



Organización
Internacional
del Trabajo

INFORME MUNDIAL SOBRE LA PROTECCIÓN SOCIAL

Hacia la recuperación
económica, el desarrollo
inclusivo y la justicia social

2014/15

Informe Mundial sobre la Protección Social 2014/15
Hacia la recuperación económica, el desarrollo inclusivo y la justicia social

Informe Mundial sobre la Protección Social 2014/15

Hacia la recuperación económica, el desarrollo inclusivo y la justicia social

Copyright © Organización Internacional del Trabajo 2017

Primera edición 2017

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

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

Informe Mundial sobre la Protección Social 2014/15: Hacia la recuperación económica, el desarrollo inclusivo y la justicia social, Oficina Internacional del Trabajo – Ginebra: OIT, 2017

IISSN 978-92-2-331333-3 (impreso)

ISBN 978-92-2-331334-0 (PDF)

Oficina Internacional del Trabajo

seguridad social / campo de aplicación / vacíos en la cobertura / política de la seguridad social / envejecimiento de la población / régimen de pensiones / seguro de enfermedad / papel de la OIT / países desarrollados / países en desarrollo

02.03.1

Publicado también en inglés: *World Social Protection Report 2014/15: Building economic recovery, inclusive development and social justice*, ISBN 978-92-2-128660-8 (print), 978-92-2-128661-5 (web pdf), Ginebra, 2014.

Datos de Catalogación de la OIT

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

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

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

Las publicaciones y los productos digitales de la OIT pueden obtenerse en las principales librerías y redes de distribución digital, o solicitándolos a ilo@turpin-distribution.com. Para más información, visite nuestro sitio web: ilo.org/publns o escribanos a ilopubs@ilo.org.

Prefacio

Desde su creación en 1919, la OIT ha venido apoyando a los países con el desarrollo y establecimiento de regímenes de seguridad social para todos. Desde entonces se han producido grandes avances. Al comienzo, unos 40 países empezaban a desarrollar tales regímenes; hoy en día, todos los países del mundo cuentan con algún tipo de régimen de seguridad social.

Lo que es más, la cobertura y las prestaciones de la protección social continúan expandiéndose, como se refleja en la histórica Recomendación de la OIT sobre los pisos de protección social (núm. 202), adoptada en 2012. La Recomendación da testimonio del compromiso conjunto de los gobiernos, los empleadores y los trabajadores en la construcción de pisos de protección social definidos a nivel nacional, lo que garantiza al menos un nivel básico de seguridad social para todos, incluyendo el acceso a servicios de salud y seguridad de los ingresos a lo largo de la vida de las personas, con el fin de garantizar su dignidad y sus derechos. Si bien los pisos de protección social son esenciales, la Recomendación no se detiene allí: también brinda orientaciones detalladas sobre la construcción de sistemas integrales de protección social.

Dos años después de la adopción de la Recomendación, el presente Informe Mundial sobre la Protección Social ofrece un amplio conjunto de pruebas tanto del impresionante progreso realizado en los últimos años como de las brechas que aún persisten y deben ser superadas. Basado en un enfoque del ciclo vital, el informe proporciona una visión general de la organización actual de los sistemas de protección social, la cobertura, las prestaciones y los gastos. Con su alcance mundial y valiosos anexos estadísticos, el informe constituye una referencia esencial para cualquier persona interesada en la protección social.

En los últimos años, la OIT ha prestado asistencia técnica en el ámbito de la protección social a no menos de 136 países. Y nos enorgullece continuar prestando nuestro apoyo alrededor del mundo, a medida que cada vez más evidencias demuestran que los sistemas de protección social desempeñan un papel clave en el funcionamiento de las sociedades modernas y constituyen un elemento esencial de las estrategias integrales de desarrollo económico y social. Además, la experiencia desde el año 2008, muestra que los países con sistemas adecuados de protección social pudieron responder más rápida y eficazmente a la crisis mundial.

Sin embargo, alrededor del 73 por ciento de la población mundial sigue viviendo sin cobertura adecuada en materia de protección social. En otras palabras, para la gran mayoría de la población, el derecho humano fundamental a la seguridad social se concreta sólo parcialmente o no se concreta en absoluto. En 2014, es evidente que la comunidad mundial debe hacer un mayor esfuerzo para hacer de este derecho una realidad. Desde esta perspectiva, es oportuno recordar el gran número de países que históricamente han construido economías sólidas y al mismo tiempo han creado sociedades dignas con protección social.

Haciendo aún frente a las repercusiones económicas de la crisis financiera global, el mundo se enfrenta a una profunda crisis social que también es una crisis de justicia social. Las medidas de consolidación y ajuste fiscal amenazan con desmejorar el nivel de vida de los hogares en un número importante de países. Pese a los progresos realizados en la reducción de los niveles de pobreza extrema en algunas partes del mundo, persisten niveles importantes de pobreza y vulnerabilidad; y más aún, la pobreza está aumentando en muchos países de ingresos altos. Además, los niveles elevados y aún crecientes de desigualdad tanto en las economías avanzadas como en las economías en desarrollo, constituyen motivo de gran preocupación.

Las medidas de protección social son elementos esenciales de una respuesta en materia de políticas que pueda hacer frente a tales desafíos. No sólo respaldan la realización del derecho humano a la seguridad social universal, sino son también una necesidad tanto social como económica. Los sistemas de protección social bien diseñados proporcionan apoyo a los ingresos y al consumo interno, generan capital humano y aumentan la productividad. Los esfuerzos enérgicos por ampliar la protección social en muchos países en desarrollo, desde Brasil y Ecuador hasta China y Mozambique, han puesto de manifiesto su papel clave en la reducción de la pobreza y la vulnerabilidad, en la corrección de las desigualdades y en el fomento del crecimiento inclusivo.

Este es un tema que la comunidad internacional debe adoptar como prioridad en la agenda del desarrollo posterior a 2015. La protección social puede garantizar que todas las personas tengan la certeza de saber que si pierden su trabajo o enferman, y también cuando envejecan, no afrontarán el riesgo de la pobreza y la inseguridad. Nuestra sociedad moderna dispone de los medios necesarios para proporcionar la protección social universal en todas partes.

Es mi deseo que el presente informe se convierta en una herramienta útil que proporcione a los profesionales la base para la formulación de políticas adecuadamente fundamentadas.

Ginebra, junio de 2014



GUY RYDER
Director General
Oficina Internacional del Trabajo

Agradecimientos

El presente informe fue elaborado por un equipo dirigido por la Directora del Departamento de Protección Social de la OIT, Isabel Ortiz, el cual estuvo formado por Krzysztof Hagemeyer, ex Director del Servicio de Política Social, Gobernanza y Normas; Anne Drouin, Directora del Servicio de Finanzas Públicas, Oficina de Servicios Actuariales y Estadísticos; Florence Bonnet, Coordinadora de Estadísticas sobre Seguridad Social; Christina Behrendt, Especialista Principal en Políticas de Protección Social; Emmanuelle St-Pierre Guilbault, Especialista Legal; Xenia Scheil-Adlung, Coordinadora de Protección Social en Salud; y John Woodall, ex Coordinador de Política de Pensiones.

vii

El informe recibió aportes sustanciales de Matthew Cummins, Especialista en Políticas Sociales y Económicas del Fondo de la Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), y varios colegas del Departamento de Protección Social de la OIT, entre ellos Fabio Durán Valverde, Especialista Principal en Seguridad Social; Aidi Hu, Coordinadora de Operaciones Nacionales, Asia; Cristina Lloret, Actuarial Auxiliar de Seguridad Social; Helmut Schwarzer, Especialista Principal en Seguridad Social para las Américas y el Caribe; Maya Stern-Plaza, Oficial Legal Auxiliar; Maya Stern-Plaza, Oficial Legal Auxiliar; Veronika Wodsak, Oficial Técnica en Seguridad Social; Hiroshi Yamabana, Actuario de Seguridad Social; y Katharina Diekmann, Zita Herman, Vinu Parakkal Menon y Nicholas Teasdale-Boivin.

El informe se benefició de los comentarios de los colegas de otros departamentos técnicos de la OIT y de las oficinas exteriores, incluidos Manuela Tomei, Directora del Departamento de Condiciones de Trabajo e Igualdad; Michelle Leighton, Directora del Servicio de Migraciones Laborales; Philippe Marcadent, Director del Servicio de Mercados Laborales Inclusivos, Servicio de Relaciones Laborales y Condiciones de Trabajo; Shauna Olney, Directora del Servicio de Género, Igualdad y Diversidad; Alice Ouedraogo, Directora del Servicio del VIH y el SIDA y el Mundo del Trabajo; Laura Addati, Especialista en Protección de la Maternidad y de Conciliación entre la Vida Familiar y Profesional; Janine Berg, Economista Principal de Desarrollo Humano; Fabio Bertranou, Especialista Principal en Mercados de Trabajo y Protección Social, OIT Buenos Aires; Theopiste Butare, Especialista Técnico Principal en Seguridad Social,

OIT Yaoundé; Pablo Casalí, Especialista Principal en Seguridad Social, OIT Lima; Luis Casanova, Director de la Oficina de País, OIT Buenos Aires; Raphael Crowe, Especialista Principal en Género; Raphael Crowe, Especialista Principal en Género; Loveleen De, Consultora en Seguridad Social, OIT Bangkok; Juan De Laiglesia, Economista y Especialista en Mercados de Trabajo; Maria Gallotti, Especialista en Políticas Migratorias; Youcef Ghellab, Director de la Unidad de Diálogo Social y Tripartismo; Frank Hoffer, Oficial Principal de Investigación, Oficina de la OIT de Actividades para los Trabajadores; Lee-Nah Hsu, Especialista Técnica en VIH y SIDA; Kroum Markov, Especialista Legal; Barbara Murray, Especialista Principal en Discapacidad; Susan Maybud, Especialista Principal en Género; Seil Oh, Oficial de Seguridad Social, OIT Bangkok; Céline Peyron Bista, Asesora Técnica Principal, OIT Bangkok; Markus Ruck, Especialista Principal en Seguridad Social, OIT Nueva Delhi; Catherine Saget, Economista Principal; Francis Sanzouango, Especialista en Relaciones con los Empleadores, Oficina de Actividades para los Empleadores; Sinta Satriana, Consultora en Seguridad Social, OIT Bangkok; Valérie Schmitt, Especialista Principal en Seguridad Social, OIT Bangkok; Stefan Trömel, Especialista Principal en Discapacidad; Catherine Vaillancourt-Laflamme, Asesora Técnica Principal, OIT Manila. Se agradece especialmente los comentarios y orientaciones de la Directora General Adjunta de Políticas de la OIT, Sandra Polaski.

viii

La OIT también agradece los valiosos comentarios formulados por otras organizaciones de las Naciones Unidas, entre ellos de Diana Barrowclough, Oficial Principal de Asuntos Económicos de la Conferencia de las Naciones Unidas sobre Comercio y Desarrollo (UNCTAD); Michael Clark, Asesor Principal sobre Gobernanza Internacional de la Organización para la Agricultura y la Alimentación (FAO); Sarah Cook, Directora del Instituto de Investigaciones de las Naciones Unidas para el Desarrollo Social (UNRISD); Christian Courtis, Oficial de Derechos Humanos de la Oficina del Alto Comisionado de la ONU para los Derechos Humanos (OACNUDH); Frédéric Dévé, Asesor de Gobernanza, FAO; David Evans, Director del Departamento de Financiamiento de Sistemas de Salud, Organización Mundial de la Salud (OMS); Lynn Gentile, Oficial de Derechos Humanos, OACNUDH; Catalina Gómez, Consultora de Protección Social, UNICEF; Katja Hujo, Coordinadora de Investigación, UNRISD; Alex Izurieta, Oficial Principal de Asuntos Económicos, UNCTAD; Gabriele Köhler, ex Asesora Regional de Política Social, UNICEF, Asia del Sur; Hans-Horst Konkolewsky, Secretario General, Asociación Internacional de Seguridad Social (AISS); Joseph Kutzin, Coordinador, Política de Financiamiento de la Salud, OMS; Daniel López Acuña, Asesor del Director General, OMS; Sheila Murthi, Consultora de Protección Social, UNICEF; Krista Orama, Punto Focal para los Derechos de las Personas con Discapacidad, OACNUDH; Shahra Razavi, Directora de la Sección de Investigación y Datos, ONU MUJERES; Stefania Tripodi, Oficial de Derechos Humanos, OACNUDH; Jenn Yablonski, Especialista en Protección Social, UNICEF; Ilcheong Yi, Coordinador de Investigación, UNRISD; Michael Cichon, ex Director del Departamento de Seguridad Social de la OIT y actual Presidente del Consejo Internacional de Bienestar Social; y los comentarios de tres revisores inter pares anónimos.

También se debe agradecer a quienes, desde sus distintas funciones, facilitaron la edición, producción, publicación y difusión del presente informe, incluyendo a Charlotte Beauchamp, Raphaël Crettaz, Laetitia Dard, Chris Edgar, José Antonio García, Victoria Giroud-Castiella, Jean-Luc Martinage, Michel Masurel, Martin Murphy, Marcia Poole, Karuna Pal, Ksenija Radojevic Bovet, Damien Riunaud, Dalibor Rodinis, Hans von Rohland, Gillian Somerscales y Hans Christian Weidmann.

Contenido

Prefacio	v	ix
Agradecimientos	vii	
Lista de figuras	xiii	
Lista de cuadros	xvii	
Lista de recuadros	xvii	
Lista de abreviaturas	xix	
Resumen Ejecutivo	xxi	
1. Introducción	1	
1.1 Un derecho sin cumplir	2	
1.2 La construcción de los sistemas de protección social: Una sinopsis histórica: 1900-2012	4	
1.3 La consolidación fiscal: Regresiones: 2010-15	5	
1.4 El camino a seguir: La construcción de pisos nacionales de protección social y sistemas de seguridad social nacionales	5	
1.5 Objetivo y estructura del informe	7	
1.6 La construcción de la base de conocimientos de estadísticas de protección social	7	
2. La protección social de la infancia y las familias	9	
2.1 El papel de la protección social para garantizar el bienestar de la infancia	10	
2.2 El gasto en la protección social de la infancia y las familias	12	
2.3 Alcance de la cobertura legal: Los programas de prestaciones orientados a la infancia y la familia consagrados en la legislación nacional	14	
2.4 La reducción de las brechas de cobertura y el fortalecimiento de la seguridad de los ingresos a favor de la infancia y la familia	19	
2.5 Cómo las medidas de consolidación y de ajuste fiscal amenazan la seguridad de los ingresos para la los niños y las familias	23	

3. La protección social para las mujeres y los hombres en edad activa .	25
3.1 Introducción: La búsqueda de la seguridad de los ingresos	25
3.2 La protección en caso de desempleo	29
3.2.1 La protección de los ingresos, la amortiguación de las conmociones de la demanda y la facilitación del cambio estructural en la economía	29
3.2.2 Tipos de regímenes de protección en caso de desempleo	31
3.2.3 La cobertura legal de las prestaciones de desempleo	33
3.2.4 La cobertura efectiva de las prestaciones de desempleo	34
3.2.5 La protección en caso de desempleo juvenil	37
3.2.6 La extensión de la protección en caso de desempleo en las economías emergentes	38
3.2.7 Las prestaciones de desempleo como un elemento clave de las medidas de respuesta a la crisis y de consolidación fiscal	40
3.2.8 El énfasis renovado en la (re)integración de los trabajadores desempleados al mercado laboral	43
3.2.9 Desafíos	45
3.3 La protección en caso de accidentes del trabajo y enfermedades profesionales. . .	46
3.3.1 La protección de los trabajadores afectados por accidentes del trabajo y enfermedades profesionales	46
3.3.2 Tipos de regímenes de protección en caso de accidentes del trabajo y enfermedades profesionales	49
3.3.3 Alcance de la cobertura legal	49
3.3.4 Alcance de la cobertura efectiva	50
3.3.5 La suficiencia de las prestaciones para cubrir las necesidades de los trabajadores	51
3.3.6 Avances recientes	51
3.3.7 Desafíos	52
3.4 Las prestaciones de discapacidad	55
3.4.1 La protección y la habilitación de las personas con discapacidad	55
3.4.2 Tipos de regímenes de prestaciones de discapacidad	55
3.4.3 La cobertura efectiva de las prestaciones de discapacidad	58
3.4.4 Avances recientes y desafíos recientes	60
3.5 La protección de la maternidad	60
3.5.1 La protección de la maternidad: La garantía de la seguridad de los ingresos, la atención de la salud materna y los derechos de las mujeres en el trabajo.	61
3.5.2 Tipos de regímenes de protección de la maternidad	62
3.5.3 Alcance de la cobertura legal	64
3.5.4 Alcance de la cobertura efectiva	64
3.5.5 La suficiencia de las prestaciones de maternidad para garantizar la seguridad de los ingresos durante la licencia de maternidad	66
3.5.6 El acceso a la asistencia de salud materna	66
3.5.7 Avances recientes	68
4. La protección social para las mujeres y los hombres de edad: Las pen- siones y otras prestaciones no relacionadas con la salud	73
4.1 El papel decisivo de las pensiones para garantizar la seguridad de los ingresos y el bienestar de las personas de edad	74
4.2 Tipos de regímenes de pensiones	74
4.3 Alcance de la cobertura legal	81
4.4 Alcance de la cobertura efectiva	82

4.4.1	La seguridad de los ingresos en la vejez: Un derecho aún sin cumplir para muchos	83
4.4.2	Los cambios en la cobertura de las pensiones en el mundo: Progreso y regresiones.	87
4.4.3	Desigualdades persistentes en el acceso a la seguridad de los ingresos en la vejez	88
4.5	La suficiencia de las pensiones para garantizar la genuina seguridad de los ingresos para las personas de edad	90
4.5.1	La garantía de la sustitución de los ingresos	90
4.5.2	La prevención de la erosión del valor de las pensiones en el tiempo: La garantía de ajustes periódicos	91
4.6	La reforma y re-reforma de los sistemas de pensiones	94
4.7	La garantía de la seguridad de los ingresos para las personas de edad: El desafío constante	95
5.	El avance hacia la cobertura universal en salud	99
5.1	El papel decisivo de la cobertura universal en salud para las personas y para la economía	100
5.2	La base de la cobertura universal en salud en las normas internacionales del trabajo	100
5.3	Déficits de cobertura, sobre todo en los países de ingresos bajos	102
5.4	La asequibilidad y el riesgo de empobrecimiento	105
5.5	La protección por la pérdida de los ingresos: Las prestaciones de licencia de enfermedad remunerada	106
5.6	Los mecanismos de financiación de la cobertura universal en salud	107
5.7	Los niveles del gasto público y privado en salud	110
5.8	La escasez mundial de personal de salud	110
5.9	Los niveles salariales inadecuados de los trabajadores de la salud	112
5.10	Las medidas de consolidación fiscal: ¿Impulsoras de la recuperación económica o parte del problema?	112
5.11	Hacer frente a los desafíos: El logro del progreso sostenible en el acceso a la atención de salud	113
6.	La extensión de la protección social: La clave de la recuperación de la crisis, el desarrollo inclusivo y la justicia social	119
6.1	La lucha contra la recesión y la ralentización del crecimiento: La protección social y la crisis global	121
6.1.1	La protección social en la primera fase de la crisis global: Expansión y estímulo fiscal (2008-09)	121
6.1.2	La protección social en la segunda fase de la crisis global: La consolidación fiscal (a partir de 2010)	121
6.1.3	Tendencias divergentes entre países	125
6.2	Los países de ingresos altos: La consolidación fiscal y sus efectos.	128
6.2.1	El panorama general: La priorización de la recuperación del sector financiero por sobre la protección social	128
6.2.2	La primera fase de la crisis: La extensión de la protección social para sostener los ingresos disponibles de los hogares y la demanda interna (2008-09)	132
6.2.3	La segunda fase de la crisis global: La consolidación fiscal (a partir de 2010)	134
6.2.4	Las transferencias, los impuestos y el diálogo social adecuados: Elementos clave de una recuperación socialmente responsable.	139

6.3	Los países de ingresos medios: El crecimiento inclusivo a través de la protección social	140
6.3.1	La extensión considerable de la cobertura de la protección social . . .	140
6.3.2	El avance hacia un crecimiento más inclusivo	142
6.4	Los países de ingresos bajos: Más allá de las redes de seguridad, en camino hacia las garantías de los pisos de protección social	145
6.4.1	Contra la corriente: La extensión de la cobertura de la protección social en los países de ingresos bajos.	145
6.4.2	La extensión de la protección social con el producto de las medidas de consolidación y ajuste fiscal	147
6.4.3	Más allá de las redes de seguridad: Hacia pisos nacionales de protección social	148
6.5	El espacio fiscal para los pisos de protección social	149
6.5.1	Opción 1: La reasignación del gasto público actual	151
6.5.2	Opción 2: El aumento de los ingresos fiscales	151
6.5.3	Opción 3: La extensión de las cotizaciones sociales	151
6.5.4	Opción 4: El endeudamiento o la reestructuración de la deuda existente	151
6.5.5	Opción 5: La restricción de flujos financieros ilícitos	152
6.5.6	Opción 6: El recurso al aumento de la ayuda y las transferencias	152
6.5.7	Opción 7: La utilización de las reservas fiscales y de divisas del banco central	152
6.5.8	Opción 8: La adopción de un marco macroeconómico más flexible	153
6.6	Por qué los pisos de protección social son clave para la recuperación y deben formar parte de la agenda de desarrollo post 2015	154
6.6.1	Los pisos de protección social reducen la pobreza y las desigualdades	154
6.6.2	Los pisos de protección social promueven el empleo decente y el crecimiento inclusivo	156
6.6.3	Sin dejar atrás a nadie: Pisos de protección social para cambiar las vidas de las personas en 2030	159

xii

ANEXOS

Anexo I. Glosario	161
Anexo II. La medición de la cobertura de la seguridad social	165
Anexo III. Requisitos mínimos contenidos en las normas de seguridad social de la OIT: Cuadros sinópticos	171
Anexo IV. Cuadros estadísticos	181
Desempleo (cuadros B.3, B.4)	196
Maternidad (cuadro B.5)	222
Vejez (cuadros B.6, B.7, B.8, B.9)	237
Indicadores específicos de la salud (cuadros B.10, B.11)	280
El gasto en la protección social (cuadros B.12, B.13)	297
Bibliografía	315

Lista de figuras

1.1	El avance hacia sistemas integrales de seguridad social: Número de áreas cubiertas en los programas de protección social consagrados en la legislación nacional, 1900-2012	3
1.2	Desarrollo de programas de protección social consagrados en la legislación nacional, por área (rama), pre 1900 a post 2005	4
2.1	Gasto público en materia de prestaciones infantiles por región y proporción de niños de 0 a 14 años de edad en la población total, 2010/11	14
2.2	Gasto público de protección social en materia de prestaciones infantiles y familiares (excluyendo salud), 2010/11	15
2.3	Sinopsis de los programas infantiles y familiares de prestaciones monetarias consagrados en la legislación nacional, por tipo de régimen y grupos cubiertos, 2012/13	16
2.4	Subsidios para los niños y las familias: Distribución de programas consagrados en la legislación, por tipo de programa, 2011-13	17
2.5	Subsidios para los niños y las familias: Existencia de programas consagrados en la legislación y grupos principales amparados, por región, 2011-13	18
2.6	Subsidios para los niños y las familias: Principales fuentes de financiación, 2011-13	18
2.7	Nivel de gasto y proporción de la población atendida por programas de transferencias monetarias condicionadas no contributivas en países seleccionados de América Latina, al último año con datos disponibles	20
3.1	Gasto público en protección social no relacionado con la salud para las personas en edad activa, y proporción de personas en edad activa (15 a 64) en la población total, 2010/11	27
3.2	Gasto público en protección social no relacionado con la salud para las personas en edad activa, por ingresos nacionales, (como porcentaje del PIB), 2010/11	28
3.3	Sinopsis de los regímenes de protección en caso de desempleo consagrados en la legislación nacional, por tipo de régimen y prestaciones, 2012/13	31
3.4	Distribución mundial de los regímenes de protección en caso de desempleo por tipo de régimen, 2012/13	32
3.5	Distribución mundial de los sistemas de protección en caso de desempleo, por alcance de la cobertura obligatoria de la población activa, al último año con datos disponibles	33
3.6	Sistemas de protección en caso de desempleo: Alcance de la cobertura legal, cálculos regionales, al último año con datos disponibles	34
3.7	Cobertura efectiva de las prestaciones de desempleo: Población desempleada que percibe realmente prestaciones monetarias, cálculos regionales, 2007, 2009 y 2012/13	35
3.8	Cobertura efectiva de las prestaciones de desempleo: Población desempleada que en efecto percibe prestaciones monetarias, al último año con datos disponibles	35
3.9	Cobertura efectiva de las prestaciones de desempleo: Población desempleada que en efecto percibe prestaciones monetarias, al último año con datos disponibles	36
3.10	Proporción de desempleados que perciben prestaciones de desempleo y tasas de pobreza relativa de los desempleados, países europeos seleccionados, 2012	37
3.11	Población desempleada que percibe prestaciones monetarias de desempleo, todas las edades, incluso los jóvenes, 2012/13	38
3.12	Protección en caso de accidentes del trabajo y enfermedades profesionales: Distribución por tipo de régimen, 2012/13	48
3.13	Protección en caso de accidentes del trabajo y enfermedades profesionales: Cálculos regionales de la cobertura legal (población total y población femenina), al último año con datos disponibles	49

