de datos del Observatorio Mundial de Salud, "Partos atendidos por personal entrenado". Disponible en <https://apps.who.int/gho/data/view.main.GSW-CAH02v>
- Reyes, María José, y Valeska Xilonem Suárez, *Análisis Jurídico Comparativo del Régimen de Pensiones del Instituto Nicaragüense de Seguridad Social (INSS) con relación a las establecidas en el Instituto de Seguridad Social y Desarrollo Humano (ISSDHU) y el Instituto de Previsión Social Militar (IPSM)*,

- Managua: Universidad Centroamericana. Disponible en <http://repositorio.uca.edu.ni/451/1/UCANI3189.PDF>
- Riedel, Eibe (ed.), *Social Security as a Human Right: Drafting a General Comment on Article 9 ICESCR-Some Challenges*, Springer, Berlín-Heidelberg-Nueva York, 2007.
- Robles Fariás, Claudia, *Sistemas de protección social en América Latina y el Caribe: Chile*, Santiago, CEPAL-Ministerio Federal de Cooperación Económica y Desarrollo-GIZ, 2013.
- Rodgers, Gary et al., *The International Labour Organization and the quest for social justice, 1919-2009*, OIT, Ginebra, 2009.
- Rodrigues, Rodrigo, *Gobierno local y Estado de bienestar: Regímenes y resultados de la política social en Brasil, tesis doctoral*, Universidad de Salamanca, Salamanca, 2010.
- Rofman, Rafael, e Ignacio Apella, "La protección social en un contexto de cambio demográfico", en Zafer Mustafaoglu (coord.), *Notas de políticas Uruguay: desafíos y oportunidades 2015-2020*, Banco Mundial, Montevideo, 2015.
- Roniger, Luis, *Historia mínima de los derechos humanos en América Latina*, El Colegio de México, Ciudad de México, 2018.
- Rosales, Osvaldo, y Mikio Kuwayama, *China y América Latina y el Caribe: hacia una relación económica y comercial estratégica*, CEPAL, Santiago de Chile, 2012.
- Rosas Carrasco, Fernando, "Disminución lista de espera AUGE: ¿Cuál es el secreto?", *El quinto poder*, 29 de septiembre de 2011. Disponible en <https://www.elquintopoder.cl/salud/disminucion-lista-de-espera-auge-cual-es-el-secreto/>
- Rossel, Cecilia, "De la heterogeneidad productiva a la estratificación de la protección social", en Verónica Amarante y Ricardo Infante (eds.), *Hacia un desarrollo inclusivo: el caso de Uruguay*, CEPAL/OIT, Santiago de Chile, 2015.
- Rueda Estrada, Verónica, *Recompas, Recontras, Revueltos y Rearmados. Posguerra y conflictos por la tierra en Nicaragua 1990-2008*, Instituto Mora, CIALC-UNAM, Conacyt, Ciudad de México, 2015.
- Ruezga Barba, Antonio, *Seguridad social: Una visión latinoamericana*. Serie Biblioteca CIESS 8. Ciudad de México, Centro Interamericano de Estudios de Seguridad Social (CIESS), 2009. Disponible en [http://biblioteca.cieess.org/adiss/r103/seguridad\\_social\\_una\\_visin\\_latinoamericana](http://biblioteca.cieess.org/adiss/r103/seguridad_social_una_visin_latinoamericana)
- S. a., *Conferencias Internacionales Americanas 1889-1936*, Archivo Digital Daniel Cosío Villegas. Disponible en [http://biblio2.colmex.mx/coinam/coinam\\_1889\\_1936/base2.htm](http://biblio2.colmex.mx/coinam/coinam_1889_1936/base2.htm)
- Sagredo Baeza, Rafael, *Historia Mínima de Chile*, El Colegio de México, México D. F., 2014.
- Sánchez González, Mario, Douglas Castro Quezada, Rony Rodríguez Ramírez, y Jorge Guerra Vanegas, "Movimientos sociales y acción colectiva en Nicaragua: entre la identidad, autonomía y subordinación", *Amnis. Revue de civilisation contemporaine Europes/Amériques*, núm. 15, 2016. Disponible en <https://doi.org/10.4000/amnis.2813>
- Sánchez Paniagua, Roger José, *De la propuesta de reforma al sistema de Pensiones de la Seguridad Social en Nicaragua* (tesis), Universidad Centroamericana (UCA)-Facultad de Ciencias Jurídicas, Managua, 2012.