	3.14	Protección en caso de accidentes del trabajo y enfermedades profesionales: Cobertura legal y efectiva, al último año con datos disponibles	50
	3.15	Protección en caso de accidentes del trabajo y enfermedades profesionales: Tasas de sustitución por discapacidad permanente	51
	3.16	Protección en caso de accidentes del trabajo y enfermedades profesionales: Tasas de sustitución por discapacidad temporal	51
	3.17	Sinopsis de los programas de prestaciones monetarias de discapacidad consagrados en la legislación nacional, por tipo de programa y prestación, 2012/13	56
	3.18	Apoyo a los ingresos para las personas con discapacidad: Existencia y tipo de regímenes, 2012/13	56
	3.19	Europa: Personas con discapacidades en edad activa que perciben prestaciones de discapacidad, 2010	57
	3.20	Europa: Tasas de riesgo de pobreza entre la población en edad activa (16–64), por condición de discapacidad, 2010 (porcentajes)	58
	3.21	Sistemas de prestaciones monetarias de maternidad consagrados en la legislación nacional: Tipos de regímenes, 2013/2013	63
xiv	3.22	Cobertura legal (obligatoria) de las prestaciones monetarias de maternidad: Mujeres ocupadas protegidas por ley ante la pérdida de ingresos durante la maternidad . . .	63
	3.23	Cobertura efectiva de las prestaciones monetarias de maternidad: Mujeres ocupadas cotizantes en los sistemas de prestaciones monetarias de maternidad o mujeres que por algún otro motivo tienen derecho a dichas prestaciones . .	64
	3.24	Duración de la licencia de maternidad remunerada en la legislación nacional, 2013	65
	3.25	Nivel de las prestaciones monetarias de maternidad como proporción de los ingresos previos, 2013	65
	3.26	Cobertura de la atención prenatal por región, al último año con datos disponibles	66
	3.27	Acceso a la atención prenatal por cobertura de salud, al último año con datos disponibles	66
	3.28	Desigualdades en el acceso a los servicios de salud materna por quintil de riqueza y nivel nacional de ingresos, al último año con datos disponibles . .	67
	3.29	Tasa de mortalidad materna (por cada 100,000 nacidos vivos) y nacidos vivos atendidos por personal de salud calificado, según el nivel nacional de ingresos, 2011	68
	4.1	Fuentes de ingresos de las personas mayores de 65 años, países de la OCDE . .	75
	4.2	Correlación entre un mayor otorgamiento de pensiones públicas y menores niveles de pobreza, países de la OCDE	75
	4.3	Sinopsis de los regímenes de pensiones de vejez consagrados por la legislación nacional, por tipo de régimen, 2012/13	77
	4.4	Gasto público en protección social no relacionada con la salud en materia de pensiones y otras prestaciones para las personas de edad, y proporción de la población de 65 años y más en la población total, 2010/11	77
	4.5	Gasto público en protección social no relacionada con la salud en materia de pensiones y otras prestaciones para las personas de edad, 2010/11	78
	4.6	Gasto en cuidados de larga duración como proporción del PIB, 2010 y proyecciones para 2060	81
	4.7	Pensiones de vejez: Alcance de la cobertura legal, por región, al último año con datos disponibles	82

4.8	Tasas de cobertura efectiva de las pensiones, por región, al último año con datos disponibles	83
4.9	Beneficiarios de pensiones de vejez como proporción de la población en edad legal de jubilarse, al último año con datos disponibles.	85
4.10	Beneficiarios de pensiones de vejez como proporción de la población por encima de la edad legal de jubilación, 2000 y 2010–12	86
4.11	Comparación de la proporción de personas de edad que perciben una pensión, 2000 y 2010–12	87
4.12	Proporción de mujeres y hombres ocupados cotizantes del régimen de pensiones, por área de residencia.	89
4.13	Proporción de mujeres y hombres en edad legal de jubilarse que perciben una pensión de vejez (o de sobrevivientes), por área de residencia	89
4.14	Disminución del nivel de vida relativo de los pensionistas como resultado de la indexación de los precios o ninguna indexación	92
4.15	Tasas de sustitución promedio en el momento de la jubilación en los regímenes públicos de pensiones, 2010 y proyecciones para 2060, países europeos seleccionados	93
4.16	Tasas de sustitución mínimas necesarias para garantizar ingresos en concepto de pensiones superiores al umbral de la pobreza	93
5.1	Cobertura de salud por región: Proporción de la población afiliada a servicios nacionales de salud, regímenes sociales, privados o de micro-seguros, al último año con datos disponibles	102
5.2	Cobertura de salud mundial: Proporción de la población afiliada a servicios nacionales de salud, regímenes sociales, privados o de micro-seguros, al último año con datos disponibles	103
5.3	Cobertura de salud obligatoria y pobreza, al último año con datos disponibles	104
5.4	Déficit global en el acceso efectivo a los servicios de salud, 2011/12, por nivel de nacional de ingresos	104
5.5	Cobertura de salud obligatoria y pagos directos, países africanos seleccionados, 2011	105
5.6	Sinopsis esquemática de los mecanismos de financiación de la atención de salud en uso actualmente	107
5.7	Mecanismos de cobertura utilizados por los países con tasas de cobertura de salud obligatoria del 80 por ciento de la población o mayores, 2014 o último año con datos disponibles	109
5.8	Fuentes de financiación de la atención de salud, por región, 2011	110
5.9	Proporción de los pagos directos en el gasto total en salud, por proporción de la población que vive con menos de 2 USD por día (PPA), 2011	111
5.10	Número de trabajadores de salud cualificados necesarios para cerrar las brechas globales y regionales en la cobertura universal en salud, cálculos de la OIT, 2014	112
5.11	Cambio anual en la remuneración de los trabajadores de salud, como proporción del gasto total en salud y el PIB, por nivel nacional de ingresos, 2000–10	112
6.1	La protección social en los paquetes de estímulo, 2008-09	121
6.2	Número de países que contraen gastos públicos (año tras año), 2008-16, (a) en relación con el PIB y (b) en términos reales	122

6.3	Contracción fiscal excesiva: descenso previsto en gastos públicos totales en relación con el PIB y en gasto público real (promedio 2013-15 entre promedio 2005-07)	123
6.4	Gasto en protección social pública como porcentaje del PIB, el PIB real y el gasto en protección social real	126
6.5	Tendencias en el gasto público y gubernamental en la protección social per cápita (a precios constantes): (a) 2007-09; (b) 2009-11	127
6.6	Extensión de la protección social en los países de ingresos medios y bajos: Ejemplos seleccionados de programas nuevos y ampliados, 2000-13	127
6.7	Apoyo para el sector financiero, paquetes de estímulo fiscal e incrementos en la deuda pública, PIA seleccionados, 2008-10	129
6.8	Aumento de la proporción de la población en riesgo de pobreza en 18 países europeos entre 2008 y 2012.	129
6.9	Distribución de los planes de consolidación fiscal basados en recaudación frente a los planes basados en gastos en 30 países de la OCDE, 2009-15	130
6.10	Riesgos sociales y económicos de la consolidación fiscal	131
6.11	Tendencias del gasto público real en protección social per cápita, PIB, consumo y el desempleo, 2007-2012/13: (a) Estados Unidos; (b) Japón; (c) Francia; (d) Alemania	132
6.12	Contribuciones de diversos componentes para el crecimiento de los ingresos nominales brutos disponibles de los hogares, Área Europea de 17 países, 2000-12	133
6.13	Variaciones anuales en el ingreso disponible, 2007-10, por componente de ingresos, países seleccionados de la OCDE	134
6.14	Reducción de las tasas de sustitución teóricas brutas de las pensiones obligatorias para los trabajadores de salario promedio al jubilarse a los 65 años después de 40 años de cotización, 2010-50	136
6.15	Protección social pública real y gasto en consumo final real de los hogares, desempleo y PIB real: Evolución reciente de los cuatro países de la UE en virtud de los programas de ajuste económico, 2008-13: (a) Irlanda; (b) Grecia; (c) Portugal; (d) Chipre.	138
6.16	Tasas de pobreza en los países de la OCDE antes y después de impuestos y transferencias de protección social, último año disponible	139
6.17	Aumento del gasto público en protección social, países de ingresos medios seleccionados, 2000 al último año disponible.	142
6.18	Aumento del gasto público en protección social, países de ingresos bajos seleccionados, 2000 al último año disponible.	145
6.19	Gasto gubernamental total en países seleccionados, 2013	149
6.20	Flujos Financieros Ilícitos (FFI) frente a la asistencia oficial para el desarrollo (AOD), 2000-09	152
6.21	Gasto público en protección social (porcentaje del PIB) y proporción de la población en condiciones de pobreza	154
6.22	Gasto público en protección social (porcentaje del PIB) e igualdad de ingresos (coeficiente de Gini), último año disponible.	155
6.23	Representación resumida de algunos de los efectos positivos de la extensión de la protección social en el crecimiento inclusivo (a corto plazo)	157
6.24	Representación resumida de algunos de los efectos positivos de la extensión de la protección social en el crecimiento inclusivo (a más largo plazo)	158

Lista de cuadros

4.1	Métodos de indexación	91
5.1	Variaciones mundiales en las prestaciones y licencias de enfermedad	106
5.2	Aspectos clave del desempeño asociados con diversos mecanismos de cobertura y financiación de la salud	108
5.3	Cantidad de personal médico por cada 10,000 personas, países seleccionados, al último año con datos disponibles	111
5.4	Políticas de consolidación fiscal anunciadas y ahorros fiscales relacionados, países seleccionados, 2007-14	114
5.5	Recortes a los salarios públicos anunciados, países europeos seleccionados, 2010-13	115
5.6	Incremento promedio anual de los pagos directos, países seleccionados, 2007-11	115
5.7	Aspectos clave de las políticas de pisos de protección social dirigidas a lograr la cobertura universal en salud, con base en la Recomendación núm. 202	116
6.1	Principales medidas de ajuste por regiones, 2010-13	124
6.2	Medidas de consolidación fiscal seleccionadas adoptadas recientemente o en discusión en países de ingresos altos.	130
6.3	Ejemplos seleccionados recientes de la extensión de la protección social en los países de ingresos medios	141
6.4	Ejemplos seleccionados recientes de la extensión de la protección social en los países de ingresos bajos	145
6.5	Estrategias para ampliar el espacio fiscal: ejemplos de países seleccionados	153

xvii

Lista de recuadros

1.1	El marco normativo de la OIT en materia de extensión de la seguridad social	6
2.1	Las normas internacionales en materia de prestaciones orientadas a la infancia y la familia	11
2.2	La protección social sensible a las necesidades de los niños	12
2.3	Los sistemas de seguridad social y la prevención del trabajo infantil	13
2.4	La Asignación Universal por Hijo en Argentina	21
2.5	El Subsidio de Manutención Infantil en Sudáfrica	22
2.6	Concesión de prestaciones a favor de los niños huérfanos y vulnerables: El Programa de Promoción de la Autonomía de Subsistencia contra la Pobreza (LEAP) en Ghana	22
2.7	Los efectos de las medidas de consolidación y ajuste fiscal sobre las prestaciones infantiles y familiares.	23
3.1	Normas internacionales sobre la protección en caso de desempleo	30
3.2	Los programas públicos de empleo y su contribución a la protección social	39
3.3	El Régimen Nacional de Garantía del Empleo Rural “Mahatma Gandhi” (MGNREGS) de la India	40
3.4	Mantenimiento en activo de la población mediante prestaciones de desempleo parcial: El ejemplo de Alemania	41
3.5	De la expansión a la consolidación fiscal: Los ejemplos de Eslovenia y España	42
3.6	Medidas para facilitar el retorno al trabajo de los padres con hijos pequeños	44
3.7	Las normas internacionales relativas a la protección en caso de accidentes del trabajo y enfermedades profesionales	47

3.8	El colapso del edificio Rana Plaza y sus implicaciones para la seguridad social en caso de accidentes del trabajo y enfermedades profesionales	52
3.9	Prestaciones de discapacidad para la protección de los ingresos: Normas internacionales pertinentes	54
3.10	La garantía de los ingresos para las personas con discapacidad: Ejemplos de Europa	58
3.11	Acontecimientos recientes: Ejemplos de los países	59
3.12	Cómo puede la protección social ayudar a las personas con discapacidad a obtener el acceso al empleo	59
3.13	Normas internacionales pertinentes a la protección de la maternidad	61
3.14	Protección de la maternidad: Los regímenes financiados colectivamente frente a los regímenes de responsabilidad del empleador	62
3.15	Prestaciones monetarias de maternidad: Algunos ejemplos recientes de extensión de la cobertura	69
3.16	Medidas para facilitar el regreso de los padres al trabajo	70
3.17	Medidas de contracción recientes	70
4.1	Normas internacionales relativas a las pensiones de vejez	79
4.2	La crisis de la economía asistencial: Los riesgos asociados con la falta de atención a las necesidades asistenciales de larga duración en tiempos de consolidación fiscal	80
4.3	La extensión de la protección social de las personas de edad en China	84
4.4	Tendencias en las tasas de sustitución y la suficiencia de los pagos de las pensiones	92
4.5	Re-reformas y “desprivatizaciones” de los sistemas de pensiones en América Latina y Europa Central y Oriental	96
5.1	El avance hacia la cobertura universal en salud: Consagrado en los Convenios y Recomendaciones de la OIT y otras normas internacionales	101
6.1	De los estímulos fiscales a la consolidación fiscal - Implicaciones para la protección social.	123
6.2	Utilización de los fondos soberanos de reserva de pensiones para financiar los rescates financieros	131
6.3	Islandia: Una recuperación socialmente responsable ante la crisis	140
6.4	El papel de la protección social en el modelo brasileño de crecimiento impulsado por la demanda interna	143
6.5	Fortalecimiento del crecimiento impulsado por la demanda interna en China mediante el aumento de salarios y una expansión de las prestaciones de protección social.	144
6.6	Mozambique: La extensión de la protección social mediante un subsidio a los combustibles	147
6.7	Financiación de la protección social por medio de la eliminación de los subsidios	150
6.8	Imposición de impuestos a la extracción de minerales y recursos naturales para generar el espacio fiscal para la protección social	150
6.9	Ecuador: Utilización de recursos liberados por la reestructuración de la deuda para la protección social	151

Lista de abreviaturas

AISS	Asociación Internacional de la Seguridad Social
BAsD/ADB	Banco Asiático de Desarrollo
CDPD	Convención de la ONU sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad
CEI	Comunidad de Estados Independientes
CEPAL	Comisión Económica para América Latina y el Caribe
CNUCED/UNCTAD	Conferencia de las Naciones Unidas sobre Comercio y Desarrollo
DAAC	criterios de disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad
DfID	Departamento de Desarrollo Internacional del Reino Unido
DUDH	Declaración Universal de los Derechos Humanos, 1948
EU-SILC	Reglamento del Parlamento Europeo y del Consejo relativo a las Estadísticas Comunitarias sobre la Renta y las Condiciones de Vida
FAO	Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura
FFI	flujos financieros ilícitos
FMI	Fondo Monetario Internacional
FSI	fondo soberano de inversión
IIEL	Instituto Internacional de Estudios Laborales
IVA	Impuesto sobre el Valor Añadido
LEAP	Programa de Promoción de la Autonomía de Subsistencia contra la Pobreza (Ghana)
MGNREGS	Régimen Nacional de Garantía del Empleo Rural “Mahatma Gandhi” de la India
NDC	Régimen de cotización definida teórica
NHIS	Régimen Nacional del Seguro de Salud (Ghana)
OACNUDH/OHCHR	Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos
OCDE	Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico
ODM	Objetivo de Desarrollo del Milenio

OIT	Oficina/Organización Internacional del Trabajo
OMS	Organización Mundial de la Salud
ONG	organización no gubernamental
ONU	Organización de las Naciones Unidas
OOP	out-of-pocket payments/pagos directos
PAYG	pay-as-you-go/método de reparto
PEP	programa de empleo público
PIB	producto interno bruto
PIDESC/ICESCR	Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, 1966
PNUD	Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo
PPA	paridad del poder adquisitivo
PRA	país de renta alta
SSA	Administración de la Seguridad Social de los Estados Unidos
TCE	transferencia condicionada de efectivo
UE	Unión Europea
UNESCO	Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura
UNICEF	Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia
UNRISD	Instituto de Investigaciones de las Naciones Unidas para el Desarrollo Social

Resumen Ejecutivo

Las políticas de protección social desempeñan un papel determinante en la realización del derecho humano a la seguridad social para todos, reduciendo la pobreza y la desigualdad, y apoyando el crecimiento inclusivo, impulsando el capital humano y la productividad, favoreciendo la demanda interna y facilitando la transformación estructural de las economías nacionales. El presente informe emblemático de la OIT: i) brinda un panorama global de la organización de los sistemas de protección social, su cobertura y prestaciones, así como del gasto público en seguridad social; ii) presenta, siguiendo un enfoque del ciclo de vida, la protección social para los niños, para las mujeres y los hombres en edad activa, y para las personas de edad; iii) analiza las tendencias y las políticas recientes, por ej., el impacto negativo de las medidas de consolidación y ajuste fiscal; y iv) hace un llamado a la ampliación de la protección social con miras a la recuperación de la crisis, el desarrollo inclusivo y la justicia social.

Si bien se reconoce ampliamente la necesidad de protección social para una gran mayoría de la población mundial, el derecho humano fundamental a la seguridad social sigue sin cumplirse. Sólo el 27 por ciento de la población global goza de acceso a sistemas integrales de seguridad social, al tiempo que el 73 por ciento está cubierto sólo parcialmente o carece completamente de cobertura.

La falta de acceso a la protección social constituye un gran obstáculo para el desarrollo económico y social. Una cobertura de protección social inadecuada o nula se asocia con niveles altos y persistentes de pobreza y de inseguridad económica, niveles crecientes de desigualdad, inversión insuficiente en capital humano y capacidades humanas, y una demanda agregada débil en tiempos de recesión y de crecimiento lento.

El notable impacto positivo de la protección social la ha posicionado en los primeros planos de la agenda de desarrollo.

La protección social es un elemento clave de las estrategias nacionales para promover el desarrollo humano, la estabilidad política y el crecimiento inclusivo. La Recomendación de la OIT sobre los pisos de protección social, 2012 (núm. 202), refleja un consenso respecto de la extensión de la seguridad social alcanzado entre los gobiernos y las organizaciones de empleadores y de trabajadores de 185 países en todos los niveles de desarrollo. Además, la puesta en marcha de los pisos de protección social está respaldada por el G20 y por las Naciones Unidas.

Sin embargo, si bien ha habido una tendencia global hacia la extensión de la protección social, en particular en los países de ingresos medios, la eficacia de los sistemas de seguridad social en algunos países se encuentra en situación de riesgo como consecuencia de las medidas de consolidación y ajuste fiscal. Estas tendencias se presentan en diferentes capítulos del informe, siguiendo un enfoque del ciclo de vida.

La protección social de la infancia y las familias: Un derecho sin cumplir

Las políticas de protección social constituyen un elemento esencial de la realización de los derechos de los niños, garantizando su bienestar, rompiendo el círculo vicioso de la pobreza y la vulnerabilidad, y contribuyendo a que todos los niños desarrollen su pleno potencial. Pese a una considerable ampliación de los regímenes, las políticas de protección social existentes no atienden debidamente las necesidades de seguridad de los ingresos de los niños y las familias, particularmente en los países de ingresos bajos y medios con grandes poblaciones infantiles. Aproximadamente 18,000 niños mueren por día, en su mayoría por causas que se pueden prevenir. Muchas

de estas muertes podrían evitarse con una protección social adecuada.

La protección social también desempeña una función clave en la prevención del trabajo infantil, reduciendo la vulnerabilidad económica de las familias, permitiendo que los niños asistan a la escuela y protegiéndolos de la explotación.

Se requiere de más esfuerzos para intensificar medidas encaminadas a garantizar la seguridad de los ingresos a favor de la infancia y la familia. Muchos niños no perciben las transferencias monetarias esenciales que podrían constituir una verdadera diferencia en cuanto al acceso a los servicios de nutrición, salud, la educación y cuidados que aseguren el pleno desarrollo de su potencial. Existen programas específicos de prestaciones familiares e infantiles consagrados por la legislación vigente de 108 países, y sin embargo a menudo sólo dan cobertura a pequeños grupos de la población. En 75 países no se dispone en absoluto de tales programas.

Como promedio, los gobiernos asignan el 0.4 por ciento del PIB a las prestaciones familiares e infantiles, porcentaje que oscila entre el 2.2 por ciento en Europa Occidental y el 0.2 por ciento en África y en Asia y el Pacífico. La inversión insuficiente en la infancia pone en peligro sus derechos y su futuro, así como las perspectivas de desarrollo social de los países en los que viven los niños.

Las medidas de consolidación y ajuste fiscal en las economías de ingresos más elevados representan una amenaza a la seguridad de los ingresos para los niños y sus familias. Entre 2007 y 2012, la pobreza infantil aumentó en 19 de los 28 países de la Unión Europea.

La protección social en la edad activa: La búsqueda de la seguridad de los ingresos

El papel que desempeña la protección social es clave para las mujeres y los hombres en edad activa, estabilizando sus ingresos en caso de desempleo, accidentes del trabajo y enfermedades profesionales, discapacidad, enfermedad y maternidad, y garantizando que tengan al menos un nivel básico de seguridad de los ingresos. Mientras que el mercado de trabajo actúa como fuente primordial de seguridad de los ingresos durante la vida laboral, la protección social desempeña un papel fundamental en la uniformización de los ingresos y de la demanda agregada, con lo cual se facilita el cambio estructural dentro de las economías.

A escala mundial, el 2.3 por ciento del PIB se asigna al gasto en protección social para las mujeres y los hombres a fin de garantizar la seguridad de los ingresos durante la edad activa; en el ámbito regional, los niveles varían ampliamente, del 0.5 por ciento en África al 5.9 por ciento en Europa Occidental.

La protección en caso de desempleo

Cuando existen, los regímenes de prestaciones de desempleo desempeñan un papel clave en la garantía de seguridad de los ingresos a los trabajadores y sus familias en caso de desempleo temporal, contribuyendo de este modo a prevenir la pobreza, sobrellevar los cambios estructurales en la economía, establecer salvaguardias contra la informalización, y, en caso de crisis, estabilizar la demanda agregada y contribuir a que la economía se recupere con mayor celeridad.

Sin embargo, sólo el 28 por ciento de la población activa a escala mundial tiene derecho potencialmente a las prestaciones (contributivas o no contributivas) en caso de desempleo en virtud de la legislación vigente. Dentro de esta cifra general, las diferencias regionales son considerables: el 80 por ciento de la población activa está cubierta de esta forma en Europa, el 38 por ciento en América Latina, el 21 por ciento en el Oriente Medio, el 17 por ciento en la región de Asia y el Pacífico, y el 8 por ciento en África. Sólo el 12 por ciento de los trabajadores desempleados a nivel global percibe realmente prestaciones de desempleo, siendo nuevamente grandes las diferencias regionales, con una cobertura efectiva que oscila entre el 64 por ciento de los trabajadores desempleados en Europa Occidental, y algo más del 7 por ciento en la región de Asia y el Pacífico, el 5 por ciento en América Latina y el Caribe, y menos del 3 por ciento en el Oriente Medio y África.

Una serie de economías emergentes, como Bahrein o Viet Nam, introdujeron regímenes de prestaciones de desempleo a fin de garantizar la seguridad de los ingresos a los trabajadores desempleados y facilitar la búsqueda de empleos en la economía formal que correspondan a sus competencias. El Régimen Nacional de Garantía del Empleo Rural “Mahatma Gandhi” en la India, asegura una forma de protección en caso de desempleo al garantizar 100 días de empleo público para los hogares pobres del ámbito rural.

La protección en caso de accidentes del trabajo y enfermedades profesionales

En 2013, convulsionado por el colapso del edificio Rana Plaza en Bangladesh, el mundo tomó conciencia de que la protección social en caso de accidentes del trabajo y enfermedades profesionales es esencial para proteger a los trabajadores y sus familias de las consecuencias económicas de los accidentes del trabajo y facilitar su rehabilitación. Sin embargo, actualmente sólo el 33.9 por ciento de la población activa global está cubierta por ley en caso de accidentes del trabajo y enfermedades profesionales a través del seguro social obligatorio. Aun cuando se incluye la cobertura del seguro social voluntario y los regímenes de responsabilidad del empleador, sólo el 39.4

por ciento de la población activa está comprendido en la ley. En la práctica, el acceso real a la protección en caso de accidentes del trabajo y enfermedades profesionales es aún más bajo, en gran parte debido a la aplicación incompleta de la legislación en muchos países.

La baja cobertura de la indemnización por accidentes del trabajo y enfermedades profesionales en muchos países de ingresos bajos y medios, apunta a la necesidad urgente de mejorar las condiciones laborales en materia de seguridad y salud, así como la cobertura de la protección en caso de accidentes del trabajo para todos los trabajadores, incluidos los de la economía informal. A medida que más países se apartan de los regímenes de responsabilidad del empleador como base de la protección en caso de accidentes del trabajo y enfermedades profesionales y adoptan mecanismos basados en el seguro social, es probable que mejoren los niveles de protección de los trabajadores, pero sólo si se aplican efectivamente las nuevas leyes.

Las prestaciones de discapacidad

La protección social desempeña un papel determinante en atender las necesidades específicas de las personas con discapacidad respecto de la seguridad de los ingresos, el acceso a servicios de salud y la inclusión social. Las medidas efectivas para apoyar a las personas con discapacidad a encontrar y mantener un empleo de calidad, constituyen un elemento primordial de las políticas no discriminatorias e inclusivas que contribuyen a materializar sus derechos y aspiraciones como miembros productivos de la sociedad.

Como complemento de los regímenes contributivos, las prestaciones no contributivas de discapacidad desempeñan una función clave en la protección de aquellas personas con discapacidad que (aún) no han obtenido el derecho a regímenes contributivos. Sólo 87 países conceden tales prestaciones no contributivas consagradas en la legislación nacional, que otorgarían al menos un nivel mínimo de seguridad de los ingresos a aquellos individuos con discapacidades desde el nacimiento o desde antes de alcanzar la edad activa, y a aquellos que, por cualquier razón, no han tenido la oportunidad de cotizar al seguro social durante un tiempo suficiente como para tener derecho a percibir las prestaciones.

La protección de la maternidad

La protección efectiva de la maternidad garantiza la seguridad de los ingresos para las mujeres embarazadas y las madres de hijos recién nacidos y sus familias, así como el

acceso efectivo a servicios de salud materna de calidad. También promueve la igualdad de empleo y ocupación.

A nivel mundial, menos del 40 por ciento de las mujeres ocupadas se encuentran cubiertas -por ley por los regímenes de prestaciones monetarias obligatorias de maternidad -el 57 por ciento si se incluye la cobertura voluntaria (sobre todo para las mujeres ocupadas por cuenta propia). Debido a la observancia y aplicación ineficaces de la ley en algunas regiones (Asia y el Pacífico, América Latina y África, en particular), la cobertura efectiva es aún menor: sólo el 28 por ciento de las mujeres ocupadas en el mundo perciben prestaciones monetarias de maternidad que proporcionen alguna forma de seguridad de los ingresos durante las fases finales del embarazo y después del nacimiento; la falta de seguridad de los ingresos obliga a muchas mujeres a reintegrarse prematuramente al trabajo.

Es cada vez mayor el número de países que en la actualidad utiliza las prestaciones monetarias por maternidad no contributivas como un medio para mejorar la seguridad del ingreso y el acceso a la atención de salud materno-infantil para las mujeres embarazadas y las nuevas madres, sobre todo para las que viven en situación de pobreza. Sin embargo, subsisten brechas importantes.

Garantizar el acceso efectivo a la atención de salud materna de calidad reviste especial importancia, sobre todo en los países en los que la economía informal representa una gran proporción del empleo.

Las pensiones de vejez: Una responsabilidad del Estado

El derecho a la seguridad de los ingresos en la vejez, consagrado en los instrumentos de derechos humanos y en las normas internacionales del trabajo, incluye el derecho a una pensión adecuada. Sin embargo, casi la mitad (el 48 por ciento) de todas las personas que superan la edad de jubilación no percibe una pensión. Para muchos de los que sí las perciben, los niveles de las pensiones no son adecuados. Como resultado, la mayoría de las mujeres y los hombres de edad no cuentan con una seguridad de los ingresos, carecen de derecho a la jubilación y deben continuar trabajando el mayor tiempo que les sea posible -a menudo mal remunerados y en condiciones precarias. De conformidad con las leyes y normas existentes, sólo el 42 por ciento de las personas en edad activa hoy en día pueden tener derecho a recibir pensiones de seguridad social en el futuro, y se espera que su cobertura efectiva sea incluso más baja. Dicha brecha tendrá que cubrirse mediante la ampliación de las pensiones no contributivas.

En años recientes, muchos países de ingresos medios y bajos han realizado esfuerzos por extender la cobertura de los

regímenes de pensiones contributivas y establecer pensiones no contributivas con miras a garantizar al menos la seguridad básica de los ingresos en la vejez para todos.

Al mismo tiempo, los países que se han embarcado en una consolidación fiscal están reformando sus sistemas de pensiones para ahorrar costos con medidas tales como elevar la edad de la jubilación, reducir las prestaciones y aumentar las tasas de cotización. Dichos ajustes reducen la responsabilidad del Estado de garantizar la seguridad de los ingresos en la vejez y trasladan gran parte de los riesgos económicos asociados con el otorgamiento de pensiones a las personas, lo que disminuye la capacidad de los sistemas de pensiones de prevenir la pobreza en la vejez. Los futuros pensionistas percibirán pensiones más bajas en al menos 14 países de Europa.

Es importante señalar que algunos países están revirtiendo las privatizaciones anteriores de los sistemas de pensiones, implementadas en las décadas de 1980 y 1990. Argentina, el Estado Plurinacional de Bolivia, Chile, Hungría, Kazajistán y Polonia han renacionalizado o están en el proceso de renacionalizar sus sistemas de pensiones para mejorar la seguridad de los ingresos en la vejez.

Hacia la cobertura universal de la salud

La urgencia de realizar esfuerzos por alcanzar la cobertura universal en salud queda ilustrada con el hecho de que más del 90 por ciento de la población de países de ingresos bajos sigue careciendo de cobertura en salud. A nivel mundial, el 39 por ciento de la población carece de dicha cobertura. Como resultado, alrededor del 40 por ciento de todo el gasto en materia de salud a nivel mundial, recae directamente en los usuarios. Sin embargo, incluso las personas cubiertas legalmente perciben prestaciones de salud limitadas, pagan directamente elevados gastos y no cuentan con el suficiente personal de salud que preste los servicios. En tales circunstancias, a pesar de la cobertura, ocurre con frecuencia que la atención de salud no está disponible ni resulta asequible, y el costo del acceso a los servicios necesarios puede conducir a la pobreza.

La OIT estima que se necesita 10.3 millones de trabajadores de la salud para cubrir el déficit global y garantizar la prestación de servicios de salud de calidad a quienes los necesitan. Esta brecha y los salarios a menudo cuasi-precarios de los trabajadores de la salud restringen el progreso hacia la cobertura universal.

Globalmente, 88 países de varias regiones del mundo han demostrado que es posible cerrar las brechas en la cobertura de la salud. Muchos de ellos comenzaron el proceso de reforma a niveles inferiores al ingreso nacional e invirtieron en tiempos de crisis económica. Además, han mostrado que los

países pueden alcanzar tasas de cobertura elevadas, e incluso la cobertura universal, utilizando sistemas y regímenes financiados ya sea con impuestos, cotizaciones, o una combinación de ambos. Sin embargo, los países que atraviesan un proceso de consolidación fiscal a menudo iniciaron reformas en los sistemas de salud para ahorrar costos mediante la racionalización de los gastos de los servicios de salud pública, la introducción de copagos por parte de los pacientes y el recorte de la masa salarial del personal médico, entre otros ajustes. Dichas medidas han agudizado las desigualdades en el acceso a los servicios de salud y aumentado la exclusión al trasladar la carga de las arcas públicas a los hogares particulares.

Invertir en la protección de la salud, incluidas las licencias de enfermedad remunerada, produce ganancias. Sin embargo, el gasto público en salud es en la actualidad demasiado bajo como para ser lo suficientemente eficaz: las ganancias económicas potenciales del aumento de la productividad y el empleo no pueden concretarse mientras persistan brechas en la cobertura de salud. Cerrar dichas brechas daría lugar a ganancias más elevadas en los países más pobres del mundo.

Se requiere de mayores esfuerzos conjuntos para avanzar hacia la cobertura universal en salud y hacia el objetivo asociado de establecer pisos de protección social, como lo ha solicitado recientemente la Asamblea General de la ONU.

La extensión de la protección social: factor clave para la recuperación de la crisis y el desarrollo inclusivo

La crisis económica y financiera mundial ha subrayado energicamente la importancia de la seguridad social como un derecho humano y como una necesidad económica y social, según lo establece la Recomendación de la OIT sobre los pisos de protección social, 2012 (núm. 202).

En la primera fase de la crisis (2008-2009), la protección social desempeñó un papel importante en la respuesta para ampliar la cobertura. Al menos 48 países de ingresos medios y altos, anunciaron paquetes de estímulo fiscal por un total de 2.4 billones USD, de los cuales aproximadamente una cuarta parte se invirtió en medidas anticíclicas de protección social.

En la segunda fase de la crisis (a partir de 2010), los gobiernos se embarcaron en la consolidación fiscal y la contracción prematura del gasto, a pesar de la necesidad urgente del apoyo público entre las poblaciones vulnerables. En 2014, se espera que el alcance del ajuste del gasto público se intensifique de manera significativa: según las proyecciones del FMI, 122 países –82 de los cuales son países en desarrollo– registrarán una contracción del gasto en términos del PIB. Además, una quinta parte de los países atraviesa

una contracción fiscal excesiva, definida como el recorte del gasto público por debajo de los niveles anteriores a la crisis.

Contrariamente a la percepción pública, las medidas de consolidación fiscal no se limitan a Europa; muchos países en desarrollo han adoptado medidas de ajuste, incluida la eliminación o la reducción de subvenciones a los alimentos y a los combustibles; recortes o topes salariales, incluso para los trabajadores del sector de la salud y los servicios sociales; la racionalización y la estrecha focalización de las prestaciones de protección social; y las reformas de los sistemas de pensiones y servicios de salud. Muchos gobiernos también están considerando medidas por el lado de los ingresos; por ej., el aumento de los impuestos al consumo, tales como el impuesto al valor agregado (IVA) de los productos básicos y los artículos de consumo familiar de los hogares pobres.

En los países en desarrollo, algunos de los ingresos obtenidos de estos ajustes, por ej., los procedentes de la eliminación de los subsidios, se han utilizado para diseñar redes de seguridad social estrechamente focalizadas como mecanismos de compensación para los más pobres. Sin embargo, dado el importante número de hogares vulnerables de bajos ingresos en los países en desarrollo, se requieren esfuerzos adicionales para aumentar el espacio fiscal a fin de responder a las necesidades de protección social de las poblaciones.

De especial relevancia son las tendencias divergentes en los países más ricos y en los más pobres: Mientras que muchos países de ingresos altos registran una contracción en sus sistemas de seguridad social, muchos países en desarrollo los vienen extendiendo.

Los países de ingresos altos han reducido una serie de prestaciones de protección social y limitado el acceso a servicios públicos de calidad. Junto con la persistencia del desempleo, el descenso de los salarios y el alza de los impuestos, estas medidas han contribuido a aumentar la pobreza y la exclusión social, afectando actualmente a 123 millones de personas en la Unión Europea –el 24 por ciento de su población, muchas de ellas niños, mujeres, personas de edad y personas con discapacidad. Varios tribunales europeos han determinado que dichos recortes son inconstitucionales. El costo del ajuste se ha trasladado a las poblaciones, quienes han tenido que salir adelante a pesar de la falta de empleo y la caída de los ingresos por más de cinco años. La reducción de los niveles de ingresos de los hogares está conduciendo a un menor consumo interno y a una menor demanda, ralentizando la recuperación. Los logros

del modelo social europeo que redujeron drásticamente la pobreza y promovieron la prosperidad en el período que siguió a la segunda Guerra mundial, se han visto erosionados por las reformas de ajuste a corto plazo.

Muchos países de ingresos medios están ampliando decididamente sus sistemas de protección social, contribuyendo así a sus estrategias de crecimiento interno impulsado por la demanda. Esto presenta una poderosa lección de desarrollo. China, por ej., prácticamente ha alcanzado la cobertura universal de las pensiones y un aumento de los salarios; Brasil aceleró la extensión de la cobertura de la protección social y los salarios mínimos desde 2009. Se requiere un compromiso permanente para hacer frente a la persistencia de las desigualdades.

Algunos países de renta más baja han ampliado la protección social, sobre todo mediante redes de protección social temporales con niveles de prestaciones muy bajos. Sin embargo, en muchos de estos países se debate el establecimiento de pisos de protección social como parte de los sistemas integrales de protección social.

En nuestro tiempo, el argumento a favor de la protección social es contundente. La protección social hace realidad el derecho humano a la seguridad social y es un elemento clave de una política económica coherente. La protección social contribuye notablemente a reducir la pobreza, la exclusión y la desigualdad, al tiempo que mejora la estabilidad política y la cohesión social. También contribuye al crecimiento económico mediante el apoyo a los ingresos de los hogares y, por tanto, al consumo interno; esto es particularmente importante en este tiempo de recuperación lenta y baja demanda global. Además, la protección social potencia el capital humano y la productividad, por lo que se ha convertido en una política fundamental para la transformación y el bienestar nacionales. La protección social –específicamente los pisos de protección social– es esencial para la recuperación, el desarrollo inclusivo y la justicia social, y debe ser parte de la Agenda de las Naciones Unidas para el desarrollo después de 2015 (Agenda de Desarrollo post 2015).

IDEAS FUNDAMENTALES

- Si bien se reconoce ampliamente la necesidad de protección social, para una gran mayoría de la población mundial el derecho humano fundamental a la seguridad social sigue sin cumplirse. Sólo el 27 por ciento de la población global goza de acceso a sistemas integrales de seguridad social, al tiempo que el 73 por ciento está cubierto sólo parcialmente o carece completamente de cobertura.
- La falta de acceso a la protección social constituye un gran obstáculo para el desarrollo económico y social. La cobertura de protección social inadecuada o nula se asocia con niveles altos y persistentes de pobreza y de inseguridad económica en algunas regiones del mundo, niveles crecientes de desigualdad, inversión insuficiente en capital humano y capacidades humanas, y estabilizadores automáticos débiles de la demanda agregada en caso de crisis económicas.
- Las políticas de protección social contribuyen a fomentar el desarrollo económico y social en el corto y el largo plazo, al garantizar que la gente disfrute de la seguridad de los ingresos, tenga acceso a servicios de salud efectivos y otros servicios sociales, y esté facultada para aprovechar las oportunidades económicas. Dichas políticas desempeñan un papel clave en el impulso de la demanda interna, el apoyo a la transformación estructural de las economías nacionales, la promoción del trabajo decente y el fomento de un crecimiento inclusivo y sostenible.
- Los pisos nacionales de protección social y los sistemas más amplios de seguridad social proporcionan un marco propicio para reducir y prevenir la pobreza, así también como para reducir las desigualdades. Son elementos clave de las políticas nacionales para promover el desarrollo humano, la estabilidad política y el crecimiento inclusivo.
- La Recomendación sobre los pisos de protección social de la OIT, 2012 (núm. 202), ofrece orientaciones prácticas para la creación de pisos nacionales de protección social y la construcción de sistemas integrales de seguridad social. Refleja un consenso respecto de la extensión de la seguridad social alcanzado entre los gobiernos y las organizaciones de empleadores y de trabajadores de 185 países, de todos los niveles de desarrollo.
- Si bien ha habido una tendencia global hacia la extensión de la protección social, en particular en los países de ingresos medios, la eficacia de los sistemas de seguridad social en algunos países de ingresos altos se encuentra en situación de riesgo como consecuencia de las medidas de consolidación fiscal. Dichas tendencias se presentan en diferentes capítulos del informe, siguiendo un enfoque de ciclo de vida.

1.1 Un derecho sin cumplir

Si bien se reconoce ampliamente la necesidad de la protección social, el derecho humano fundamental a la seguridad social sigue sin cumplirse para la gran mayoría de la población mundial.¹ A pesar de la impresionante cobertura de la protección social durante el siglo pasado, sobre todo en su última década, sólo una minoría de la población mundial está protegida efectivamente. Según cálculos de la OIT, en 2012 sólo el 27 por ciento de la población mundial en edad activa y sus familias tenía acceso a sistemas integrales de seguridad social. En otras palabras, casi tres cuartas partes, o el 73 por ciento, de la población mundial, alrededor de 5.2 mil millones de personas, no tienen acceso a una protección social integral. Muchos de quienes no están lo suficientemente protegidos viven en la pobreza, que es el caso de la mitad de la población de los países de ingresos medios y bajos (Banco Mundial, 2014).² Muchos de ellos, cerca de 800 millones de personas, son trabajadores pobres (OIT, 2014a), y un gran número trabaja en la economía informal.³

La falta de acceso a la protección social constituye un obstáculo primordial para el desarrollo económico y social (OIT, 2010a; OIT, 2011a; OIT, 2012a; ONU, 2008; ONU, 2012b). De hecho, la falta generalizada de cobertura de la protección social se asocia con niveles altos y persistentes de pobreza e inseguridad económica en algunas partes del mundo (Banco Mundial, 2014), niveles altos y crecientes de desigualdad (PNUD, 2014; Naciones Unidas, 2013d; UNRISD, 2010), inversiones insuficientes en capital humano y capacidades humanas, y estabilizadores automáticos débiles de la demanda agregada en caso de crisis económicas (ADB, 2014).

Las políticas de protección social contribuyen a fomentar el desarrollo económico y social en el corto y el largo plazo, al garantizar que la gente disfrute de la seguridad de los ingresos, tenga acceso a servicios de salud efectivos y otros servicios

sociales, y esté facultada para aprovechar las oportunidades económicas. Las políticas desempeñan un papel clave en el impulso de la demanda interna, el apoyo a la transformación estructural de las economías nacionales, la promoción del trabajo decente y el fomento de un crecimiento inclusivo y sostenible (por ej., G20, 2011; G20, 2012; OIT, 2012a; OCDE, 2009a; Banco Mundial, 2012). Las políticas de protección social también aceleran el progreso hacia los Objetivos de Desarrollo del Milenio (Naciones Unidas, 2010a; UNICEF, 2010). El crecimiento sostenible y equitativo no puede lograrse en ausencia de políticas sólidas de protección social que garanticen al menos un nivel básico de protección social a los más necesitados y amplíen progresivamente el alcance y nivel de cobertura.⁴ Tales niveles básicos de seguridad social deben ser garantizados como parte de los pisos nacionales de protección social que constituyen los elementos fundamentales de los sistemas nacionales de seguridad social.

Muchos países han extendido significativamente su cobertura de seguridad social durante los últimos años y han incrementado sus esfuerzos para asegurar que los más necesitados se beneficien de al menos una protección básica, sin dejar de lado el desarrollo de sistemas integrales de seguridad social. En Brasil, Cabo Verde, China, Ghana, India, México, Mozambique, Sudáfrica y Tailandia, por. ej., la extensión gradual de la cobertura de la seguridad social ha tenido un impacto significativo en el bienestar de la población, y ha contribuido junto con políticas económicas, de mercado de trabajo y de empleo a la promoción del desarrollo económico y social y al crecimiento inclusivo.

Por otra parte, a raíz de la crisis financiera y económica mundial, varios gobiernos han reducido el gasto público en algunas áreas incluyendo los sistemas de seguridad social, lo que ha dado lugar a limitaciones en la cobertura o el nivel de las prestaciones. Las medidas de consolidación fiscal⁵ han ralentizado el avance hacia la realización del derecho humano a

¹ Existen diversas definiciones de los términos “protección social” y “seguridad social.” En muchos contextos, como en el presente informe, los dos términos se utilizan indistintamente. La OIT suele utilizar el término “seguridad social” en referencia al derecho humano a la seguridad social establecido en la Declaración Universal de los Derechos Humanos, 1948 (Art. 22), el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, 1966 (Art. 9) y otros instrumentos de derechos humanos de las Naciones Unidas. Este término abarca una amplia variedad de instrumentos de políticas, incluyendo el seguro social, la asistencia social, las prestaciones universales y otras formas de transferencias monetarias, así también como medidas para garantizar el acceso efectivo a los servicios de salud y otras prestaciones en especie con el objetivo de garantizar la protección social. Para obtener más detalles, sírvase consultar el glosario al final de este informe (Anexo I), así también como OIT, 2010a, pp. 13 – 17.

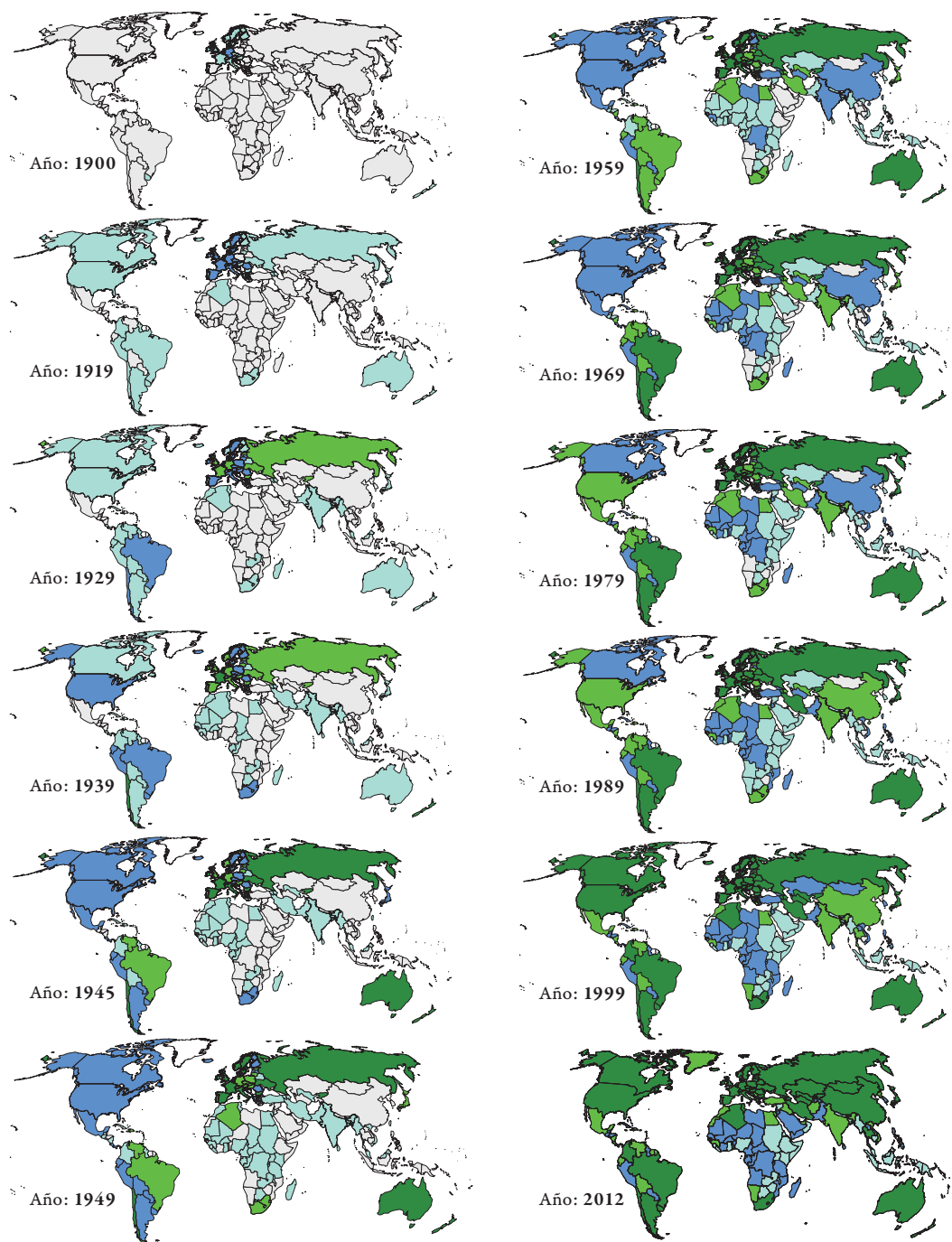
² Estas estimaciones del Banco Mundial se basan en una línea de pobreza de 2.50 USD (PPA) para 2010.

³ Por “economía informal” se entiende todas las actividades económicas realizadas por los trabajadores y las unidades económicas que –en la legislación o en la práctica– no están cubiertas, o están cubiertas de manera insuficiente, por los acuerdos formales. Los trabajadores de la economía informal por lo general cuentan con una cobertura de protección social insuficiente o nula; de hecho, la falta de cobertura de la protección social se utiliza a veces como un criterio para identificar el empleo informal. Al mismo tiempo, extender la cobertura de protección social a los trabajadores de la economía informal ayuda a tratar algunos de los riesgos que mantienen a los trabajadores atrapados en situaciones de informalidad (tal como la falta de cobertura en salud) y presta apoyo a las transiciones a la formalización (OIT, 2013g; ILO, 2013h).

⁴ Este reconocimiento refleja un cambio de paradigma político importante en el desarrollo internacional (Cichon y Hagemeyer, 2007; Cichon, 2013). Esto se puede apreciar en documentos de política y estudios académicos, así también como en la amplia gama de reformas de políticas recientes en un número creciente de países en desarrollo.

⁵ En el presente Informe, la consolidación fiscal se refiere a la amplia gama de medidas de ajuste adoptadas para reducir los déficits públicos y la acumulación de la deuda. A las políticas de consolidación fiscal se les denomina a menudo “políticas de austeridad.”