- Sánchez-Belmont, Mariela, Miguel Ángel Ramírez y Frida Romero, *Propuesta conceptual para el análisis de la seguridad social desde la CISS*, CISS, Ciudad de México, 2019.
- Sánchez-Castañeda, A., *La seguridad y la protección social en México. Su necesaria reorganización*, UNAM, México, 2012.
- Santana, Isidoro, *Las igualas médicas frente a seguro social (Estudio de la organización industrial de los servicios de salud en la República Dominicana)*, BID, Santo Domingo, 1997.
- Scheurell, Robert P., "The Welfare State in the United States", en Christian Aspalter (ed.), *Welfare Capitalism around the World*, Casa Verde Publishing, Hong Kong, Taipei y Seúl, 2003.
- Schmitt, Carina, Hanna Lierse y Herbert Obinger, "The Global Emergence of Social Protection: Explaining Social Security Legislation 1820-2013", *Politics & Society*, núm. 43, vol. 4, 2015, pp. 503-524.
- Schmitter, Philippe y Gerhard Lehmann (eds.), *Trends Toward Corporatist Intermediation*, Sage, Beverly Hills, 1979.
- Sención Villalona, Augusto, *La dictadura de Trujillo (1930-1961)*, Archivo General de la Nación, Santo Domingo, 2012.
- Sentencia N° 1 del 10 de enero del 2008*, 2008. Disponible en <http://legislacion.asamblea.gob.ni/SILEG/Gacetas.nsf/5ee-a6480fc3d3d90062576e300504635/29cbf9fae742586006257fe6005b71c-d?OpenDocument>.
- Sienra, Mariana, *La evolución del sistema de seguridad social en el Uruguay (1829-1986)*, Serie Documentos de Trabajo Instituto de Economía, núm. 7, 2007.
- Sindicato Médico del Uruguay, "De las Cajas de Auxilio, Seguro de Enfermedad y Seguros Convencionales", 2009. Disponible en <https://www.smu.org.uy/sindicales/comunicados/76/>
- Singer, Matthew, "Dominican Republic", en Yi-ting Wang (coord.), *Research and Dialogue on Programmatic Parties and Party Systems: Case Study Reports*, IDEA Project –PO 134-01/2401, 8 de enero de 2020.
- Sipen, "Afiliados", *Estadística Previsional*. Disponible en <https://www.sipen.gob.do/index.php/estadisticas/estadistica-previsional>
- Sipen, "Historia", Gobierno de República Dominicana. Disponible en <http://www.sipen.gov.do/index.php/sobre-nosotros/historia>
- Sipen, *Boletín Trimestral*, núm. 67, Santo Domingo, marzo de 2020.
- Sisalril, Beneficiarios y montos autorizados por subsidios, 2020. Disponible en [http://www.sisalril.gov.do/pdf/estadisticas/estadisticas\\_subsidios\\_junio\\_2020.pdf](http://www.sisalril.gov.do/pdf/estadisticas/estadisticas_subsidios_junio_2020.pdf)
- Sisalril, *Descripción del Catálogo del PDSS*, Santo Domingo. Disponible en <http://www.sisalril.gov.do/pdf/documentos/descripciondelcatalogodelpdss.pdf>
- Sisalril, Estadísticas del SFS, 2020. Disponible en <http://www.sisalril.gov.do/EstadisticasdelSfs.aspx>
- SISMAP Municipal, "Historia" Disponible en <https://www.sismap.gob.do/Municipal/Directorio/Dir/Details/168>
- Siuben, *Calidad de vida. Tercer estudio socioeconómico de hogares 2018*, 2018.
- Skocpol, Theda, *Protecting Soldiers and Mothers: The Political Origins of Social Policy in the United States*, The Belknap Press of Harvard University Press, Cambridge, 1995.
- Smith, Gordon B., *Soviet Politics: Continuity and Contradiction*, Palgrave Macmillan, Londres, 1988.