Figura 1.1 El avance hacia sistemas integrales de seguridad social: Número de áreas cubiertas en los programas de protección social consagrados en la legislación nacional, 1900-2012



Nota: Se tiene en cuenta las siguientes áreas: las prestaciones de enfermedad, las prestaciones de desempleo, las prestaciones de vejez, las prestaciones en caso de accidentes del trabajo y enfermedades profesionales, las prestaciones orientadas a la infancia/la familia, las prestaciones de maternidad, las prestaciones de invalidez/discapacidad y las prestaciones de sobrevivientes. Fecha de adopción de la primera ley utilizada como base para la construcción de los mapas.

Fuentes: Datos basados en información de la SSA/AISS, 2012; SSA/AISS, 2013a; SSA/AISS, 2013b; SSA/AISS, 2014.

Enlace: <http://www.social-protection.org/gimi/gess/RessourceDownload.action?ressource.ressourceId=36923>

Alcance de la cobertura legal

- Ninguna
- Alcance muy limitado (1-4 áreas normativas)
- Alcance limitado (5-6 áreas normativas)
- Alcance semi-integral (7 áreas normativas)
- Alcance integral (todas las áreas normativas)

la seguridad social y otros derechos humanos (OACNUDH, 2013) en muchos países, así como debilitado la contribución que pueden hacer los sistemas de seguridad social a la recuperación socio-económica.

1.2 La construcción de los sistemas de protección social: Una sinopsis histórica, 1900-2012

Desde principios del siglo XX, se ha logrado avances importantes en la ampliación de la cobertura de la seguridad social y en la construcción de sistemas integrales de seguridad social. Desde los primeros pasos en algunos países pioneros, el alcance de la cobertura legal⁶ –medido por el número de áreas cubiertas por los programas de protección social consagrados en la legislación nacional– se amplió a un ritmo impresionante a más países y más áreas (véase la Figura 1.1).⁷ Para 2012, la mayoría de los países había establecido en su legislación regímenes de seguridad social que cubrían la totalidad o la mayoría de las áreas, aunque en muchos casos sólo para una minoría de la población. Este era el caso en la mayoría de países de Europa, gran parte de las Américas, y cada vez más también en Asia y el Pacífico y en África Septentrional. También se logró avances importantes en el Oriente Medio y el África Subsahariana.

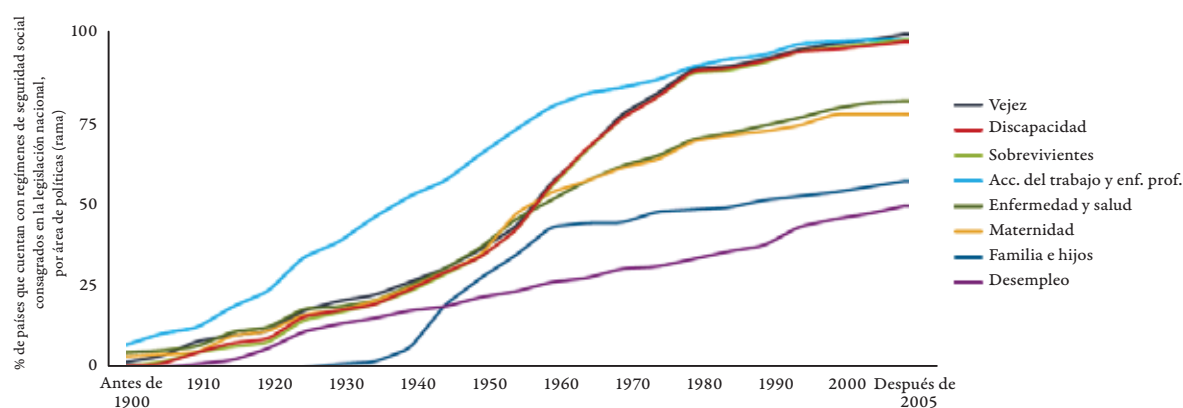
Los países tienden a ampliar la cobertura de sus sistemas nacionales de seguridad social en una secuencia de pasos que

dependen de las circunstancias y prioridades nacionales. En muchos casos, al construir los sistemas de seguridad social, los países abordaron primero el área de accidentes del trabajo y enfermedades profesionales, luego introdujeron las pensiones de vejez y las prestaciones de discapacidad y de sobrevivientes, seguidas de las prestaciones de enfermedad y maternidad y la cobertura en salud. Por lo general, las prestaciones a favor de la infancia y la familia y las prestaciones de desempleo se abordaron al último (véase la Figura 1.2).

Sin embargo, la extensión de la cobertura legal no garantiza por sí misma ni la cobertura efectiva de la población ni mejoras en la calidad y el nivel de las prestaciones. De hecho, la expansión de la cobertura efectiva se ha quedado considerablemente a la zaga de la de cobertura legal, debido a problemas de observancia y aplicación, la falta de coordinación de políticas y la debilidad de las capacidades institucionales para el suministro efectivo de prestaciones y servicios. Por lo tanto, tal como se hace a lo largo de este informe, es esencial supervisar paralelamente la cobertura legal y efectiva en la medida en que los datos disponibles lo permitan.

En muchos países, ha surgido un número de programas en los últimos años que proporcionan cierto grado de protección, pero carecen de una base jurídica. No se puede considerar que dichos programas ofrezcan el mismo grado y alcance de la protección como programas fundamentados en la ley, ya que no establecen prerrogativas legales ni derechos exigibles. Sin embargo, desempeñan un papel importante en la mejora de la

Figura 1.2 Desarrollo de programas de protección social consagrados en la legislación nacional, por área (rama), pre 1900 a post 2005 (porcentaje de países)



Fuentes: Datos basados en información de la SSA/AISS, 2012; SSA/AISS, 2013a; SSA/AISS, 2013b; SSA/AISS, 2014; y la base de datos NATLEX de la OIT.

Enlace: <http://www.social-protection.org/gimi/gess/RessourceDownload.action?ressource.ressourceId=36924>

⁶ Para obtener más detalles sobre los conceptos de cobertura legal y efectiva y su medición, sírvase consultar el Anexo II del presente Informe.

⁷ Se tiene en cuenta las siguientes áreas: las prestaciones de enfermedad, las prestaciones de desempleo, las prestaciones de vejez, las prestaciones en caso de accidentes del trabajo y enfermedades profesionales, las prestaciones orientadas a la infancia/la familia, las prestaciones de maternidad, las prestaciones de invalidez/discapacidad y las prestaciones de sobrevivientes, tal como se definen en el Convenio sobre la seguridad social (norma mínima), 1952 (núm. 102), como se indica en la nota a la figura 1.1. La salud no está incluida en la figura 1.1 por razones metodológicas, pero se discute en detalle en el Capítulo 5.

situación de quienes se benefician de ellos. Muchos gobiernos reconocen la importancia de consagrar los programas de seguridad social en un sólido marco de legislación nacional, a fin de establecer de manera precisa los derechos y obligaciones de los individuos, mejorando así la previsibilidad y la suficiencia de las prestaciones, fortaleciendo las capacidades institucionales que promueven la transparencia y la rendición de cuentas, proporcionando salvaguardias contra la corrupción y estableciendo una base de financiación más estable y regular.

1.3 La consolidación fiscal: Regresiones: 2010–15

El informe también se centra en las regresiones resultantes de los procesos de ajuste fiscal iniciados a partir de 2010. En 2014, 122 países limitan sus gastos públicos en términos del PIB, en un momento en que las poblaciones se encuentran más necesitadas. Las medidas de consolidación fiscal han contribuido al aumento de la pobreza y la exclusión social en varios países de ingresos altos, sumándose a los efectos de la persistencia del desempleo, salarios más bajos y mayores impuestos. La reducción resultante en los niveles de ingresos de los hogares pone en peligro el consumo y la demanda internos y ralentiza la recuperación. Contrariamente a la percepción pública, las políticas de consolidación fiscal se han aplicado no sólo en los países de Europa, sino también en algunos países de ingresos medios y bajos que actualmente hacen frente a tasas de crecimiento en disminución (FMI, 2013a). La combinación de los aumentos en los precios de los alimentos y los combustibles, seguida de la desaceleración económica mundial, la “recuperación sin empleos” y ahora los recortes en el gasto público, han hecho mella en las familias en los países en desarrollo. La importancia decisiva del compromiso de los gobiernos de continuar las inversiones en la protección social con el fin de garantizar un crecimiento inclusivo y limitar los efectos nocivos de persistencia de la pobreza y la creciente desigualdad, se pone de relieve en los diferentes capítulos del informe.

1.4 El camino a seguir: La construcción de pisos nacionales de protección social y sistemas de seguridad social nacionales

Con la adopción de la Recomendación de la OIT sobre los pisos de protección social, 2012 (núm. 202), el mundo ha

dado un importante paso adelante en hacer realidad el derecho humano a la seguridad social.⁸ Dicha Recomendación es el primer instrumento jurídico internacional que reconoce explícitamente la triple función de la seguridad social como un derecho humano universal y una necesidad tanto económica como social. Reconoce la importancia de los pisos nacionales de protección social, que proporcionan garantías básicas de seguridad social para todos con el objetivo de asegurar al menos el acceso efectivo a la atención de salud esencial y un nivel básico de seguridad de los ingresos con carácter prioritario, como base indispensable para sistemas nacionales de seguridad social más integrales (OIT, 2012a). La estrategia de expansión bidimensional de la OIT proporciona una orientación clara sobre el futuro desarrollo de la seguridad social en los 185 Estados Miembros de la OIT, de cara al logro de la protección universal de la población, garantizando al menos niveles básicos de seguridad de los ingresos y el acceso a la atención de salud esencial (pisos de protección social nacional: la dimensión horizontal) y progresivamente asegurar un alcance más amplio y mayores niveles de protección, guiados por las normas de seguridad social de la OIT (la dimensión vertical).⁹

La importancia de construir pisos nacionales de protección social también ha sido reconocida por las Naciones Unidas y la comunidad internacional para el desarrollo en general. Tras la convocatoria para el establecimiento de pisos de protección social emitida por la Junta de Jefes Ejecutivos del Sistema de las Naciones Unidas en 2009 (Naciones Unidas, 2009a; Grupo Consultivo sobre el Piso de Protección Social, 2011), el papel en el desarrollo económico y social de la protección social en general y de los pisos de protección social en particular, ha sido reconocido en una serie de foros internacionales, regionales y multinacionales, incluyendo los del Sistema de las Naciones Unidas (Naciones Unidas, 2010b; Naciones Unidas, 2012a) y el G20 (G20, 2009; G20, 2011; G-20, 2012).

El consenso global emergente sobre los pisos de protección social ha ido acompañado de un mayor énfasis en sistemas coherentes y efectivos de protección social en los marcos estratégicos de otras organizaciones internacionales y multilaterales principales (FAO, 2012; OCDE, 2009a; UNICEF, 2012; OMS, 2010; Banco Mundial, 2012; Comisión Europea, 2011a; Comisión Europea, 2012a). Junto con la OIT, hacen hincapié en la necesidad de un enfoque sistémico de la protección social, con miras a construir sistemas de protección

⁸ La Recomendación núm. 202 fue adoptada casi por unanimidad (con sólo una abstención) por los gobiernos y representantes de los empleadores y de los trabajadores de los Estados Miembros de la OIT en la 101ª reunión de la Conferencia Internacional del Trabajo. Los elementos fundamentales de dicha Recomendación, y las perspectivas más amplias, se plasmaron en la Resolución y conclusiones relativas a la discusión recurrente sobre la protección social (seguridad social), aprobadas en la reunión anterior de la Conferencia Internacional del Trabajo en 2011. Ambos documentos se incluyen en OIT, 2012a.

⁹ Esta estrategia fue adoptada por la Conferencia Internacional del Trabajo en 2011 (OIT, 2012a).

Recuadro 1.1 El marco normativo de la OIT en materia de extensión de la seguridad social

Desde su creación en 1919, la OIT ha desempeñado un papel importante en el desarrollo de un marco normativo definido a nivel internacional para orientar el establecimiento, desarrollo y mantenimiento de sistemas de seguridad social en todo el mundo, y se ha convertido en el punto de referencia global para los esfuerzos en este sentido. Elaborados y adoptados por los mandantes tripartitos de la Organización, los gobiernos y los representantes de los empleadores y de los trabajadores de todos los Estados Miembros de la OIT, y emanados del mandato de la Organización, los Convenios y Recomendaciones que componen dicho marco son únicos: ellos establecen las normas que los Estados se han fijado para sí a partir de las buenas prácticas y formas innovadoras de proporcionar medios para mejorar y ampliar la protección social en países de todas las regiones del mundo. A la vez, se basan en la noción de que no existe un modelo único y perfecto de seguridad social; por el contrario, le corresponde a cada sociedad desarrollar los mejores medios para garantizar la protección requerida. Por consiguiente, ofrecen una gama de opciones y rutas flexibles para su aplicación, que se puede lograr a través de una combinación de prestaciones contributivas y no contributivas, regímenes generales y profesionales, el seguro obligatorio y voluntario, y diferentes métodos para la administración de las prestaciones, todo ello dirigido a garantizar un nivel general de protección que responda mejor a las necesidades de cada uno de los países.

Como complemento y fundamento de las disposiciones relativas al derecho a la seguridad social en los instrumentos internacionales de derechos humanos, el marco normativo de seguridad social de la OIT consta de ocho Convenios y Recomendaciones actualizados. Los instrumentos más importantes son el Convenio sobre la seguridad social (norma mínima), 1952 (núm. 102), y la Recomendación sobre los pisos de protección social, 2012 (núm. 202).¹

El Convenio núm. 102, de más larga data, reagrupa los nueve contingencias clásicas de la seguridad social (la asistencia médica, la enfermedad, el desempleo, la vejez, los accidentes del trabajo y las enfermedades profesionales, las responsabilidades familiares, la maternidad, la invalidez y la sobrevivencia) en un único instrumento amplio y jurídicamente vinculante.

La reciente la Recomendación núm. 202 proporciona una orientación para superar las brechas de la seguridad social y lograr la cobertura universal mediante el establecimiento y mantenimiento de sistemas integrales de seguridad social. Hace un llamado a los Estados para lograr la cobertura universal con al menos niveles mínimos de protección a través de la implementación con carácter prioritario de pisos de protección social; y garantizar progresivamente mayores niveles de protección. Los pisos nacionales de protección social deben comprender garantías básicas de seguridad social que aseguren el acceso efectivo a la atención de salud esencial y la seguridad básica de los ingresos a un nivel que permita a las personas vivir dignamente durante todo el ciclo de vida. Estos deben incluir como mínimo:

- el acceso a la atención de salud esencial, incluida la atención de la maternidad;
- la seguridad básica de ingresos para los niños;
- la seguridad básica de los ingresos para las personas en edad activa quienes no pueden obtener los ingresos suficientes, en particular en casos de enfermedad, desempleo, maternidad e invalidez;
- la seguridad básica de los ingresos para las personas de edad.

Como complemento de las normas existentes, la Recomendación núm. 202 establece un enfoque integrado y coherente de la protección social a lo largo del ciclo de vida, destaca el principio de universalidad de la protección a través de pisos de protección social definidos a nivel nacional, y recoge el compromiso de su realización progresiva en términos de prestaciones y de la población cubierta. Con ello pretende garantizar que todos los miembros de la sociedad gocen de al menos un nivel básico de seguridad social a lo largo de sus vidas, garantizando su salud y su dignidad. La pobreza, la vulnerabilidad y la exclusión social se establecen como áreas prioritarias de atención, con el claro objetivo de reducir la pobreza a la brevedad posible. La Recomendación insta al establecimiento de sistemas que sean dirigidos por los propios países, estén alineados con las circunstancias nacionales, se examinen a la luz de las necesidades de la población, e incluyan la participación de todas las partes interesadas. De forma innovadora, contiene orientaciones sobre la supervisión para ayudar a los países a evaluar su avance hacia una mayor protección y mejorar el desempeño de los sistemas nacionales de seguridad social.

¹ El Convenio núm. 102 ha sido ratificado hasta la fecha por 50 países –más recientemente por Brasil (2009), Bulgaria (2008), Honduras (2012), Jordania (2014), Rumania (2009) y Uruguay (2010)–, y proporciona orientación para todos los 185 Estados Miembros de la OIT. Las Recomendaciones de la OIT no están abiertas a ratificación.

social inclusivos y sostenibles que estén estrechamente coordinados con otras políticas sociales y económicas. El marco normativo de la OIT en materia de seguridad social junto con otras normas internacionales (véase el recuadro 1.1), orienta el desarrollo y la evolución continua de los sistemas nacionales de seguridad social para proporcionar una protección social significativa a las poblaciones.

1.5 Objetivo y estructura del informe

Dos años tras la adopción de la Recomendación núm. 202, el presente informe hace un balance del estado de la cobertura de la seguridad social en todo el mundo, en particular con respecto a la construcción de pisos nacionales de protección social y sistemas integrales de seguridad social. El presente informe es el segundo de una serie de informes¹⁰ que proporcionan una evaluación de la cobertura de la seguridad social en todo el mundo, destacan los progresos realizados en la mejora de la protección, identifican las brechas de cobertura que aún subsisten, y discuten los principales desafíos para seguir avanzando en la realización del derecho a la seguridad social para todos.

Reflejando el enfoque establecido en la Recomendación núm. 202, el presente informe está estructurado en una serie de capítulos que siguen las fases del ciclo de vida, de modo que los grupos pertinentes de regímenes y programas de seguridad social contributivos o no contributivos se abordan de forma conjunta.¹¹ Los Capítulos 2-4 se centran en las prestaciones de la protección social que mejoran la seguridad de los ingresos durante todo el ciclo de vida, reunidas en tres grupos principales: El Capítulo 2 se centra en las prestaciones de la protección social a favor de la infancia y familias, incluyendo prestaciones a favor de la infancia y la familia; el Capítulo 3 examina los diferentes elementos de la seguridad de los ingresos para las personas en edad activa, abordando específicamente las prestaciones de desempleo (sección 3.2), accidentes del trabajo y enfermedades profesionales (sección 3.3), discapacidad (sección 3.4) y maternidad (sección 3.5). El Capítulo 4 aborda la seguridad de los ingresos en la vejez, con

un enfoque particular en las pensiones de vejez.¹² El Capítulo 5 examina los esfuerzos por lograr la cobertura universal en salud en todo el ciclo de vida, incluyendo la atención médica y las prestaciones de enfermedad. El Capítulo 6 se dedica a las cuestiones del financiamiento y el gasto en la seguridad social, y examina específicamente las tendencias divergentes de expansión y contracción, y sus implicaciones para la formulación futura de políticas de seguridad social y la Agenda de Desarrollo post 2015. A lo largo del informe, se hace varias veces referencia a los derechos que sustentan sistemas de seguridad social que siguen siendo tan válidos y tan importantes como siempre.

El Anexo I incluye un breve glosario de términos clave utilizados en el presente informe, y el Anexo II resume los conceptos y las mediciones de la cobertura de la seguridad social aplicados. El Anexo III incluye cuadros de resumen respecto de algunos de los principales requisitos mínimos establecidos en la normas de seguridad social de la OIT. El Anexo IV incluye cuadros estadísticos.

1.6 La construcción de la base de conocimientos sobre estadísticas de protección social

Concebido como una herramienta para facilitar la supervisión del estado de la protección social en el mundo, el Informe Mundial sobre la Protección Social, ofrece en sus sucesivas ediciones un amplio recurso estadístico en relación con la protección social, incluyendo una serie de cuadros estadísticos detallados en el Anexo IV, y cuadros adicionales en un sitio web dedicado al tema.¹³ Esta base de datos se basa en gran medida en la base de datos de la OIT/ESS, que proporciona estadísticas exhaustivas a nivel de país sobre diversas dimensiones de los sistemas de seguridad social, incluyendo indicadores clave.¹⁴

Tras publicar dichos datos en diversas formas desde la década de 1950, la OIT mantiene sus bases de datos en colaboración, de manera constante en la medida de

¹⁰ El primer informe de la serie fue publicado como World Social Security Report (Informe Mundial sobre la Seguridad Social) en 2010 (OIT, 2010a). El presente Informe se publica como Informe Mundial sobre la Protección Social a efectos de reflejar el mayor interés en la protección social en muchas partes del mundo y en el plano internacional.

¹¹ De este modo, en cada capítulo se aborda de forma integrada tanto la dimensión horizontal como la dimensión vertical de la extensión de la seguridad social (OIT, 2012a).

¹² La asistencia social general no se trata como un capítulo aparte, sino más bien se hace referencia a la misma a lo largo de todo el informe.

¹³ El Anexo Estadístico del informe (Anexo IV) incluye dos conjuntos de cuadros. Los cuadros AIV.A1–AIV.A12, proporcionan indicadores demográficos, económicos y sociales clave y están disponibles en línea; los cuadros AIV.B1–AIV.B13, que se refieren más específicamente a la protección social, también se incluyen en la versión impresa. Todo el material está disponible en <http://www.social-protection.org/gimi/gess/ShowTheme.do?tid=3985>.

¹⁴ La base de datos de la OIT/ESS está disponible en: http://www.ilo.org/dyn/ilossi/ssimain.home?p_lang=en.

lo posible, con varios otros actores internacionales y regionales, en particular el Banco Asiático de Desarrollo (BA sD), la Oficina de Estadística de la Comisión Europea (Eurostat), la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) y otras comisiones regionales de las Naciones Unidas, la Asociación Internacional de la Seguridad Social (AISS), la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE), el Banco Mundial y la Organización Mundial de la Salud (OMS). La base de datos de la OIT/ESS, está vinculada a varias otras bases de datos sobre protección social, incluyendo la base de datos del Sistema Europeo Eurostat de Estadísticas Integradas de Protección Social (ESPROSS), la base de datos sobre Gasto Social de la OCDE (SOCX), las bases de datos de pensiones y ASPIRE del Banco Mundial, el Observatorio de Seguridad Social de la AISS, la base de datos del Índice de Protección Social (SPI) del BA sD, el Observatorio Global de Salud y las Cuentas Nacionales de Salud de

la OMS, y las bases de datos de la CEPAL.¹⁵ La base de datos de la OIT/ESS también recoge información de los informes oficiales nacionales y de otras fuentes, que por lo general se basan en gran medida en datos administrativos; además de los datos de diversas encuestas, tales como las encuestas de ingresos y gastos de los hogares, de población económicamente activa, demográficas y de salud, habida cuenta de que éstas incluyen variables sobre protección social. El presente Informe también pretende contribuir a los esfuerzos conjuntos a nivel nacional e internacional¹⁶ para asegurar la disponibilidad de estadísticas de seguridad social de alta calidad, sobre todo para apoyar a los Estados Miembros de la OIT en el seguimiento y análisis de su pisos de protección social y sistemas de seguridad social, y a garantizar su eficacia y eficiencia en la satisfacción de las necesidades de protección social de sus poblaciones.

¹⁵ Al final de la bibliografía se proporciona una lista de las bases de datos utilizadas para la elaboración del presente informe.

¹⁶ Se están realizando esfuerzos en el marco del Consejo de Coordinación Interagencial en materia de Protección Social (SPIAC-B), para fortalecer la colaboración entre los organismos internacionales en el campo de las estadísticas de protección social y desarrollar material integral de orientación dirigido a los actores nacionales (OIT et al., 2013; Bonnet y Tessier, 2013). El presente trabajo tiene como objetivo avanzar aun más en los esfuerzos anteriores de la comunidad internacional a fin de consensuar un conjunto de indicadores fundamentales en el campo de las estadísticas de seguridad social, según se establece en la "Resolución sobre la elaboración de estadísticas de seguridad social", adoptada por la Conferencia Internacional de Estadísticos del Trabajo en 1957, y que sigue proporcionando orientación para fortalecer el desarrollo de las estadísticas de seguridad social a nivel nacional.

La protección social de la infancia y las familias

2

IDEAS FUNDAMENTALES

- Las políticas de protección social constituyen un elemento esencial de la realización de los derechos de los niños, garantizando su bienestar, rompiendo el círculo vicioso de la pobreza y la vulnerabilidad, y contribuyendo a que todos los niños desarrollen su pleno potencial.
- A pesar de una considerable extensión de los regímenes, las políticas de protección social existentes no abordan suficientemente las necesidades de seguridad de los ingresos de los niños y las familias, particularmente en los países de ingresos bajos y medios con grandes poblaciones infantiles. Aproximadamente 18,000 niños mueren al día, en su mayoría por causas que se pueden prevenir. Muchas de estas muertes podrían evitarse con una protección social adecuada.
- Se requiere más esfuerzos para intensificar las medidas encaminadas a garantizar la seguridad de los ingresos a favor de la infancia y la familia, incluyendo las prestaciones orientadas a la infancia y la familia. Existen programas específicos de prestaciones familiares e infantiles consagrados en la legislación vigente de 108 países, y sin embargo a menudo sólo cubren a pequeños grupos de la población. En 75 países no se dispone en absoluto de tales programas.
- En promedio, los gobiernos asignan el 0.4 por ciento del PIB a las prestaciones familiares e infantiles, porcentaje que oscila entre el 2.2 por ciento en Europa Occidental y el 0.2 por ciento en África y en Asia y el Pacífico. La inversión insuficiente en la infancia pone en peligro sus derechos y su futuro, así como las perspectivas de desarrollo social de los países en los que viven los niños.
- Las medidas de consolidación y ajuste fiscal en las economías de ingresos más elevados, representan una amenaza para la seguridad de los ingresos de los niños y sus familias. Entre 2007 y 2012, la pobreza infantil aumentó en 19 de los 28 países de la Unión Europea.
- La protección social es un derecho humano respaldado por la Convención de la ONU sobre los Derechos del Niño y, sin embargo, muchos niños no perciben las transferencias monetarias esenciales que podrían constituir una verdadera diferencia en cuanto a los servicios de nutrición, salud, educación y atención infantil, para asegurar el pleno desarrollo de su potencial. La protección social también desempeña un papel clave –aunque a menudo desatendido– en la prevención del trabajo infantil.

2.1 El papel de la protección social para garantizar el bienestar de la infancia

La protección social es esencial en la prevención y reducción de la pobreza infantil y familiar para hacer frente a las desigualdades y en la realización de los derechos de la infancia.

Pese a los recientes avances en muchas regiones del mundo, demasiados niños viven en la pobreza y se ven privados de sus derechos más elementales (UNICEF, 2012; UNICEF, 2014). De hecho, en la mayoría de las regiones del mundo, los niños y las familias con niños se encuentran en mayor riesgo de caer en la pobreza monetaria y de otra índole que otros grupos de la población.

Las consecuencias de la pobreza son especialmente severas para los niños. Los niños experimentan la pobreza de manera diferente que los adultos; los niños tienen necesidades específicas y diferentes. Mientras que un adulto puede caer en la pobreza temporalmente, un niño que cae en la pobreza puede permanecer pobre toda la vida –rara vez tiene un niño una segunda oportunidad de recibir una educación o de un comienzo saludable en la vida. Incluso períodos cortos de privación alimentaria pueden ser perjudiciales para el desarrollo a largo plazo de los niños. Si estos no reciben una nutrición adecuada, van a la zaga de sus pares en la talla y la capacidad intelectual, son más vulnerables a las enfermedades potencialmente mortales, rinden menos en la escuela, y en última instancia, tienen menos probabilidades de convertirse en adultos productivos. La pobreza infantil no sólo amenaza al niño como individuo, sino que es probable que se transmita a las generaciones futuras, perpetuando e incluso empeorando la desigualdad en la sociedad (véase, por ej., UNICEF, 2012; UNICEF, 2014; Minujin y Nandy, 2012; Ortiz, Moreira Daniels y Engilbertsdóttir, 2012). Muchos de los 18,000 niños menores de cinco años que mueren todos los días, un gran número de ellos por causas que podrían prevenirse, podrían salvarse con una protección social adecuada (UNICEF, 2014). El futuro de los niños se ve comprometido cuando sufren exclusión social y se les priva de un nivel de vida digno y del acceso a una atención de salud de calidad (véase el Capítulo 5), de la educación y de una atención temprana. Cuando los niños se ven obligados a participar en el trabajo infantil, tal explotación afecta gravemente su desarrollo físico y cognitivo y sus futuras oportunidades de vida (OIT, 2013a). La pobreza infantil afecta no sólo el bienestar y las aspiraciones de los niños como individuos, sino también de las comunidades, las sociedades y las economías en las que viven.

Las prestaciones monetarias y en especial a favor de la infancia y la familia desempeñan un papel particularmente importante en la realización de los derechos del niño y el abordaje de sus necesidades, en particular para los miembros más vulnerables de la sociedad (véase, por ej., UNICEF, 2012; Sanfilippo, de Neubourg y Martorano, 2012; UNESCO, 2014).

La evidencia de muchas partes del mundo demuestra que las prestaciones de protección social han dado lugar a una notable mejora en el estado nutricional de los niños (véase OIT, 2010a; UNICEF, 2012; Save the Children, 2012a). Los programas de transferencias monetarias también han contribuido al aumento importante de las consultas prenatales y postnatales en los centros de salud y a la reducción de la proporción de nacimientos domiciliarios, mejorando así la salud materna e infantil. En términos más generales, se ha demostrado que este tipo de programas aumenta la utilización de los servicios de salud, contribuyendo más aún a mejorar la salud infantil (véase, por ej., Attanasio et al., 2005). Las transferencias monetarias a favor de la infancia y la familia, tanto condicionadas como no condicionadas, también han contribuido al aumento significativo de la matrícula y la asistencia escolares en diferentes partes del mundo, así como también, aunque con evidencia menos concluyente, a mejoras en los resultados educativos (por ej., el aumento de los años de escolaridad, el impacto en los salarios, etc.) (Fiszbein y Schady, 2009; Baird et al., 2013; UNICEF, 2012; OIT, 2010b; OIT, 2013a). A través de estos diferentes canales, las prestaciones de protección social contribuyen a mejorar el bienestar actual y futuro de los niños, y su capacidad de aprovechar las oportunidades económicas y sociales más adelante en la vida. Las prestaciones a favor de la infancia y la familia, junto con otras formas de prestaciones y servicios, son también un medio importante de responder a las necesidades especiales de los niños con discapacidades (UNICEF, 2013), los niños huérfanos y vulnerables, los niños afectados por la violencia y el abuso, y otros niños desfavorecidos (Save the Children, 2012b; Barrientos et al., 2013).

Este capítulo se centra particularmente en la seguridad de los ingresos a favor de la infancia y la familia, lo que constituye una dimensión clave de su bienestar. El fortalecimiento de la seguridad de los ingresos es un elemento clave de las políticas destinadas a reducir y prevenir la pobreza infantil, romper la transmisión intergeneracional de la pobreza, y facilitar el acceso de los niños a los servicios de nutrición, atención infantil, educación y salud. La Recomendación de la OIT sobre los pisos de protección social, 2012 (núm. 202), reconoce explícitamente la seguridad de los ingresos a favor de la infancia como una de las garantías básicas de la seguridad social que constituye un piso nacional de protección social, en base a un enfoque integrado que aborda las múltiples dimensiones del bienestar infantil. Esta garantía básica de la seguridad social proporciona un marco eficaz para las políticas nacionales (véase el recuadro 2.1). La noción de seguridad de los ingresos no se limita a un nivel suficiente de ingresos en efectivo, sino que abarca los ingresos en especie, tales como la nutrición y el acceso a los servicios –en efecto, la amplia gama de recursos necesarios para garantizar un nivel de vida digno para todos los niños. Los servicios sociales (por ej., la atención infantil, la educación, la atención de salud)

Recuadro 2.1 Las normas internacionales en materia de prestaciones orientadas a la infancia y la familia

El marco legal de la ONU sobre los derechos humanos contiene una serie de disposiciones que definen diversos derechos de los niños que forman parte de su derecho a la protección social. Estas comprenden el derecho a la seguridad social, teniendo en consideración los recursos y la situación del niño y de las personas que tienen la responsabilidad de su manutención;¹ el derecho a un nivel de vida adecuado para su salud y su bienestar; y el derecho a recibir cuidados y asistencia especiales.² El PIDESC exige además a los Estados dar la más amplia protección y asistencia posibles a la familia, sobre todo para el cuidado y la educación de los niños dependientes.³

Las normas de seguridad social de la OIT complementan este marco y proporcionan orientación a los países sobre la forma de dar cumplimiento a los diversos derechos que forman parte del derecho del niño a la protección social. El Convenio de la OIT sobre la seguridad social (norma mínima), 1952 (núm. 102), Parte VII, establece las normas mínimas para la concesión de prestaciones familiares (o a los hijos o para los hijos) en forma o bien de una prestación o prestaciones monetarias periódicas o prestaciones en especie (alimentos, ropa, vivienda, el disfrute de vacaciones o asistencia doméstica) o una combinación de ambas, asignadas para la manutención infantil. El objetivo fundamental de las prestaciones familiares debe ser, por lo tanto, garantizar el bienestar de los hijos y la estabilidad económica de sus familias.

Según lo especificado por la Comisión de Expertos en Aplicación de Convenios y Recomendaciones de la OIT, dichas normas requieren que se conceda prestaciones familiares por cada hijo de la familia y para todos los niños que residen en el territorio del país, por todo el tiempo que dure su educación o formación profesional a tiempo completo en caso de no percibir un ingreso adecuado en virtud de la legislación nacional. Éstas deben fijarse en proporción directa con los gastos reales de manutención del hijo y debe representar una contribución sustancial a cubrir dichos gastos. Las asignaciones familiares, en su cuantía mínima, deben concederse independientemente de los recursos. Las prestaciones por encima del nivel mínimo pueden estar supeditadas a una comprobación de ingresos. Además, todas las prestaciones deben ajustarse a fin de tener en cuenta los cambios en el costo de manutención de los hijos o del costo de vida en general (OIT, 2011c, párrafos 184-86).

La Recomendación núm. 202 de la OIT ahonda en el marco normativo, con miras a la protección universal. La seguridad de los ingresos para los niños es una de las garantías básicas de la seguridad social que constituye un piso de protección social nacional, y debe asegurar “el acceso a la alimentación, la educación, los cuidados y cualesquiera otros bienes y servicios necesarios” (párrafo. 5 (b)). Aunque la garantía debe ser definida a nivel nacional, la Recomendación ofrece una orientación clara sobre su nivel adecuado: el nivel mínimo de seguridad de los ingresos debe permitir vivir con dignidad y debe ser suficiente para proporcionar acceso efectivo a un conjunto de bienes y servicios necesarios que se establezca mediante los umbrales nacionales de pobreza y a otros umbrales comparables (párrafo 8 (b)). Contemplando la universalidad de la protección, la Recomendación establece que se debe proporcionar las garantías básicas de seguridad social por lo menos a todos los residentes y niños, con arreglo a lo estipulado en la legislación nacional y con sujeción a las obligaciones internacionales vigentes (párrafo 6), es decir, las respectivas disposiciones de la CIDN, el PIDESC y otros instrumentos pertinentes. Representando un enfoque centrado firmemente en los resultados, la Recomendación núm. 202 contempla el logro de la seguridad de los ingresos para los niños mediante una amplia gama de instrumentos de políticas, incluyendo las prestaciones orientadas a la infancia y a la familia (el foco del presente capítulo).

¹ Declaración Universal de los Derechos Humanos, 1948 (DUDH), Art. 22; Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, 1966 (PIDESC), Art. 9; Convención Internacional sobre los Derechos del Niño (CIDN), Art. 26.

² DUDH, Art. 25(1) y (2).

³ PIDESC, Art. 10(1).

son esenciales para garantizar la seguridad de los ingresos, ya que reducen las necesidades de gasto y pueden facilitar la disponibilidad de los padres de familia para ejercer una actividad remunerada con la convicción de que sus hijos gozan de buenos cuidados (véase, por ej., UNICEF y OIT, 2013). Se necesitan medidas para facilitar el acceso a los servicios de salud, educación y atención, junto con medidas para mejorar la disponibilidad y la calidad de los servicios, para garantizar que los niños puedan desarrollar todo su potencial.

Obviamente, es imposible alcanzar la seguridad de los ingresos a favor de la infancia en forma aislada del contexto familiar y del hogar. Por lo tanto, la seguridad de los ingresos a

favor de la infancia refleja la seguridad de los ingresos de sus padres, abuelos y/u otras personas que estén encargadas de su cuidado. Como resultado, la gama de políticas e instrumentos de políticas disponibles para lograr este objetivo es muy amplia, y se extiende mucho más allá de las prestaciones a favor de la infancia y la familia en un sentido estricto: también incluye otros programas de protección social como parte del sistema nacional de seguridad social, así como políticas más amplias que abordan el empleo decente y productivo, los salarios y los ingresos, el acceso a los servicios de salud, la educación y otros servicios sociales, así como la igualdad de género y mecanismos de atención.¹

¹ En este sentido, la Declaración Conjunta sobre la promoción de la protección social que tiene en cuenta las necesidades de los niños (DfID et al., 2009), proporciona directrices importantes para el diseño, implementación y supervisión de regímenes y programas de seguridad social (véase el recuadro 2.2).

Recuadro 2.2 La protección social sensible a las necesidades de los niños

La Declaración conjunta centrada en impulsar la protección social que tiene en cuenta las necesidades de los niños establece que:

Durante el diseño, la implementación y la evaluación de los programas de protección social que tienen en cuenta las necesidades de los niños se deberían observar los siguientes principios:

- Evitar las consecuencias negativas en los niños, y reducir o mitigar los riesgos sociales y económicos que afectan directamente la vida de los menores.
- Cuando se trate de niños en peligro, intervenir lo antes posible para prevenir la discapacidad y los perjuicios irreversibles.
- Tener en cuenta las vulnerabilidades y los riesgos específicos de los niños según su edad y género durante su ciclo vital.
- Mitigar los efectos de los traumas, la exclusión y la pobreza en los núcleos familiares teniendo en cuenta que las familias que crían niños necesitan apoyo para poder disfrutar de oportunidades en un plano de igualdad.
- Tomar medidas extraordinarias para prestar asistencia a los niños especialmente vulnerables o excluidos, incluso los que no reciben atención de sus progenitores y los que son marginados en sus propias familias o comunidades debido a su género, su grado de discapacidad o su origen étnico, o a que viven con el VIH o el SIDA, o debido a otros factores.
- Prestar atención a los mecanismos y las dinámicas intrafamiliares que pueden afectar la manera en que se atienden las necesidades de los niños, y en especial atención a la distribución del poder entre los hombres y las mujeres en el marco de sus familias y comunidades.
- Tener en cuenta las voces y opiniones de los niños, niñas y jóvenes, así como de sus cuidadores, en lo que concierne a la comprensión y el diseño de los sistemas y programas de protección social.

La declaración conjunta (DFID et al., 2009), fue emitida por el Departamento de Desarrollo Internacional, HelpAge Internacional, Hope & Homes for Children, el Instituto de Estudios para el Desarrollo, la OIT, el Instituto de Desarrollo de Ultramar, Save the Children Reino Unido, PNUD, UNICEF y el Banco Mundial.

12

La amplia gama de políticas que son necesarias para lograr la seguridad de los ingresos a favor de la infancia se refleja en la Declaración conjunta sobre la promoción de la protección social que tiene en cuenta las necesidades de los niños, que fue emitida en 2009 por una coalición de agencias, organismos donantes bilaterales y ONG internacionales (véase el recuadro 2.2). La declaración establece directrices importantes para el diseño, implementación y supervisión de los regímenes y programas de seguridad social con el fin de garantizar que se aborde las necesidades de la infancia en una amplia gama de políticas, incluso en los sistemas nacionales de seguridad social y en particular en los pisos nacionales de protección social.

La necesidad de un enfoque amplio de protección social para la realización de los derechos de la infancia también se refleja en el reciente Informe Mundial sobre el Trabajo Infantil (OIT, 2013a; véase el recuadro 2.3), el cual ha puesto de relieve la necesidad de adoptar una visión integral y sistémica, teniendo en cuenta toda la gama de instrumentos de protección social, incluyendo aquellas que garantizan la seguridad de los ingresos para los adultos en edad activa (por ej., la protección ante el desempleo, las prestaciones de maternidad y las prestaciones de discapacidad, etc.) y para las personas de edad (por ej., las pensiones de vejez). La protección social de la salud desempeña un papel clave en la protección de los hogares

contra los riesgos de la pobreza relacionados con la salud, los cuales están estrechamente asociados con la incidencia del trabajo infantil. Por lo tanto, las medidas que tienen en cuenta las necesidades de la infancia destinadas a reducir y prevenir el trabajo infantil, deberían formar parte de un enfoque que se propone no sólo fortalecer los sistemas nacionales de seguridad social sino también garantizar una coordinación eficaz con otros ámbitos políticos afines, incluyendo el empleo, los salarios y las políticas sociales más amplias.

2.2 El gasto en la protección social de la infancia y las familias

El gasto público en prestaciones de protección social dirigidas específicamente a satisfacer las necesidades de la infancia equivale al 0.4 por ciento del PIB total en el mundo, o al 7.4 por ciento del gasto total en protección social (excluyendo los gastos de salud) (véase las figuras 2.1 y 2.2). Estas cifras incluyen las prestaciones destinadas a los niños y a las familias con niños, tales como los programas de transferencias monetarias a favor de la infancia y la familia,² ya sea que se proporcionen en efectivo o en especie, pero excluyen disposiciones relativas a la salud y la educación³ –dos importantes ámbitos de políticas relacionados.

² No se incluye la asistencia social general y otras prestaciones que pueden beneficiar indirectamente a los niños (por ej., las prestaciones de maternidad).

³ Los valores, sin embargo, sí tienen en cuenta algunas disposiciones tendientes a facilitar la participación de los niños en la educación, tales como la entrega de libros de texto, uniformes y comidas escolares, como parte de los programas de protección social.

Recuadro 2.3 Los sistemas de seguridad social y la prevención del trabajo infantil

La protección social es de gran importancia para la prevención y la reducción del trabajo infantil. Las vulnerabilidades económicas asociadas con la pobreza y las crisis son factores importantes generadores de trabajo infantil. Los instrumentos de protección social pueden desempeñar un papel importante en la reducción del trabajo infantil al mitigar estas vulnerabilidades y mejorar la capacidad de resistencia de las familias pobres. Estos vínculos se exploran en detalle en el Informe Mundial sobre Trabajo Infantil (OIT, 2013a).

Los vínculos entre protección social y el trabajo infantil han recibido más atención con la aparición de programas de transferencias monetarias condicionadas que vinculan explícitamente la percepción de prestaciones monetarias a la asistencia escolar o condiciones similares. Se ha encontrado que muchos programas tienen un efecto significativo en la promoción de la matrícula y la asistencia escolares; sin embargo, no está totalmente claro si estos efectos son consecuencia directa de las condiciones sobre el comportamiento, o indirecta del efecto ingreso y un mayor énfasis en los factores del lado de la oferta, al asegurar que las escuelas estén realmente disponibles y accesibles para los niños pobres (OIT, 2013a; Barrientos et al., 2013). De las pocas evaluaciones que han medido sistemáticamente el impacto sobre el trabajo infantil, se puede deducir que, si bien es cierto que las prestaciones monetarias tienden a tener un notable impacto en la asistencia escolar, no pueden reducir el trabajo infantil en la misma medida: muchos niños combinan el estudio y el trabajo. Las reducciones en el trabajo infantil son más evidentes cuando las prestaciones monetarias están integradas a elementos adicionales de los programas, tales como los programas después de la escuela en Brasil,¹ por ejemplo.

La vulnerabilidad económica no es la única causa del trabajo infantil, y la protección social no es por sí misma la respuesta completa a la misma. No obstante, la protección social es un pilar fundamental de una respuesta política más amplia al trabajo infantil. Es poco probable que los esfuerzos contra el trabajo infantil tengan éxito en la ausencia de un piso de protección social para salvaguardar a los hogares vulnerables al permitirles aprovechar las oportunidades para así romper con la transmisión intergeneracional de la pobreza.

Aunque no se ha evaluado sistemáticamente otros elementos de los sistemas de seguridad social con respecto a su impacto sobre el trabajo infantil, se puede suponer que también tienen un efecto positivo en la medida en que reducen la vulnerabilidad de los hogares pobres y abordan los riesgos de pobreza que de otro modo pueden promover el trabajo infantil. Este es, por ejemplo, el caso de la protección social en salud, lo que refleja el hecho de que la mala salud constituye un importante riesgo de pobreza para los hogares vulnerables. Las medidas para reducir la inseguridad de los ingresos de los adultos, incluyendo la protección en caso de desempleo, los regímenes de garantía del empleo, las prestaciones de discapacidad, las prestaciones de maternidad y las pensiones sociales, también contribuyen a mitigar la vulnerabilidad de los hogares pobres, y pueden contribuir a la prevención y la reducción del trabajo infantil.

Dentro de cualquier sistema de seguridad social más amplio, construir un piso nacional de protección social es particularmente pertinente para el abordaje de las vulnerabilidades asociadas con el trabajo infantil. Los pisos de protección social proporcionan un conjunto de garantías básicas en materia de seguridad social, incluyendo un nivel básico de seguridad de los ingresos durante todo el ciclo de vida y acceso a una atención de salud esencial. Dichas garantías básicas, a su vez, son esenciales para hacer frente a las multifacéticas vulnerabilidades económicas y sociales que promueven y sustentan el trabajo infantil. Cuando los niños y sus familias gozan de la seguridad básica de los ingresos y el acceso a una atención de salud esencial y cuentan con los servicios educativos necesarios y otros servicios, el trabajo infantil se puede prevenir con eficacia. En efecto, la evidencia presentada en el presente informe sugiere que un enfoque que vincula las prestaciones monetarias y en especie con el acceso a servicios de educación y salud, puede ser particularmente eficaz en el abordaje del trabajo infantil.

¹ Tales elementos fueron puestos en práctica con éxito en el programa PETI de Brasil, el cual se integró al programa Bolsa Familia en 2006.

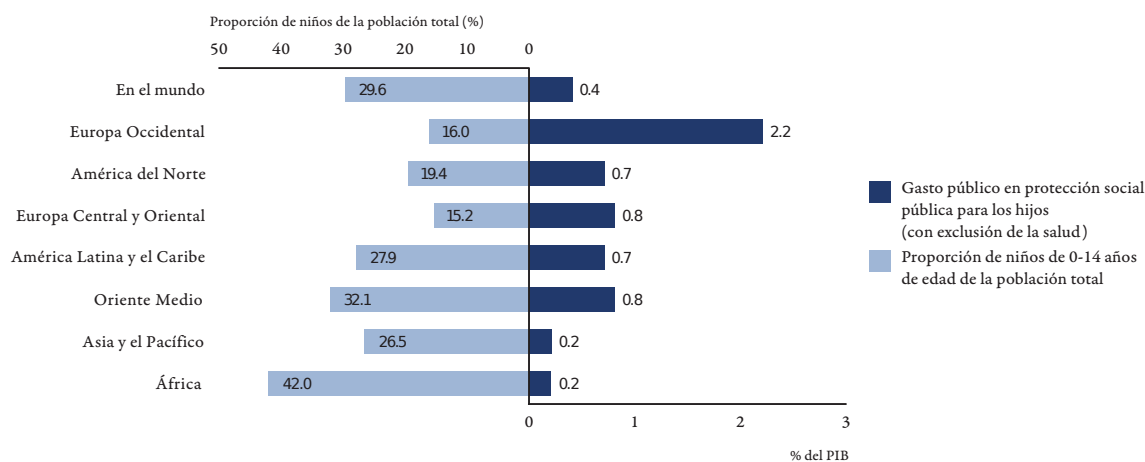
Fuente: Con arreglo a OIT, 2013a.

Existe una amplia variación entre una región y otra. Si bien los países de Europa Occidental gastan en promedio 2.2 por ciento de su PIB en las prestaciones a favor de la infancia y la familia, lo que representa aproximadamente una décima parte de su gasto público en protección social (excluyendo los gastos de salud), en todas las demás regiones, menos del 1 por ciento del PIB se destina a las prestaciones orientadas a la infancia y la familia, a pesar de que en la mayoría de ellas los niños forman una proporción significativamente mayor de la población total que en Europa. Pese a la reciente expansión de los programas de transferencias monetarias, el gasto público en materia de prestaciones orientadas a la infancia en América Latina y el Caribe alcanza sólo el 0.7 por ciento del PIB, o el 6.5 por ciento del gasto público en protección social (excluyendo los gastos de

salud), un nivel similar al que prevalece en América del Norte, el Oriente Medio y Europa Central y Oriental. En Asia y el Pacífico y en África, en promedio se destina el 0.2 por ciento del PIB a las prestaciones a favor de la infancia y la familia. En el caso de África en particular, la baja proporción del gasto público en materia de prestaciones a favor de la infancia y la familia es particularmente sorprendente, teniendo en cuenta la elevada proporción de niños en la población total (los niños de menos de 15 años representan el 42 por ciento de la población de África).

Está claro que el nivel de recursos asignados no es suficiente para responder adecuadamente a las necesidades de la seguridad de los ingresos a favor de la infancia y la familia, incluso si se tiene en cuenta que tales necesidades se abordan también a través de otros medios, incluidos los servicios de salud pública,

Figura 2.1 Gasto público en materia de prestaciones infantiles por región y proporción de niños de 0 a 14 años de edad en la población total, 2010/11 (porcentaje del PIB)



Fuentes: Base de datos del Departamento de Protección Social de la OIT. Para las fuentes detalladas, sírvase consultar el Anexo IV, cuadro B.13.

Enlace: <http://www.social-protection.org/gimi/gess/RessourceDownload.action?ressource.ressourceId=42077>.

educación y atención infantil. La falta de inversión en las necesidades de protección social de los niños es particularmente crítica en países de ingresos bajos, que en promedio asignan menos del 0.1 por ciento de su PIB a las prestaciones a favor de la infancia y la familia. Esto apunta a una falta significativa de inversión en la infancia, lo que probablemente tendrá efectos negativos en la productividad futura de la población activa de estos países y sus perspectivas futuras de desarrollo económico y social.