- SNIC, *Rendimos Cuentas. Informe marzo 2020*, Montevideo, 2020.
- Solimano, Andrés, *Pensiones a la chilena: la experiencia internacional y el camino a la desprivatización*, Catalonia, Santiago de Chile, 2017.
- SSA y ISSA, *Social Security Programmes Throughout the World: The Americas, 2017*, SSA, Washington D. C., 2018.
- Statistics Canada, "Persons living below Canada's official poverty line (Market Basket Measure), 2013 to 2017", 2019. Disponible en <https://www150.statcan.gc.ca/n1/daily-quotidien/190226/t002b-eng.htm>
- Subsecretaría de Previsión Social, "Seguro Social contra Accidentes y Enfermedades Profesionales", Gobierno de Chile. Disponible en <https://www.prevision-social.gob.cl/sps/organizaciones/organizaciones-territoriales-y-sociales/seguridad-y-salud-en-el-trabajo/seguro-social-contraccidentes-y-enfermedades-profesionales/#>
- Subsecretaría de Previsión Social, *Informe Estadístico Semestral de la Seguridad Social: Segundo Semestre de 2018, No. 11*, Santiago de Chile. Disponible en [https://www.previsionsocial.gob.cl/sps/download/estudios-previsionales/estadisticas-previsionales/informe-estadistico-semestral-de-seguridad-social/Segundo-Semestre\\_2018.pdf](https://www.previsionsocial.gob.cl/sps/download/estudios-previsionales/estadisticas-previsionales/informe-estadistico-semestral-de-seguridad-social/Segundo-Semestre_2018.pdf)
- Sugihara, K. "Multiple Paths to Industrialization: A Global Context of the Rise of Emerging States", en K. Otsuka y K. Sugihara (eds.), *Paths to the Emerging State in Asia and Africa. Emerging-Economy State and International Policy Studies*, Springer, Singapore, 2019.
- Sugihara, Kaoru, "Multiple Paths to Industrialization: A Global Context of the Rise of Emerging States", en K. Otsuka y K. Sugihara (eds.), *Paths to the Emerging State in Asia and Africa. Emerging-Economy State and International Policy Studies*, Springer, Singapore, 2019.
- Superintendencia de Pensiones, "Compendio de normas del sistema de pensiones", Gobierno de Chile. Disponible en <https://www.spensiones.cl/portal/compendio/596/w3-propertyvalue-3200.html>
- Superintendencia de Pensiones, "Cotización adicional por trabajo pesado", Gobierno de Chile. Disponible en [https://www.spensiones.cl/portal/institucional/594/w3-propertyvalue-9918.html#recuadros\\_articulo\\_4130\\_0](https://www.spensiones.cl/portal/institucional/594/w3-propertyvalue-9918.html#recuadros_articulo_4130_0)
- Superintendencia de Pensiones, "La institución", Gobierno de Chile. Disponible en <https://www.spensiones.cl/portal/institucional/594/w3-propertyvalue-5990.html>
- Superintendencia de Salud, "Cobertura y Bonificaciones", Gobierno de Chile. Disponible en <http://www.supersalud.gob.cl/consultas/667/w3-article-2504.html>
- Superintendencia de Salud, "Cómo funciona el sistema de salud en Chile", Ministerio de Salud. Disponible en <http://www.supersalud.gob.cl/difusion/665/w3-printer-17328.html>
- Tapen Sinha, *Pension Reform in Latin America and its Lessons for International Policymakers*, Springer Science-Business Media, Nueva York, 2000.
- Taylor-Gooby, Peter, "New Social Risks in Postindustrial Society: Some Evidence on Responses to Active Labor Market Policies from Eurobarometer", *International Social Security Review*, núm. 57, 2004, pp. 45-64.

- The National Insurance Board of the Commonwealth of the Bahamas, *2016 Annual Report*, New Providence, 2017. Disponible en <https://nib-bahamas.com/2016-annual-report>
- The National Insurance Board of Trinidad and Tobago, *Forging Transformation, fostering Sustainability. Annual Report 2017-2018*. Disponible en <https://www.nibtt.net/annualreport/flipbook/index.html?page=1>
- Thompson, E. P., *La formación de la clase obrera en Inglaterra*, Capitán Swing, Madrid, 2012.
- Tijerino, Frances Kinloch, "Identidad nacional e intervención extranjera. Nicaragua, 1840-1930". *Revista de Historia*, núm. 45, pp. 163-189, 2002. Disponible en <https://www.revistas.una.ac.cr/index.php/historia/article/view/12394>.
- Titelman, Daniel, "Reformas al sistema de salud en Chile: Desafíos pendientes", *Financiamiento del Desarrollo*, CEPAL/Naciones Unidas, Santiago de Chile, 2000.
- Torres Lazo, Agustín, *La saga de los Somoza: historia de un magnicidio* (2.ª ed.), Managua, Hispamer, 2002.
- Treaty Establishing the Caribbean Community*, Chaguaramas, 4 de julio de 1973. Disponible en [http://www.sice.oas.org/Trade/CCME/Chaguaramastreaty\\_e.pdf](http://www.sice.oas.org/Trade/CCME/Chaguaramastreaty_e.pdf)
- Turner, John, "Social Security in Asia and the Pacific: A Brief Overview", *Journal of Aging and Social Policy*, núm. 1, vol. 14, 2002, pp. 95-104.
- Ugalde, A., y N. Homedes, "Descentralización del sector salud en América Latina", *Gaceta Sanitaria*, vol. 16, núm. 1, 2002, pp. 18-29.
- Ulises García Repetto, "El financiamiento de la seguridad social en el Uruguay (1896-2008): una aproximación a su análisis en el largo plazo," *Documentos de Trabajo (working papers) Instituto de Economía*, 2011.
- UNICEF, *Programa de Atención Integral a la Primera Infancia de Base Familiar y Comunitaria*. Disponible en <https://www.unicef.org/dominicanrepublic/programa-de-atenci%C3%B3n-integral-la-primera-infancia-de-base-familiar-y-comunitaria#:~:text=El%20Programa%20de%20Atenci%C3%B3n%20Integral,-de%20sus%20hijos%20e%20hijas>
- Unidad de Información Social, *Sistematizando la asistencia social: hacia una red de protección social en la República Dominicana*, 2005.
- United States Centers for Medicare and Medicaid Services, "No health insurance? See if you'll owe a fee". Disponible en <https://www.healthcare.gov/fees/fee-for-not-being-covered/>
- Urquidí, Víctor L., *Otro siglo perdido: las políticas de desarrollo en América Latina (1930-2005)*, FCE, México, 2005.
- US Bureau, *Income, Poverty, and Health Insurance Coverage in the United States: 2009*, Washington D. C., 2009.
- US Bureau, *Income, Poverty, and Health Insurance Coverage in the United States: 2016*, Washington D. C., 2016.
- USAID, *Nicaragua: Una Alianza Modelo entre El Instituto Nicaragüense de Seguridad Social y el Ministerio de Salud*, Washington, D. C., 2010.
- Uthoff, Andras, Cecilia Vera y Nora Ruedi, *Relación de dependencia del trabajo formal y brechas de protección social en América Latina y el Caribe*, CEPAL, Santiago de Chile, 2006.