El nivel general de los recursos destinados a los niños y las familias depende, entre otros factores, de la composición de la matriz de prestaciones y servicios disponibles. Estos van más allá de la protección social en un sentido estricto, y se incluyen sólo parcialmente en las mediciones del gasto en protección social. Mientras que en algunos países las prestaciones monetarias desempeñan un papel importante en el conjunto global de prestaciones y servicios a disposición de las familias, en otros el suministro de prestaciones en especie (por ej., las comidas escolares y otras intervenciones de nutrición, la vivienda asequible, etc.) o el suministro de servicios (por ej., la atención infantil) tienen un papel más dominante y, obviamente, también afecta la seguridad de los ingresos de las familias con niños. El suministro de servicios de calidad en materia de educación pública, atención infantil y salud (véase el Capítulo 5) también tiene implicaciones para garantizar la seguridad de los ingresos para

las familias con niños al reducir su necesidad de destinar los escasos recursos a las cuotas escolares y los costos de salud y otro tipo de atención; ahora bien, tales servicios también sufren de una considerable falta de inversión en algunas regiones del mundo. La disponibilidad de servicios de atención infantil, junto con la presencia de políticas y medidas públicas adoptadas por los empleadores para facilitar la conciliación entre el trabajo y las responsabilidades familiares para los padres de familia, también afectará la seguridad de los ingresos para los niños.

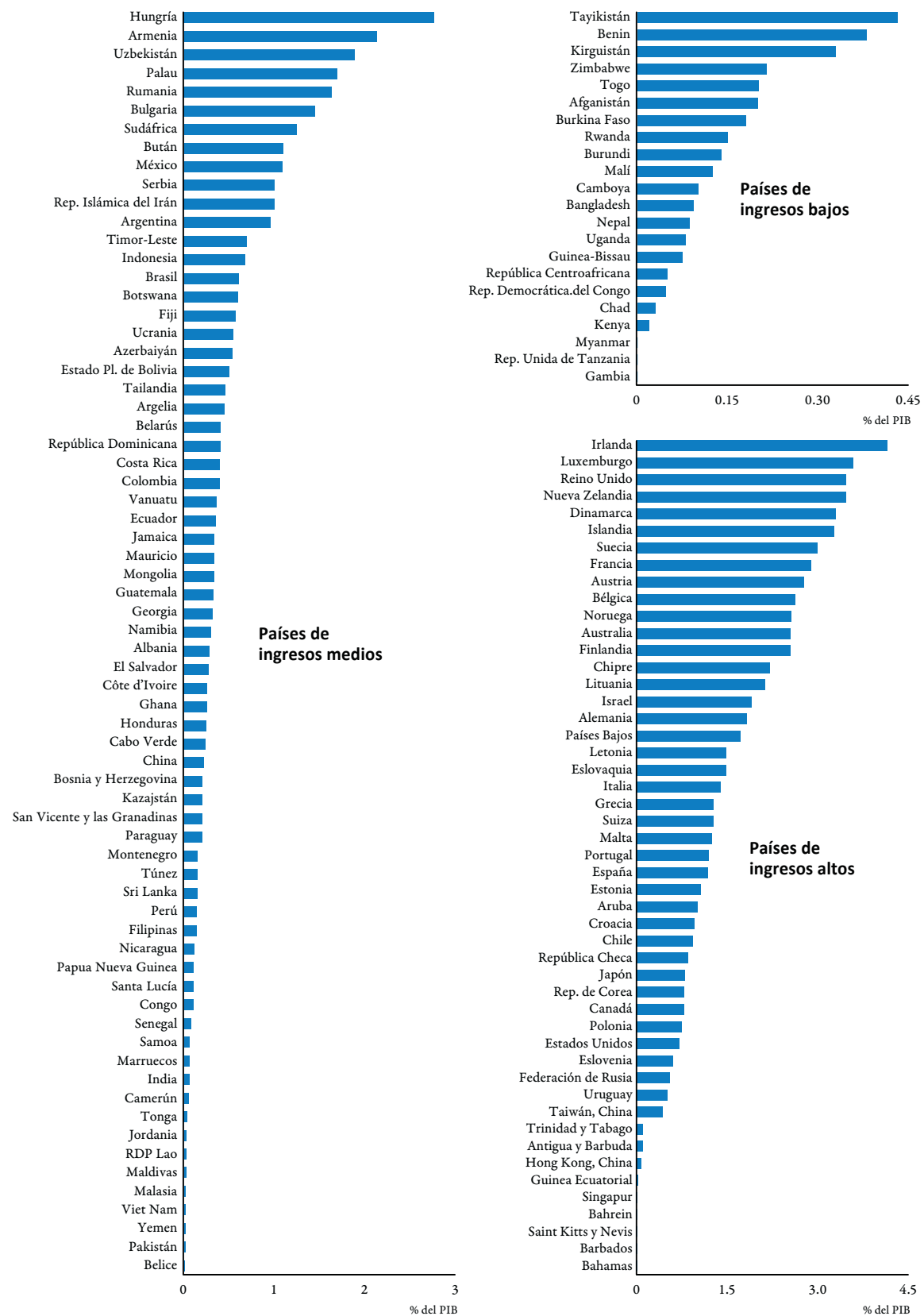
2.3 Alcance de la cobertura legal: Los programas de prestaciones orientados a la infancia y la familia consagrados en la legislación nacional

Teniendo en cuenta la amplia gama de prestaciones de protección social y los servicios necesarios para garantizar el bienestar de los niños y la realización de sus derechos, este capítulo se centra particularmente en las prestaciones orientadas a la infancia y la familia destinadas a mejorar la seguridad de los ingresos, y las considera en relación a las prestaciones de la seguridad social discutidas en otros capítulos del presente Informe.⁴

Las prestaciones a favor de la infancia y la familia incluyen varios tipos de prestaciones de la protección social o

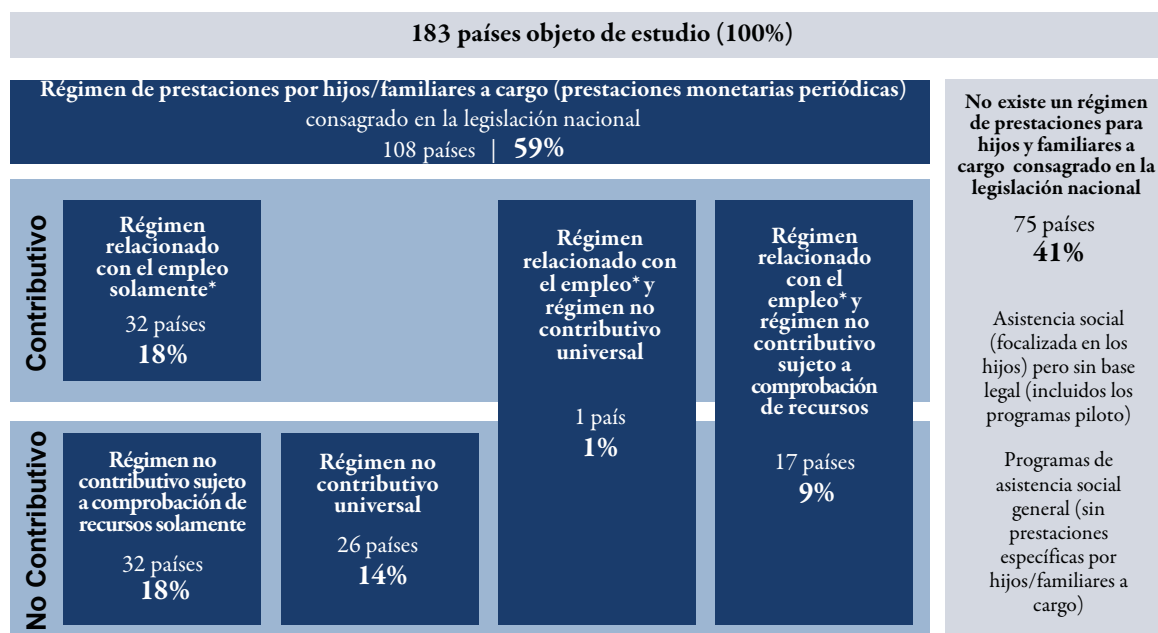
⁴ A este respecto, también es útil tener en cuenta las implicaciones en el mercado de trabajo y el empleo de las prestaciones orientadas a la infancia y a la familia. Estas también pueden influir en los mercados de trabajo y la fijación de salarios. En términos de formulación de políticas, esto puede verse como una función importante por derecho propio. Si los gastos de crianza de los hijos están al menos parcialmente satisfechos mediante prestaciones financiadas colectivamente (con los impuestos generales o las cotizaciones al seguro social), las necesidades diferenciales de los trabajadores con hijos, en comparación con los trabajadores sin hijos, no tendrán que atenderse (exclusivamente) con los salarios. Esto puede verse como la imposición de condiciones más equitativas entre los trabajadores con y sin obligaciones familiares, minimizando así una posible fuente de distorsión en la estructura salarial en general. Este resultado se observa en muchos países de ingresos altos, donde las prestaciones a favor de los niños están disponibles en igualdad de condiciones para todos los niños, por lo general sin la comprobación de los recursos de los beneficiarios.

Figura 2.2 Gasto público de protección social en materia de prestaciones infantiles y familiares (excluyendo salud), 2010/11 (porcentaje del PIB)



Fuentes: Base de datos del Departamento de Protección Social de la OIT. Para las fuentes detalladas, sírvase consultar el Anexo IV, cuadro B.13. Enlace: <http://www.social-protection.org/gimi/gess/RessourceDownload.action?ressource.ressourceId=44437>.

Figura 2.3 Sinopsis de los programas infantiles y familiares de prestaciones monetarias consagrados en la legislación nacional, por tipo de régimen y grupos cubiertos, 2012/13



* Entre los regímenes relacionados con el empleo, se incluye aquellos financiados mediante cotizaciones de los empleadores y de los trabajadores, así como los financiados exclusivamente por los empleadores.

Fuentes: En base a SSA y AISS, 2012; SSA y AISS, 2013a; SSA y AISS, 2013b; SSA y AISS, 2014; Sistema de Información Mutua sobre Protección Social de la Comisión Europea (MISSOC); Consejo de Europa, Sistema de Información Mutua sobre Protección Social del Consejo de Europa (MISSCEO).

Enlace: <http://www.social-protection.org/gimi/gess/RessourceDownload.action?ressource.ressourceId=42497>.

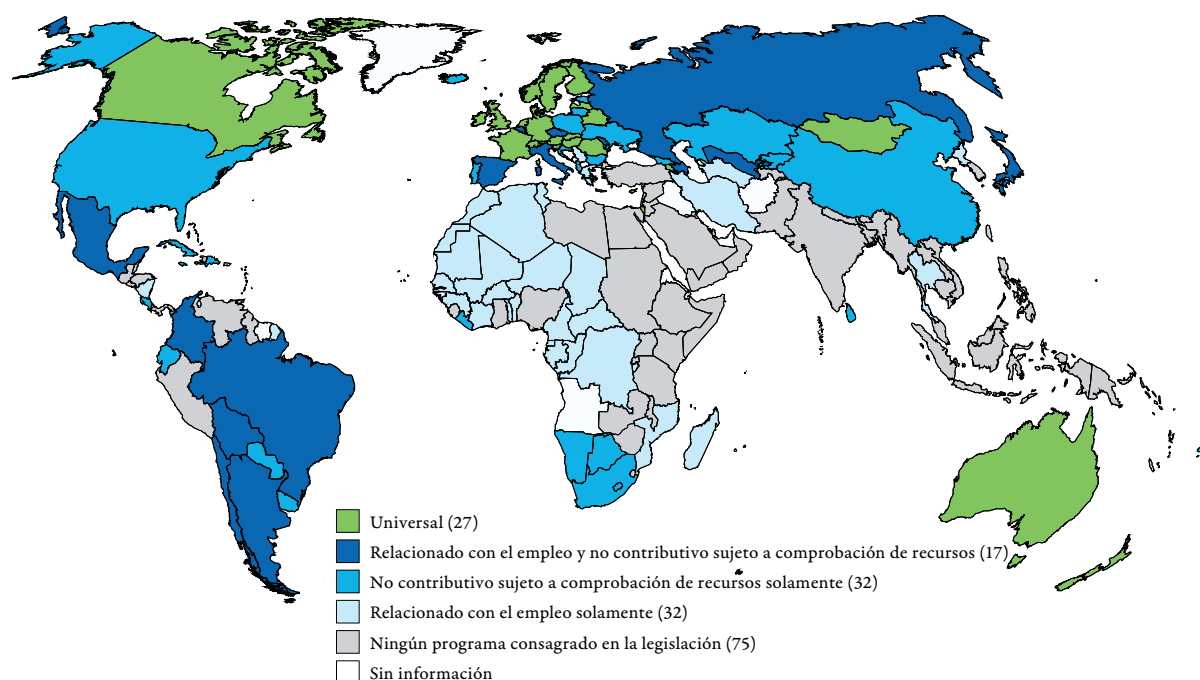
combinaciones de los mismos (véase la figura 2.3). Algunos países ofrecen prestaciones universales orientadas a la infancia que cubren a todos los niños, independientemente de la condición laboral o nivel de ingresos de sus padres, y por lo general se financian con los impuestos generales. Las tasas de las prestaciones generalmente son fijas; sin embargo, se pueden diferenciar por la edad del niño o teniendo en cuenta el número total de niños en la familia. En algunos países, las prestaciones se organizan total o parcialmente mediante el sistema tributario, proporcionándose rebajas de impuestos o un impuesto negativo sobre la renta a las familias con niños.⁵ Las prestaciones laborales a favor de los hijos o la familia, por lo general financiadas mediante cotizaciones y organizadas mediante los regímenes del seguro social, cubren sobre todo a los trabajadores empleados en la economía formal. Las prestaciones a favor de la infancia y la familia sujetas a la verificación de recursos (prestaciones específicas de asistencia social para los hijos y las familias), suelen ir dirigidas a los niños y familias de bajos recursos. Éstas incluyen una

amplia gama de programas de transferencias monetarias a favor de la infancia y la familia introducidos en los últimos años, incluyendo prestaciones condicionadas y no condicionadas.⁶ Estos programas han tenido un impacto importante en la ampliación de la cobertura y en proporcionar al menos un nivel mínimo de seguridad de los ingresos a favor de la infancia y la familia. La figura 2.3, resume los diferentes tipos de programas, y combinaciones de los mismos, a través de los cuales se proporciona las prestaciones monetarias a favor de la infancia y la familia. Se centra en los programas consagrados en la legislación nacional, ya que estos suelen ser más estables en términos de financiación y de los marcos institucionales, garantizan la cobertura como una cuestión de derecho, y proporcionan garantías legales a los individuos y las familias que reúnen los requisitos necesarios. Además de estos programas, en algunos países existen otros programas que aún no están consagrados en la legislación nacional, incluyendo programas piloto o de carácter temporal, a menudo limitados a ciertas regiones o distritos.

⁵ En efecto, el sistema fiscal desempeña un papel importante –si bien a menudo descuidado– en las políticas redistributivas a favor de la infancia y las familias (véase, por ej., Adema, Fron y Ladaique, 2014).

⁶ Algunos de estos programas incluyen prestaciones para categorías de la población distintas de la infancia y por lo tanto, en sentido estricto, se clasificarían como programas generales de asistencia social en lugar de prestaciones para la infancia y la familia. En efecto, algunas tienden a percibirse como centradas exclusivamente en la infancia y la familia, aunque en realidad su cometido es más amplio.

Figura 2.4 Subsidios para los niños y las familias: Distribución de programas consagrados en la legislación, por tipo de programa, 2011–13



Nota: Los valores entre corchetes se refieren al número de países en cada categoría.

Fuentes: SSA y AISS, 2012; SSA y AISS, 2013a; SSA y AISS, 2013b; SSA y AISS, 2014; Sistema de Información Mutua sobre Protección Social de la Comisión Europea (MISSOC); Sistema de Información Mutua sobre Protección Social del Consejo de Europa (MISSCEO).

Enlace: <http://www.social-protection.org/gimi/gess/RessourceDownload.action?ressource.ressourceId=43301>.

En 108 países de los 183 sobre los que se dispone de datos suficientes, se proporcionan prestaciones monetarias a las familias y/o niños con derecho. Ahora bien, muchos de los 75 países restantes, sí cuentan con programas de asistencia social más generales, que podrían proporcionar prestaciones que contribuyan a la seguridad de los ingresos a favor de la infancia y la familia, en ausencia de prestaciones específicas orientadas a la infancia y la familia. Además de dichas prestaciones monetarias, muchos países proporcionan prestaciones en especie de varios tipos, incluyendo el acceso a bienes gratuitos o subvencionados (por ej., las comidas escolares).

La figura 2.4 ilustra la distribución global de los programas de prestaciones orientadas a la infancia y la familia consagrados en la legislación. Algunos países, especialmente en Europa Occidental, proporcionan tales prestaciones a todos los niños con carácter universal, financiadas con los impuestos generales, y complementadas a veces con prestaciones específicas de asistencia social. Otros países, particularmente en África y América Latina, tradicionalmente han proporcionado asignaciones familiares como parte de sus sistemas de seguro social o se basan en un régimen de responsabilidad del empleador en el que se requiere que los empleadores paguen

prestaciones familiares a sus trabajadores. Cuando el suministro de prestaciones orientadas a la infancia está vinculado directa o indirectamente a una relación de empleo, las tasas de cobertura tienden a ser más bajas que las de la prestación universal, especialmente en países con una economía informal de gran tamaño. En algunos de estos países, sin embargo, se utilizan las prestaciones sujetas a la verificación de recursos del beneficiario como complemento de las prestaciones familiares vinculadas con el empleo, con lo que se proporciona un apoyo importante a los trabajadores de la economía informal. En otro grupo de países, estas prestaciones constituyen la forma de prestación dominante, las cuales o bien se enfocan en un grupo relativamente pequeño de niños y familias vulnerables, o bien proporcionan una cobertura mucho más amplia.⁷

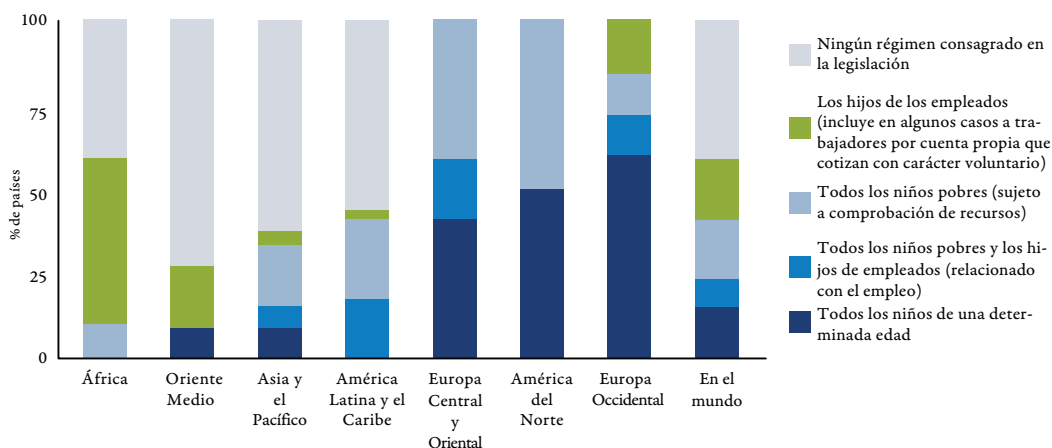
Si bien muchos países de América Latina y el Caribe combinan las prestaciones vinculadas con el empleo con las prestaciones no contributivas consagradas en la legislación –cubriendo así una proporción sustancial de los niños y las familias–, este no es el caso en gran parte de África y de Asia y el Pacífico. Aquí, los programas no contributivos aún no están lo suficientemente bien desarrollados para cubrir un número considerable de niños y sus familias; muchos

⁷ Si bien en la mayoría de estos países las prestaciones para la infancia y la familia están orientadas a los pobres en forma de prestaciones específicas de asistencia social para familias con niños, hay un pequeño grupo de países que utilizan una forma relativamente flexible de comprobación de ingresos o activos para excluir de la concesión de prestaciones a favor de la infancia a los grupos de población de más altos ingresos, pero mantienen la concesión para la amplia mayoría de la población (por ej., Chipre, tras una reciente reforma).

programas permanecen en la fase “piloto,” con una cobertura geográfica limitada. Se necesitan más esfuerzos para consagrar los programas en la legislación con el fin de establecer una definición clara de los criterios de elegibilidad y las prestaciones, además de una base más estable para la implementación de dichos programas, especialmente en lo que respecta a la sostenibilidad financiera y las capacidades institucionales.

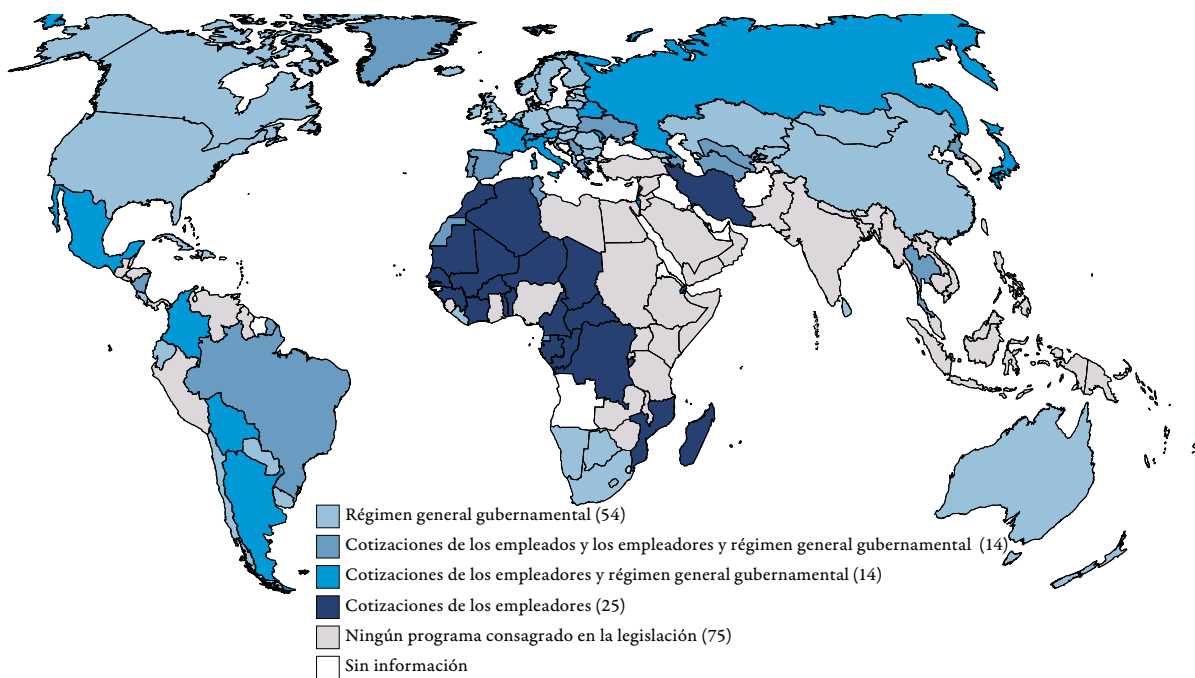
Un aspecto importante de las tendencias observadas en todo el mundo, es el grado en el que los países son capaces de ofrecer cobertura a todos los residentes, o al menos a los más necesitados. La figura 2.5 muestra que el logro de este objetivo está vinculado a diferentes prioridades y tradiciones, y en cierta medida también a las capacidades económicas disponibles en las diferentes regiones del mundo. Si bien, el suministro universal de prestaciones orientadas a

Figura 2.5 Subsidios para los niños y las familias: Existencia de programas consagrados en la legislación y grupos principales amparados, por región, 2011-13 (porcentaje de países)



Fuente: Departamento de Protección Social de la OIT, con arreglo a información de la SSA/AISS, 2012; SSA/AISS, 2013a; SSA/AISS, 2013b; SSA/AISS, 2014. Enlace: <http://www.social-protection.org/gimi/gess/RessourceDownload.action?ressource.ressourceld=37002>.

Figura 2.6 Subsidios para los niños y las familias: Principales fuentes de financiación, 2011-13



Nota: Los valores entre corchetes se refieren al número de países en cada categoría.

Fuente: Base de datos del Departamento de Protección Social de la OIT, con arreglo a la información de la SSA/AISS, 2012; SSA/AISS, 2013a; SSA/AISS, 2013b; SSA/AISS, 2014. Enlace: <http://www.social-protection.org/gimi/gess/RessourceDownload.action?ressource.ressourceld=37004>.

la infancia es prevalente sobre todo en Europa y América del Norte, en otras partes del mundo la cobertura tiende a limitarse a los hijos de los empleados en la economía formal y/o de las familias pobres.

Al igual que en otras áreas de la seguridad social, el nivel de la cobertura legal de las prestaciones monetarias a favor de la infancia y la familia se correlaciona con la modalidad del suministro y la financiación (véase la figura 2.6). Donde las prestaciones orientadas a la infancia se financian principalmente a través de los empleadores, sobre todo en los países donde la informalidad del empleo es prevalente, los niveles de cobertura tienden a ser más bien bajos. Elevados niveles de cobertura por lo general requieren que el gobierno asuma la responsabilidad de la financiación de las prestaciones al complementar la cobertura a través de programas contributivos existentes para aquellos grupos de la población sin cobertura o insuficientemente cubiertos, ya sea a través del otorgamiento de prestaciones no contributivas (por ej., en Argentina o en Francia) o a través de un programa universal no contributivo a gran escala (por ej., en Canadá, Alemania o Mongolia), financiados en ambos casos con los impuestos generales u otros ingresos públicos.

2.4 La reducción de las brechas de cobertura y el fortalecimiento de la seguridad de los ingresos a favor de la infancia y la familia

Cerrar las brechas en la cobertura de las prestaciones orientadas a la infancia y la familia es esencial para garantizar la seguridad de los ingresos a favor de la infancia y familias. Si bien la cobertura universal o casi universal es una realidad en muchos países de la OCDE y en muchos países de ingresos bajos y medios, la introducción de nuevos programas de prestaciones orientadas a la infancia y la familia y la reforma de los existentes han mejorado la cobertura en cierta medida, con todo subsisten grandes brechas.

El avance más destacado es la introducción de programas de transferencias monetarias no contributivas en muchos países de ingresos bajos y medios.⁸ Estos programas suministran prestaciones monetarias regulares a todas las familias, o particularmente a las familias pobres, y han demostrado tener un fuerte impacto en diversas dimensiones del desarrollo humano, ya sea que estén explícitamente vinculados al cumplimiento de condiciones relacionadas con la salud y la educación (programas de transferencias monetarias condicionadas) o no (programas de transferencias monetarias no condicionadas). Los programas de transferencias monetarias condicionadas realizan el pago de prestaciones monetarias sujeto al cumplimiento de condiciones “conductuales” específicas. Por lo general, los programas requieren que las familias garanticen la matrícula y

la asistencia de sus hijos a la escuela y participen en programas de salud específicos, por ejemplo, realizar visitas regulares a una clínica o llevar a sus hijos a que reciban sus vacunas –estipulaciones que imponen exigencias en la disponibilidad, accesibilidad y calidad de dichos servicios. Si los beneficiarios no cumplen con las condiciones especificadas, se puede aplicar sanciones que por lo general comprenden la suspensión o la terminación de las prestaciones. Dado que es probable que los beneficiarios sean pobres o muy pobres, el potencial de las sanciones en sí puede ser controvertido, y las implicaciones para los derechos humanos de las condiciones conductuales de los programas de transferencias de efectivo han sido objeto de intenso debate (véase, por ejemplo, OIT, 2011a, pp. 118-120; de Brauw y Hoddinott, 2008; Dornan y Porter, 2013).⁹

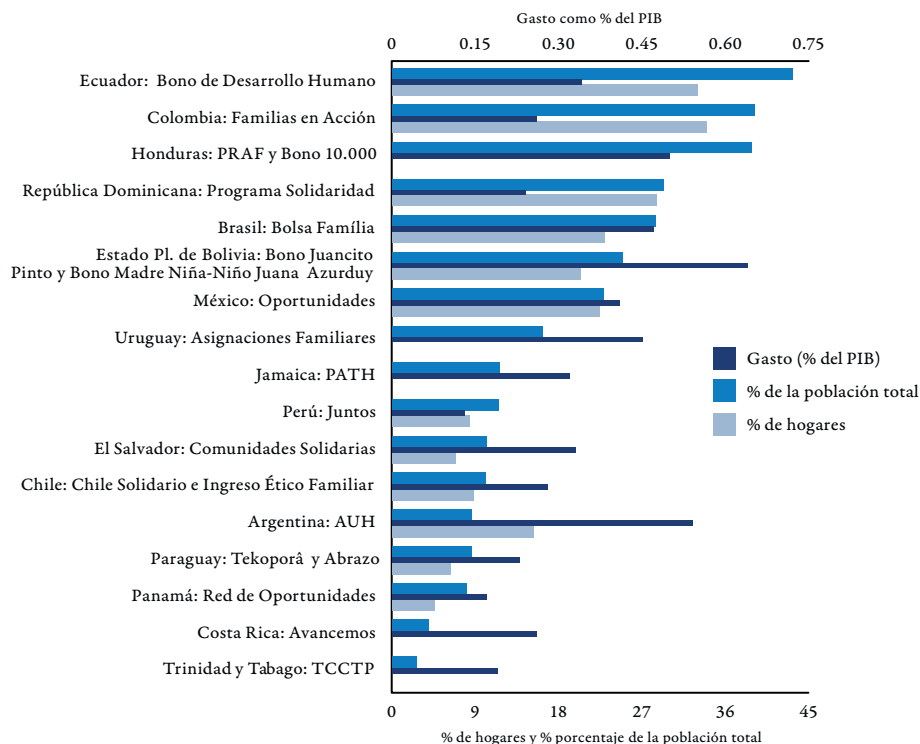
La gran variedad de programas de transferencias monetarias surgida en los últimos años, no puede ser suficientemente descrita mediante la división habitual de los programas en condicionados y no condicionados. Tras el establecimiento del programa Progreso/Oportunidades en México, la primera ola de programas de transferencias condicionadas de efectivo se concentró en América Latina (Fiszbein y Schady, 2009; Barrientos, 2013), donde los programas de transferencias monetarias condicionadas se encuentran actualmente firmemente establecidos como un elemento integral de muchos sistemas nacionales de seguridad social (véase la figura 2.7). Actualmente, el programa más grande en términos absolutos es Bolsa Familia en Brasil, que llega a alrededor de 11.3 mil millones de familias que comprenden 46 millones de personas, lo que corresponde a cerca de una cuarta parte de la población de Brasil –a un costo anual de 3.9 mil millones USD (el 0.4 por ciento del PIB). Programas similares se implementaron en otros 16 países de América Latina y el Caribe, con una cobertura de alrededor de 70 millones de personas o el 12 por ciento de la población de la región (figura 2.7). Algunos programas han desarrollado características distintivas, tales como el apoyo individualizado y el carácter transformacional del programa chileno Chile Solidario (sustituido por el programa Ingreso Ético Familiar en 2012; véase UNICEF, 2012). También existen varios programas de transferencias monetarias a favor de la infancia y la familia en África (por ej., en Ghana, Kenia, Malawi y Sudáfrica) y en Asia (por ej., en Indonesia, Filipinas y Pakistán).

Algunos programas combinan elementos condicionales y no condicionales, tales como la Asignación Universal por Hijo en Argentina (véase el recuadro 2.4). Pese a que en otros países –muchos de ellos en África– el cumplimiento de condiciones conductuales es parte nominal del diseño de los programas de transferencias monetarias, en la práctica no se aplican plenamente ni son objeto de supervisión. Algunos de estos programas se han introducido con

⁸ Debido a su especial hincapié en la infancia, a menudo se considera a los programas de transferencias monetarias como programas de prestaciones para la infancia o las familias, aunque también puede argumentarse que comparten muchas características con los regímenes generales de asistencia social.

⁹ Por otra parte, ya que la responsabilidad del cumplimiento de dichas condiciones recae sobre todo en las madres, tales programas tienen implicaciones de mayor alcance para los derechos sociales y económicos de las mujeres (véase, por ej., Molyneux, 2007).

Figura 2.7 Nivel de gasto y proporción de la población atendida por programas de transferencias monetarias condicionadas no contributivas en países seleccionados de América Latina, al último año con datos disponibles (porcentajes)



Fuentes: CEPAL, base de datos de Programas de Transferencias Condicionales de Efectivo Base de datos de programas de protección social no contributiva en América Latina y el Caribe, <http://dds.cepal.org/bdptc/> [consultado en enero de 2014].

Enlace: <http://www.social-protection.org/gimi/gess/RessourceDownload.action?ressource.ressourceId=39338>.

condiciones “blandas”, bajo las cuales el grado de aplicación de las sanciones en caso de incumplimiento (por lo general, la suspensión o la terminación de las prestaciones) tiene en cuenta la influencia de factores ajenos al control de los beneficiarios, especialmente en relación con los más pobres y los más vulnerables. En algunos casos, las condiciones se aplican, de ser necesario, con discreción considerable, sobre todo en contextos donde hay una importante falta de infraestructura y personal calificado. Cuando las capacidades institucionales son limitadas, adherirse estrictamente al cumplimiento de las condiciones conductuales no sería ni viable ni equitativo, teniendo en cuenta la oferta a menudo insuficiente de los servicios de educación y salud, tanto en términos de cantidad y calidad, especialmente en las zonas remotas.

La extensión de los programas de transferencias monetarias a favor de la infancia y la familia ha continuado durante los últimos años, y en algunos países incluso se ha acelerado, ya sea con el fin de amortiguar el impacto de la crisis mundial sobre la infancia y la familia o con un objetivo más general de reducción de la pobreza. En Haití, un nuevo régimen de transferencias monetarias condicionadas (Ti Manman Cheri), se introdujo en 2012, con un presupuesto anual inicial estimado en 13 millones USD. En Honduras, el programa de transferencias monetarias condicionadas denominado

Bono 10,000, ahora ofrece prestaciones monetarias a las familias pobres con hijos menores de 18 años o mujeres embarazadas siempre y cuando se comprometan a cumplir con obligaciones vinculadas a la asistencia a la escuela y a servicios de salud. En México, se amplió el Programa de Apoyo Alimentario (PAL) en el marco del programa Oportunidades en 2010. En Brasil, se expandió la cobertura del programa Bolsa Família para incluir más categorías de beneficiarios, implementar una estrategia de “búsqueda activa” para registrar a las familias en extrema pobreza aún no cubiertas y aumentar el monto de la prestación que se paga a los beneficiarios. El presupuesto se ha incrementado de BRL 11.9 mil millones en 2009 a BRL 23 mil millones en 2013, lo que constituye aproximadamente el 0.5 por ciento del PIB (Hermeto y Caetano, de próxima publicación). En 2009, Tailandia expandió su política educativa de 12 a 15 años de educación básica gratuita como parte de su primer paquete de estímulo, el cual incluye la asignación de 18 mil millones de Baht para este programa en el primer año con el fin de incorporar a todos los niños, incluidos los niños de las minorías étnicas y apátridas y los hijos de los migrantes al sistema educativo desde el nivel preescolar hasta la escuela secundaria y la formación profesional. Alemania, aumentó el nivel de las prestaciones a favor de la infancia en 2009 y 2010. En 2010, Japón estableció una nueva asignación universal para niños “en edad de asistir a la escuela secundaria media” y en 2012, realizó

Recuadro 2.4 La Asignación Universal por Hijo en Argentina

Argentina cerró una brecha en la cobertura de prestaciones a favor de la infancia a través de la introducción de la Asignación Universal por Hijo para un máximo de cinco hijos por familia en 2009. Dicha prestación complementa las prestaciones existentes, tales como las prestaciones familiares contributivas para los trabajadores del sector formal en los tramos salariales bajos y medianos y las deducciones de impuestos a las ganancias para los trabajadores en el grupo de ingresos más altos.

El régimen da cobertura a los niños de nacionalidad argentina o con residencia legal en el país no inferior a tres años, cuyos padres pertenecen a una de las siguientes categorías y que no perciben ya ningún otro tipo de pagos de asistencia social: los sujetos al monotributo social (régimen simplificado de seguridad social para los trabajadores con ingresos muy bajos); los desempleados; los trabajadores de la economía informal; y los trabajadores domésticos que ganan menos del salario mínimo vital móvil. Además de los 4.3 millones de niños que ya están cubiertos por los otros regímenes (la asignación familiar contributiva y la deducción del impuesto a las ganancias), el régimen ahora proporciona prestaciones a 3.3 millones de niños adicionales, lo que representa el 29 por ciento de todos los niños menores de 18 años.

Las familias perciben 460 pesos (ARS), equivalentes a alrededor de 69 USD, por cada hijo menor de 18 años, o 1,500 ARS (unos 224 USD) por cada hijo con una discapacidad diagnosticada (sin límite de edad). De la prestación total, el 80 por ciento se paga mensualmente a los beneficiarios a través de la institución del seguro social. El 20 por ciento restante se deposita en una cuenta de ahorros a nombre del beneficiario en el Banco Nacional. El beneficiario puede recuperar este monto al presentar evidencia de que sus hijos hasta de seis años bajo su cuidado, han pasado los controles médicos y recibido las vacunas necesarias o que sus hijos de 5-18 años de edad están inscritos en programas de educación pública.

El costo del régimen se estima en aproximadamente el 0.5 por ciento del PIB, financiado con impuestos y cotizaciones vinculadas con los ingresos y el interés anual sobre el Fondo de Garantía de Sustentabilidad del sistema de pensiones estatal, creado en 2007.

Se estima que el régimen alcanza al 70 por ciento de los niños que viven en la pobreza (entre el 80 y el 90 por ciento de los niños muy pobres) y que reduce la proporción de niños pobres y muy pobres en un 18 por ciento y un 65 por ciento, respectivamente. Alrededor del 40 por ciento de los que perciben dicha prestación no son pobres, la mayoría de ellos pertenecientes a hogares con ingresos totales sólo ligeramente por encima del valor del umbral de la pobreza. El índice de Gini muestra una caída de aproximadamente un punto porcentual como resultado del régimen. El impacto combinado de los regímenes contributivos y no contributivos representa una reducción de la desigualdad de aproximadamente un 5 por ciento. Los ingresos totales del 10 por ciento más pobre se han incrementado en aproximadamente un 30 por ciento como consecuencia de la prestación.

Fuentes: Bertranou y Maurizio, 2012a; Bertranou y Maurizio, 2012b; fuentes nacionales.

más cambios a la ley para permitir niveles más altos de prestaciones en función de la edad y el número de los niños en el hogar, a la vez que reintrodujo un límite de ingresos por encima del cual un hogar no tiene derecho a percibir el subsidio.

Si bien la cobertura universal o casi universal para todos los niños se logra predominantemente en los países de ingresos altos, algunos países de ingresos medios han dado grandes pasos hacia la cobertura universal: por ej., en Argentina (véase el recuadro 2.4), la Asignación Universal por Hijo, introducida en 2009, expandió la cobertura a las familias de los desempleados y los trabajadores de la economía informal quienes anteriormente no estaban cubiertos (Bertranou y Maurizio, 2012a). En 2012, Mongolia también reintrodujo su asignación por hijo con una cobertura casi universal que abarca cerca de 900,000 niños (el 99.6 por ciento de todos los niños); el programa se financia con un impuesto sobre los recursos minerales acumulado en el Fondo de Desarrollo Humano del país.

Algunas iniciativas representan un avance notable hacia una cobertura casi universal consagrada en la legislación nacional. El Subsidio de Manutención Infantil de Sudáfrica, por ejemplo (véase el recuadro 2.5), aunque condicionado a la verificación de recursos de los beneficiarios, cubre más de la mitad de todos los niños

menores de 18 años y ha tenido un impacto significativo en la nutrición, el desarrollo físico y la educación de los niños (véase, por ej., Patel et al., 2012; Patel, Hochfeld y Moodley, 2013; DSD, SASSA y UNICEF Sudáfrica, 2012; Eyal y Woolard, 2013). En Colombia, se aprobó una ley en 2011, que reconoce el acceso al programa Más Familias en Acción como un derecho y elevó el nivel de las prestaciones; como resultado, el número de beneficiarios aumentó de 2.1 millones a 2.6 millones (Alviar García, 2013).

En muchos países de ingresos bajos y medios, sólo una pequeña minoría de los niños y las familias perciben prestaciones a favor de la infancia. Cuando existen, los programas de prestaciones a favor de la infancia o la familia tienden a concentrarse en gran medida en los trabajadores de la economía formal y/o en categorías seleccionadas de niños desfavorecidos, tales como los niños huérfanos y vulnerables. Por ejemplo, el programa Kesejahteraan Sosial Anak (PKSA) de Indonesia ofrece prestaciones monetarias condicionadas a varias categorías de niños vulnerables, incluidos los niños abandonados, los niños de la calle, los menores infractores y los niños con discapacidad.¹⁰ Muchos programas de asistencia social general también atienden a los niños de hogares vulnerables, como es el caso del Programa Subsidio de Alimentos en Mozambique,

¹⁰ Debido a los desafíos en la identificación de los niños con derecho a prestaciones, muchos niños vulnerables permanecen fuera del alcance de este programa (OIT, 2012c).

Recuadro 2.5 El Subsidio de Manutención Infantil en Sudáfrica

El Subsidio de Manutención Infantil (CSG) de Sudáfrica desempeña un papel importante en proporcionar seguridad de los ingresos para los niños pobres. Aunque el subsidio exige la comprobación de los recursos económicos de los beneficiarios, el régimen llegó a 10.8 millones de niños en 2012, es decir, más de la mitad de todos los niños menores de 18 años.¹ La cobertura se ha ampliado significativamente, aumentando gradualmente el umbral máximo de edad de los 7 años (antes de 2003) a los 18 años (en 2008) y ajustando el umbral de ingresos a la inflación.

Se proporciona una prestación mensual de 300 rand sudafricanos (ZAR) por hijo, equivalentes a cerca de 28 USD, a cuidadores que son nacionales sudafricanos o residentes permanentes y cuyos ingresos anuales están por debajo de 34,800 ZAR para un adulto solo y 69,600 ZAR para un pareja. Los solicitantes deben presentar prueba de ingresos o de su condición de desempleados, según el caso. Sin embargo, con el fin de facilitar el acceso de las familias con derecho a la prestación, en particular las más pobres, el Gobierno hizo esfuerzos para difundir información sobre los criterios de admisibilidad, simplificar el procedimiento y reducir el número de documentos que los solicitantes debían presentar.

En general, se considera que el subsidio ha tenido éxito en focalizarse en los hogares pobres y que ha tenido un marcado impacto en la vida de los niños. Además de mitigar la pobreza, los estudios también demostraron efectos positivos en el desarrollo del niño en la primera infancia, la asistencia y el rendimiento escolares, incluyendo la reducción de la brecha educativa entre los niños cuyas madres tienen menos educación, mejoras en el estado de salud general y reducciones en los comportamientos de riesgo de los adolescentes. Se constató que la inscripción temprana en el programa produjo el mayor impacto. Más allá de las prestaciones percibidas por los niños, el subsidio también facilitó el acceso al mercado laboral de los cuidadores desempleados, especialmente las mujeres.

¹ La interpretación concluyente de los datos de cobertura disponibles presenta algunas dificultades. Fuentes: Patel et al., 2012; Mokomane, 2012; Hagen-Zanker and Morgan, 2011.

Recuadro 2.6 Concesión de prestaciones a favor de los niños huérfanos y vulnerables: El Programa de Promoción de la Autonomía de Subsistencia contra la Pobreza (LEAP) en Ghana

El Programa de Promoción de la Autonomía de Subsistencia contra la Pobreza (LEAP) es un programa de transferencias monetarias condicionadas, implementado actualmente en alrededor de la mitad de los distritos de Ghana, focalizado en los hogares en extrema pobreza que incluyen uno o más niños huérfanos y vulnerables, personas mayores de 65 años o personas con una discapacidad severa. Los niños huérfanos y vulnerables se definen como aquellos niños menores de 18 años de edad que han perdido a uno o ambos padres, que padecen de una enfermedad crónica o que viven en un hogar encabezado por un niño o una persona que padece de una enfermedad crónica, o son hijos de padres cuyo paradero se ignora.

De los 246,115 beneficiarios, el 48.2 por ciento son niños de hasta 17 años de edad. Dependiendo del número de personas elegibles en el hogar, la prestación mensual asciende a Cedi 24-45 (alrededor de 9-17 USD), pagada cada dos meses. Un estudio reciente de UNICEF (Cooke et al., 2014) mostró que la ampliación del programa LEAP a 500,000 beneficiarios podría aliviar el impacto de la eliminación de los subsidios a los combustibles en los grupos más pobres de la población; no obstante, también será necesario adoptar nuevas medidas para tener un impacto más amplio sobre la reducción y prevención de la pobreza.

Al incorporarse, los hogares beneficiarios con hijos menores de 15 años se comprometen a cumplir ciertas corresponsabilidades establecidas por el programa LEAP. Entre éstas figuran la asistencia a la escuela (con un acentuamiento máximo del 20 por ciento), cumplir con el plan de vacunación y realizar controles médicos para los niños menores de cinco años. Los hogares de las comunidades que no están cubiertas por los servicios de educación o donde la capacidad de las instalaciones existentes es insuficiente, están exentos de cumplir estas condiciones. La vigilancia del cumplimiento debe tener lugar cada tres meses, y las familias que no cumplen deben recibir advertencias, visitas domiciliarias y, en el caso de incumplimiento repetido, sanciones; pero por el momento estas son condiciones flexibles, ya que actualmente no existe ningún mecanismo fiable para vigilar el cumplimiento.

Con el fin de asegurar de que tengan acceso a los servicios de salud, los beneficiarios de LEAP se registran automáticamente en el Régimen Nacional del Seguro de Salud (NHIS). Como resultado, los beneficiarios son más propensos a estar cubiertos por el NHIS que los hogares no receptores, aunque aquellos también se benefician de exenciones del pago de cotizaciones los beneficiarios con hijos a cargo, las mujeres embarazadas, las personas mayores y los muy pobres (Handa et al., 2013).

Fuente: Con arreglo a fuentes nacionales.

que es un programa de transferencias monetarias cuya asignación presupuestaria total se ha más que duplicado del 0.16 al 0.35 por ciento del PIB entre 2008 y 2013 (Cunha et al., 2013). Muchos de los nuevos programas que se implementan en los países africanos, aunque a menudo de gran tamaño, funcionan como programas piloto que cubren sólo a ciertos distritos, tales

como el programa LEAP en Ghana (véase el recuadro 2.6) y regímenes similares en Kenia y Malawi (García y Moore, 2012; Monchuk, 2014).

Los acontecimientos recientes también han demostrado que las transferencias monetarias por sí solas no pueden garantizar la seguridad de ingresos para todos los niños y las

familias. Se necesita prestar más atención a la formulación y aplicación de enfoques integrados que garanticen la coordinación efectiva entre los diferentes ámbitos políticos que abordan las necesidades de la infancia, incluyendo la salud, la educación, la atención y la protección de la infancia. Además, la articulación con las políticas de empleo es de importancia decisiva. Una preocupación particular de las políticas es establecer la combinación óptima de asignaciones monetarias, por un lado, y la disponibilidad y accesibilidad de servicios de calidad en materia de la atención y la educación de la primera infancia, por el otro. Estas últimas desempeñan un papel clave en la protección de la infancia contra la pobreza al permitir a sus padres a trabajar teniendo la convicción de que sus hijos gozan de buenos cuidados (véase, por ej., OCDE, 2011a; UNICEF y OIT, 2013; OIT y PNUD, 2009; UNESCO, 2014). Tales medidas pueden tener un impacto significativo en la seguridad de los ingresos de las familias con niños, en particular las monoparentales.

En muchos países europeos y algunos otros países de la OCDE, se puede encontrar pruebas concluyentes del impacto de las políticas de protección social, combinadas con otras políticas sociales, sobre la seguridad de los ingresos a favor de la infancia. La OCDE ha desarrollado un sistema de supervisión sofisticado que utiliza un conjunto de indicadores basados en estudios de investigación para analizar la disponibilidad de las prestaciones a favor de la infancia y la familia y

otras políticas orientadas a la familia y sus resultados (OCDE, 2009c; OCDE, 2011a; OCDE, 2014b). Tal sistema de supervisión también puede facilitar el seguimiento de la implementación nacional de la Recomendación núm. 202 de la OIT. El fortalecimiento de tales capacidades nacionales de supervisión debe ser una prioridad en muchos países de ingresos bajos y medios.

2.5 Cómo las medidas de consolidación y de ajuste fiscal amenazan la seguridad de los ingresos para los niños y las familias

Si bien muchos países han tomado medidas decisivas en los últimos años para ampliar la cobertura de las medidas de protección de la infancia y la familia y aumentar los niveles de las prestaciones, otros han recortado el suministro en esta área como parte de las medidas de consolidación fiscal implementadas a raíz de la crisis mundial (véase el recuadro 2.7). Algunos países (por ej., Dinamarca, Irlanda e Israel), han reducido el nivel de prestaciones orientadas a la infancia para todos los niños, o para los niños de las familias más numerosas; otros (por ej., Dinamarca y Letonia), han introducido un límite efectivo máximo a la cuantía total de prestaciones infantiles o han disminuido la edad máxima hasta la cual los niños tienen derecho a percibir dichas prestaciones (por ej., Irlanda y Letonia).