- Valencia Lomelí, Enrique, David Foust Rodríguez y Darcy Tetreault Weber, *Sistemas de protección social en América Latina y el Caribe: México*, CEPAL, Santiago de Chile, 2013.
- Vargas Faulbaum, Luis Hernán, "Reformas del sistema de pensiones en Chile (1952-2008)", *Serie Políticas Sociales*, núm. 229, CEPAL, Santiago de Chile, 2018.
- Velásquez, Mario, "Seguros de desempleo y reformas recientes en América Latina", *Serie macroeconomía del desarrollo* 99, CEPAL, Santiago de Chile, 2010.
- Velázquez Leyer, Ricardo, y Juan Pablo Ferrero, "Social Policy Expansion, Democracy and Social Mobilization in Latin America: Health Care Reform in Brazil and Mexico", *Journal of Iberian and Latin American Research*, 22, pp. 117-134, 2016.
- Vilas, Carlos, El impacto de la transición revolucionaria en las clases populares: la clase obrera en la revolución sandinista». *Cuadernos Políticos, Ediciones Era*, núm. 48, pp. 92-114, 1986. Disponible en <http://www.cuadernospoliticos.unam.mx/cuadernos/contenido/CP.48/48.8.CarlosMVilas.pdf>
- Walker, Thomas W. 2018. *Nicaragua: Emerging From the Shadow of the Eagle* (6.ª ed.), Routledge. Disponible en [https://www.amazon.com/Nicaragua-Emerging-Thomas-W-Walker-ebook/dp/B07CYZ-B5ZQ/ref=sr\\_1\\_5?dchild=1&keywords=Nicaragua&qid=1592700860&s=digital-text&sr=1-5](https://www.amazon.com/Nicaragua-Emerging-Thomas-W-Walker-ebook/dp/B07CYZ-B5ZQ/ref=sr_1_5?dchild=1&keywords=Nicaragua&qid=1592700860&s=digital-text&sr=1-5)
- Walter, Knut, *The Regime of Anastasio Somoza, 1936-1956*. Chapel Hill y Londres: The University of North Carolina Press: Made Available Through Hoopla Digital, 2000.
- Weise, Robert, "British Commonwealth Areas of the Caribbean", *Social Security Bulletin*, núm. 4, vol. 32, abril de 1969.
- Whiteside, Noe, "The Beveridge Report and Its Implementation: A Revolutionary Project?", *Historie@Politique*, núm. 24, vol. 3, 2014, pp. 24-37.
- Wilensky, Harold, *The Welfare State and Equality: Structural and Ideological Roots of Public Expenditure*, University of California Press, Berkley, 1975.
- Zimmermann, Ann, "Social Vulnerability as an Analytical Perspective", *Population Europe Discussion Papers*, núm. 4, 2017.

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



**CISS**  
SEGURIDAD SOCIAL  
PARA EL BIENESTAR

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