Recuadro 2.7 Los efectos de las medidas de consolidación y ajuste fiscal sobre las prestaciones infantiles y familiares

- En los últimos años, varios países, en particular en el mundo desarrollado, han adoptado medidas de contracción que han afectado las prestaciones orientadas a la infancia y a la familia, algunas en las primeras etapas de la crisis (por ej., en Irlanda, Estonia) y aún más a partir de 2010. Ejemplos de tales medidas son los siguientes:
- En Dinamarca, las prestaciones a favor de la infancia se fueron reduciendo sucesivamente en el 5 por ciento cada año en 2011, 2012 y 2013, y se fijó un tope sobre las prestaciones totales a favor de la infancia en 35,000 Coronas por año.
- En el presupuesto de 2013 de Irlanda, el nivel de pago de las prestaciones a favor de la infancia se redujo por tercera vez desde 2010, entre otras medidas. En general, una familia con dos hijos habrá perdido €864 en apoyo anual desde 2010. En los presupuestos de 2012 y 2013, también se recortó los subsidios de reincorporación escolar.
- Israel anunció la reducción de las asignaciones por hijos para los niños nacidos después del 1 de junio de 2003, a una cantidad fija de 140 Shekels (ILS), alrededor de 39 USD, por cada niño, en sustitución del sistema anterior en el que las tasas de la prestación incrementaban según el número de hijos. Con los recortes en las asignaciones por hijos, el Gobierno esperaba un ahorro de 2.9 millones ILS en 2014.
- En Letonia, se redujo las prestaciones familiares a una cantidad fija por cada hijo, en sustitución de la concesión de mayores tasas por los hijos nacidos posteriormente en un hogar, lo que redujo efectivamente el monto total de las prestaciones a favor de la infancia para las familias más numerosas. Además, la edad máxima que otorga el derecho se redujo de 20 a 19 años para los hijos escolarizados.
- En Mongolia, el Programa de Asignación por Hijo concluyó a finales de 2009. Sin embargo, en 2012 se reintrodujo como un programa universal.
- El presupuesto de 2012 del Reino Unido, introdujo un cargo progresivo al impuesto sobre la renta como prestación infantil con el fin de compensar el valor de la prestación para las personas que ganan más de £60,000. Las personas que ganan entre £50,000 y £60,000 deberán pagar una parte del monto de la prestación. La tasa se aplica al cónyuge de mayores ingresos en los hogares que perciben la prestación. Se espera que los cambios en las normas reduzcan el monto de la prestación por hijos para alrededor de 1.2 millones de familias.

Fuentes: Jackson et al., 2011; Gauthier, 2010; fuentes nacionales.

Algunos países excluyeron efectivamente a las familias de mayores recursos mediante la introducción de una verificación de ingresos y bienes (por ej., Chipre) o una imposición para quienes ganan por encima de cierto umbral que supone un reembolso del subsidio infantil (Reino Unido), restringiendo así el alcance universal de tales prestaciones.

A menos que se adopte otras medidas compensatorias, tales acontecimientos podrían suponer una amenaza para la seguridad de los ingresos de las familias con niños, en particular las familias más numerosas, muchas de las cuales ya se encuentran en mayor riesgo de pobreza que otras. Existe el riesgo de que en algunos países estas medidas puedan poner en peligro los avances logrados en la reducción de la pobreza infantil en los últimos años.

En efecto, la pobreza infantil ha aumentado en 19 de los 28 estados miembros de la Unión Europea entre 2007 y 2012;

para este último año, más de una cuarta parte de los niños en Bulgaria, Grecia, Italia, Rumania y España vivían en riesgo de pobreza.¹¹ Este aumento de la pobreza infantil ha dado lugar a una preocupación por los efectos negativos a largo plazo en las futuras perspectivas de empleo de los niños de hoy, y por el futuro de la productividad y la competitividad de las economías europeas (Comisión Europea, 2014a).

La creciente presión en los presupuestos públicos en muchas economías emergentes podría ralentizar aún más el progreso de la seguridad de los ingresos orientada a la infancia y la familia, o incluso revertir los avances alcanzados en la materia. Por tanto, es esencial garantizar que las medidas de consolidación fiscal no comprometan los logros alcanzados hasta la fecha en muchos países mediante el uso de un rango amplio e integral de políticas de protección social a favor de la infancia.

¹¹ Compilado de la base de datos de Eurostat (umbral de riesgo de pobreza del 60 por ciento de la mediana del ingreso equivalente; niños menores de 18 años).

La protección social para las mujeres y los hombres en edad activa

3

3.1 Introducción: La búsqueda de la seguridad de los ingresos

La protección social para las mujeres y hombres en edad activa¹ incluye una serie de aspectos. El presente capítulo se centrará particularmente en la seguridad de los ingresos, que es un componente esencial del bienestar de los individuos y las familias. Una amplia mayoría de las personas en edad de trabajar se encuentra económicamente activa y generalmente gana su sustento mediante actividades generadoras de ingresos, ya sea con un empleo formal o informal y que dicha actividad pueda categorizarse como trabajo decente² o no. Las necesidades de seguridad social de las personas en edad de trabajar generalmente se dividen en tres grandes categorías: primero, la necesidad de compensar el ingreso perdido

¹ La edad activa se define aquí en un sentido amplio como el rango de edad en el que la mayoría de las personas está, o pretende estar, económicamente activa, lo que refleja el enfoque basado en el ciclo de vida de la Recomendación sobre los pisos de protección social, 2012 (núm. 202), y en el entendido de que en muchos contextos las mujeres y los hombres siguen estando económicamente activos, por elección o por necesidad, hasta bien entrada la vejez (véase el Capítulo 4). Los límites superior e inferior de la “edad activa” son altamente dependientes de los contextos nacionales, según lo definido por la legislación y la práctica nacionales, y a menudo dependen de la cantidad de tiempo que la gente dedica a la educación y de la edad legal de la jubilación. A los efectos de la comparabilidad de los indicadores estadísticos, el presente informe sigue la práctica internacional establecida en el uso de un rango de edad de 15–64 años, pero esto no quiere decir que todos los individuos dentro de este rango de edad pueden o deben ajustarse a una noción específica de “trabajo” o “actividad.”

² El trabajo decente ha sido definido por la OIT y adoptado por la comunidad internacional como el trabajo productivo para mujeres y hombres en condiciones de libertad, equidad, seguridad y dignidad humana. El trabajo decente consiste en oportunidades de trabajo productivo que aportan una remuneración justa; proporciona seguridad en el trabajo y protección social para los trabajadores y sus familias; ofrece mejores perspectivas de desarrollo personal y fomenta la integración social; brinda a las personas la libertad de expresar sus preocupaciones, organizarse y participar en las decisiones que afectan sus vidas; y garantiza la igualdad de oportunidades y de trato para todos.

IDEAS FUNDAMENTALES

- La protección social apoya a las mujeres y los hombres en edad activa, estabilizando sus ingresos en caso de desempleo, accidentes del trabajo y enfermedades profesionales, discapacidad, enfermedad y maternidad, y garantizando que tengan al menos un nivel básico de seguridad económica.
- Mientras que el mercado de trabajo actúa como fuente primordial de seguridad de los ingresos durante la vida laboral, la seguridad social desempeña un papel fundamental en el ajuste de los ingresos y de la demanda agregada, con lo cual se facilita el cambio estructural dentro de las economías.
- A escala mundial, el 2.3 por ciento del PIB se asigna al gasto público en protección social para garantizar la seguridad de los ingresos durante la edad activa; en el ámbito regional, los niveles varían ampliamente, del 0.5 por ciento en África al 5.9 por ciento en Europa Occidental.
- Una mejor protección social, incluyendo el apoyo para hacer frente a las consecuencias financieras de los acontecimientos de la vida y un mejor acceso a los servicios de salud, ayudará a los trabajadores a encontrar y mantener un trabajo decente y productivo.
- La coherencia política entre las políticas de protección social, por un lado, y las políticas de empleo, del mercado de trabajo y salariales, por el otro, es esencial para garantizar la eficiencia, eficacia y sostenibilidad de los sistemas de seguridad social.

temporal o permanentemente como resultado del desempleo, los accidentes del trabajo y las enfermedades profesionales, la discapacidad, la enfermedad o la maternidad; segundo, la necesidad de apoyo a los ingresos u otras medidas de protección social cuando el ingreso es insuficiente para evitar la pobreza y/o la exclusión social; y tercero, la necesidad de un apoyo para recuperar la capacidad de generar ingresos tras cualquiera de las contingencias mencionadas anteriormente y facilitar la ocupación.

De acuerdo con la Recomendación sobre los pisos de protección social, 2012 (núm. 202), el objetivo de los pisos nacionales de protección social es garantizar, como mínimo, una “seguridad básica de los ingresos, por lo menos equivalente a un nivel mínimo definido en el plano nacional, para las personas en edad activa que se vean imposibilitadas de obtener ingresos suficientes, en particular en caso de enfermedad, desempleo, maternidad e invalidez.” Otras normas sobre seguridad social de la OIT proporcionan una orientación más detallada para ámbitos de políticas específicos. Las siguientes secciones del presente capítulo se centrarán en cuatro ámbitos de políticas más relevantes para las personas en edad activa; a saber, la protección en caso de desempleo (sección 3.2), la protección cuando ocurren accidentes del trabajo y enfermedades profesionales (sección 3.3), las prestaciones de discapacidad (sección 3.4) y la protección de la maternidad (sección 3.5). El acceso a las prestaciones de atención de salud y de enfermedad, que también tienen implicaciones importantes para la seguridad de los ingresos en la edad activa, se discute en el Capítulo 5.

La mayoría de las personas buscan la seguridad de los ingresos durante la vida laboral, en primera instancia mediante su participación en el mercado de trabajo. La seguridad de los ingresos depende en gran medida del nivel, la distribución y la estabilidad de los salarios y otros ingresos del trabajo, y por lo tanto se ve influenciada significativamente por las decisiones en materia de políticas y la adopción y aplicación de la legislación en una serie de ámbitos. Los ámbitos políticos que son particularmente pertinentes para la seguridad de los ingresos incluyen el empleo, la protección del empleo, los salarios (incluyendo los salarios mínimos) y la negociación colectiva, y las políticas activas del mercado de trabajo, así como las políticas de apoyo a los trabajadores con familia y responsabilidades de cuidados y la promoción de la igualdad de género en el empleo y la ocupación. Las tendencias recientes del mercado laboral y del empleo han aumentado la presión sobre los sistemas de seguridad social para garantizar la seguridad de los ingresos de las personas en edad activa. Tales tendencias incluyen, en particular, un mayor riesgo de desempleo, el subempleo y la informalidad (véase, por ej., OIT, 2014a; OIT, 2014b); la creciente prevalencia de las formas precarias de trabajo; y la disminución de la parte de los salarios, la disminución de los salarios reales y la insuficiencia de los salarios (véase, por ej., OIT, 2013b; OIT, 2014c), lo que lleva a la persistencia de una alta proporción de trabajadores pobres (OIT, 2014a).

A la luz de estas observaciones, queda muy claro que la seguridad de los ingresos no se puede alcanzar mediante la seguridad social por sí sola. Las políticas de protección social deben coordinarse con políticas bien diseñadas para hacer frente a estos desafíos en el campo del

empleo, el mercado de trabajo y las políticas salariales, con miras a aliviar la carga excesiva en los sistemas nacionales de seguridad social y que les permita funcionar de manera más eficiente y más eficaz.

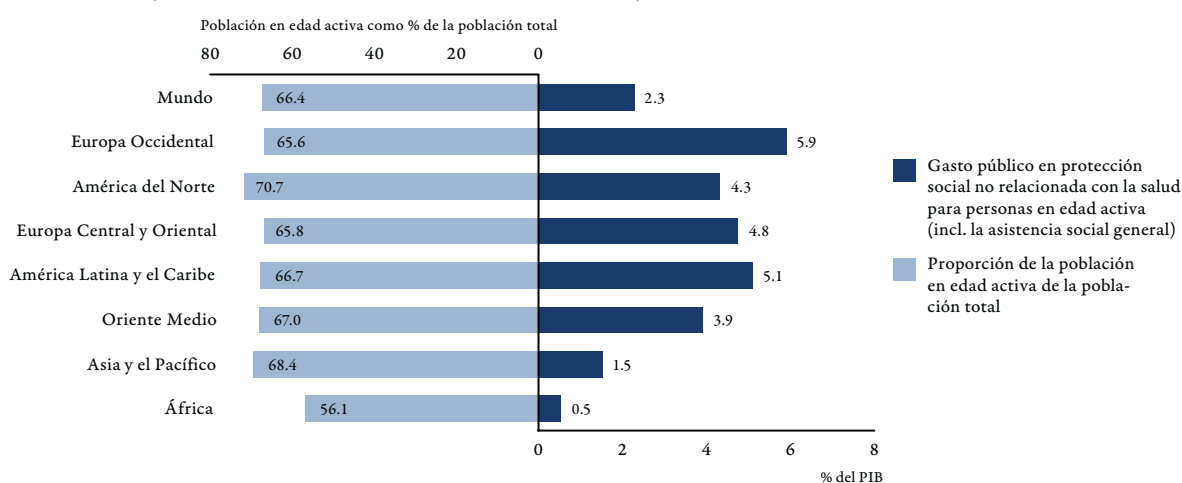
La mayoría de los regímenes de seguridad social contributivos relacionados con el empleo, cubren a aquellas personas (y las personas a su cargo) que han estado económicamente activas en el pasado, pero que han perdido sus ingresos del trabajo ya sea de forma permanente o temporal, debido a la pérdida de su trabajo actual (prestaciones de desempleo), la enfermedad, la discapacidad de larga duración o la muerte a raíz de un accidente del trabajo o de una enfermedad profesional (prestaciones de accidentes del trabajo y enfermedades profesionales), circunstancias que no están directamente relacionadas con el trabajo (prestaciones de enfermedad en general, discapacidad y de sobrevivientes) o el embarazo, el parto y las responsabilidades familiares (prestaciones de maternidad o paternidad o prestaciones parentales, infantiles o familiares).

Sin embargo, estos tipos de regímenes a menudo no cubren las situaciones y necesidades de las personas (y las personas a su cargo) que se encuentran económicamente activas, pero no en la economía formal, cuyos ingresos procedentes del empleo son demasiado bajos como para evitar que ellos y sus familias caigan en la pobreza, o que simplemente no cuentan con ningún ingreso en absoluto, tras haber estado desempleadas o subempleadas durante demasiado tiempo como para tener derecho a las prestaciones, sin perspectivas de que una situación de este tipo llegue a su fin, incluso en el largo plazo. Estos tres grupos –aquellos que están en la economía informal, los trabajadores pobres de la economía formal y los desempleados de larga duración– por lo general se quedan fuera del alcance de los programas de seguridad social contributivos.

Las personas que integran dichos grupos pueden ser cubiertas por programas no contributivos que proporcionan prestaciones monetarias y en especie, tales como los regímenes de asistencia social o universales. En los países donde una gran mayoría de la población económicamente activa está cubierta por regímenes de seguro social contributivos, los regímenes no contributivos están destinados con mayor frecuencia a aquellos que no están cubiertos por el seguro social; a saber, los desempleados de larga duración y los trabajadores pobres. En las economías donde prevalecen la informalidad y la pobreza a gran escala, por muchas décadas los programas de asistencia social, de existir en absoluto, eran por lo general pequeños y fragmentados. Sin embargo, en muchos de estos países las dos últimas décadas se caracterizaron por el desarrollo de programas no contributivos a gran escala dirigidos principalmente a los hogares pobres. Estos a veces vinculan los derechos a las prestaciones con la participación de los beneficiarios en programas de servicios públicos tales como programas de salud o educación (a menudo denominados transferencias monetarias condicionadas o TCE), o con la participación en programas de empleo público (los que se suele denominar programas de “dinero por trabajo”), formación profesional o programas de apoyo a la iniciativa empresarial.

Si bien el presente capítulo se centrará principalmente en las prestaciones monetarias, es importante tener en cuenta que las prestaciones

Figura 3.1 Gasto público en protección social no relacionado con la salud para las personas en edad activa, y proporción de personas en edad activa (de 15 a 64 años) en la población total, 2010/11



Fuente: Base de datos de la OIT/ESS, véase el Anexo IV, Cuadro B.13.

Enlace: <http://www.social-protection.org/gimi/gess/RessourceDownload.action?ressource.ressourceId=42397>.

en especie, en particular, la atención de salud y otros servicios sociales, desempeñan un papel importante en garantizar la seguridad de los ingresos para las personas en edad activa. El papel de la prestación de la atención de salud (véase el capítulo 5 para más detalles) es particularmente importante a este respecto: las personas que gozan del acceso efectivo a servicios de salud pública de calidad o están protegidos financieramente a través de un seguro médico asequible (social) tendrán una mayor seguridad de ingresos que quienes están en riesgo de tener que pagar directamente elevados costos por la atención de salud en tiempos difíciles. El suministro de otros servicios sociales y prestaciones relacionadas en especie que tienen un valor monetario, incluidos los servicios educativos y de salud, también puede reducir significativamente las necesidades de ingresos de las personas. La prestación de servicios tales como los servicios de empleo, programas de desarrollo de competencias, servicios de guardería y servicios de cuidados de larga duración, también puede tener un impacto en la capacidad de las personas para ejercer una actividad remunerada, con implicaciones importantes para la seguridad de los ingresos, en particular para las mujeres (véase, por ej., Martínez Franzoni y Sanchéz-Ancochea, 2014).

A nivel mundial, alrededor de un tercio del total del gasto público en protección social no relacionado con la salud, que asciende al 2.3 por ciento del PIB, se dedica a prestaciones para las personas en edad activa (véase las figuras 3.1 y 3.2).³ Estas incluyen prestaciones de desempleo, prestaciones de accidentes del trabajo y enfermedades profesionales, prestaciones de discapacidad, prestaciones de maternidad y asistencia social general. Dentro de esta cifra global, las variaciones regionales son significativas, oscilando desde menos desde el 0.5 por ciento en África y el 1.5 por ciento en Asia y el Pacífico, hasta el 5.9

por ciento en los países de Europa Occidental. Mientras que el gasto público en protección social no relacionado con la salud para las personas en edad activa, representa cerca de un tercio del gasto en protección social general no relacionado con la salud en Europa Occidental, en América Latina y en el Oriente Medio, éste representa aproximadamente la mitad de esta categoría del gasto. En África, este tipo de gasto representa alrededor de una cuarta parte del gasto en protección social no relacionado con la salud, una proporción menor que se explica parcialmente por la menor proporción de población en edad activa respecto de la población total y una proporción relativamente alta del gasto total en protección social no relacionado con la salud que se dedica a las pensiones.

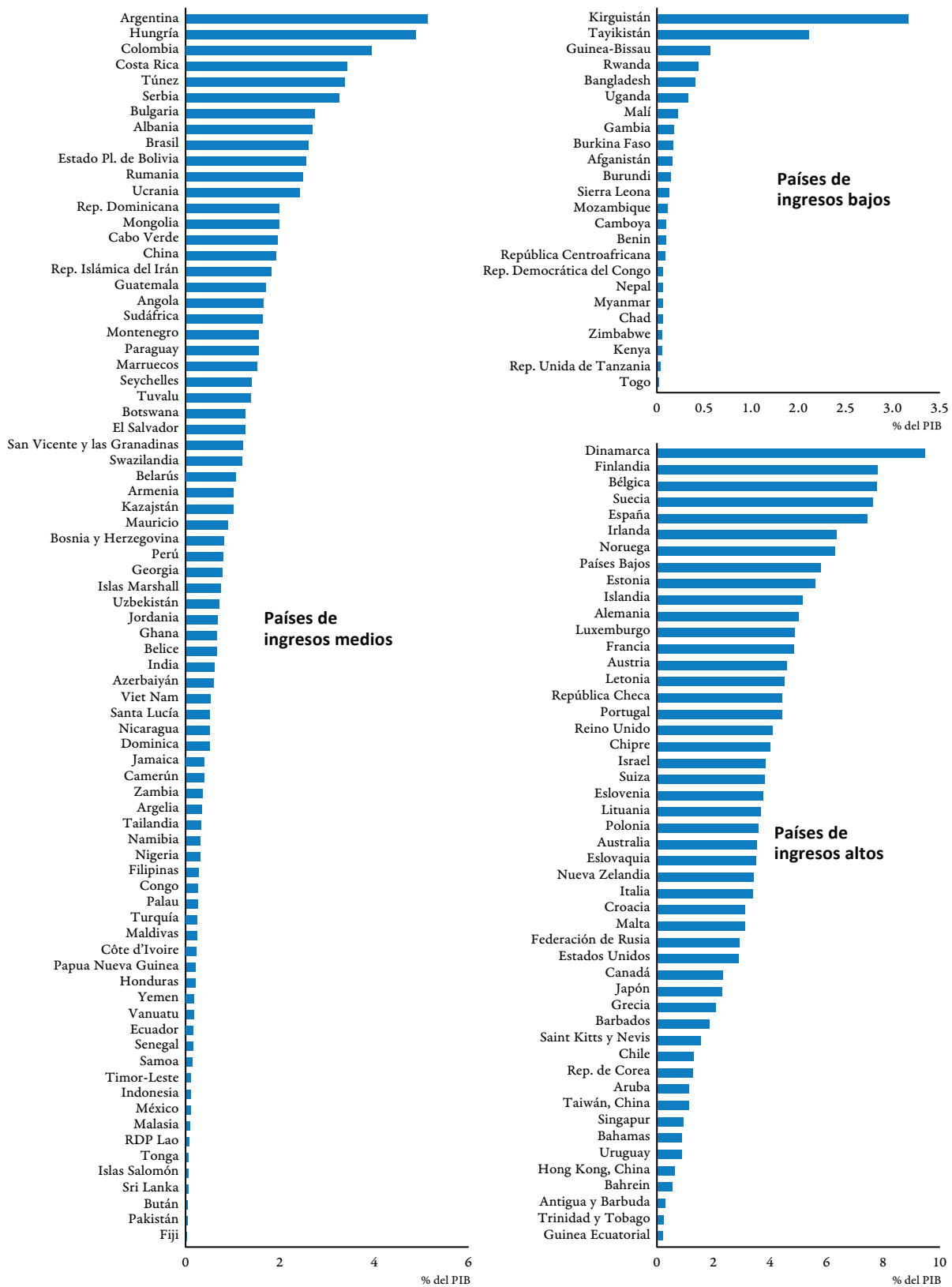
El resto del presente capítulo está dividido en cuatro secciones, en las que se aborda respectivamente las áreas de seguridad social que son más relevantes para las personas en edad activa; a saber:

- prestaciones de desempleo;
- prestaciones de accidentes del trabajo y enfermedades profesionales;
- prestaciones de discapacidad;
- protección de la maternidad.

Muchos países ya tienen en marcha o se encuentran diseñando regímenes de mayor alcance y menos focalizados en la incidencia de contingencias específicas. En muchos casos, los sistemas nacionales de seguridad social combinan regímenes contributivos con regímenes no contributivos a fin de extender la protección social a quienes tienen poca o ninguna capacidad contributiva. En conjunto, estos regímenes contribuyen a la construcción de pisos nacionales de protección social y sistemas nacionales de seguridad social.

³ También incluye los gastos en programas de asistencia social general, lo que representa el 0.8 por ciento del PIB mundial (el 2.7 por ciento en América Latina).

Figura 3.2 Gasto público en protección social no relacionado con la salud para las personas en edad activa, por ingresos nacionales, (como porcentaje del PIB), 2010/11



Fuente: Véase el Anexo IV, Cuadro B.13.

Enlace: <http://www.social-protection.org/gimi/gess/RessourceDownload.action?ressource.ressourceld=44418>.

3.2 La protección en caso de desempleo

IDEAS FUNDAMENTALES

- Cuando existen, los regímenes de prestaciones de desempleo desempeñan un papel clave en el suministro de seguridad de los ingresos a los trabajadores y sus familias en caso de desempleo temporal, contribuyendo de este modo a prevenir la pobreza, sobrellevar los cambios estructurales en la economía, establecer salvaguardias contra la informalización, y, en caso de crisis, estabilizar la demanda agregada y contribuir a que la economía se recupere con mayor celeridad.
- Sólo el 28 por ciento de la población activa a escala mundial tiene derecho potencialmente a las prestaciones (contributivas o no contributivas) en caso de desempleo en virtud de la legislación vigente. Dentro de esta cifra general, las diferencias regionales son considerables: el 80 por ciento de la población activa está cubierta de esta forma en Europa, el 38 por ciento en América Latina, el 21 por ciento en el Oriente Medio, el 17 por ciento en la región de Asia y el Pacífico, y el 8 por ciento en África.
- Sólo el 12 por ciento de los trabajadores desempleados en el mundo perciben realmente prestaciones de desempleo, siendo nuevamente grandes las diferencias regionales, con una cobertura efectiva que se encuentra entre el 64 por ciento de los trabajadores desempleados en Europa Occidental, algo más del 7 por ciento en la región de Asia y el Pacífico, el 5 por ciento en América Latina y el Caribe, y menos del 3 por ciento, en Oriente Medio y África.
- Un número cada vez mayor de países está ampliando el alcance de la protección ofrecida por los regímenes de prestaciones de desempleo incluyendo medidas de promoción del empleo, tales como el desarrollo de habilidades y servicios de colocación laboral como parte del paquete, en combinación con prestaciones monetarias de desempleo.
- La vinculación de las políticas de empleo y protección social, combinando transferencias monetarias con programas públicos de empleo (regímenes de garantía del empleo), la formación profesional y/o el apoyo a la iniciativa empresarial, ofrece nuevas posibilidades para proporcionar seguridad de ingresos a los trabajadores desempleados y subempleados en los países con altos niveles de informalidad.

3.2.1 La protección de los ingresos, la amortiguación de las conmociones de la demanda y la facilitación del cambio estructural en la economía

Los regímenes de protección en caso de desempleo proporcionan apoyo a los ingresos durante un período determinado de tiempo a las personas desempleadas con capacidad de trabajar. Su objetivo es proporcionar al menos la sustitución parcial de los ingresos perdidos a causa del desempleo temporal, lo que permite al beneficiario mantener un cierto nivel de vida durante el período de transición hasta obtener un empleo adecuado (véase OIT, 2010a, págs. 57-58) y, cada vez más, también proporcionar apoyo en la búsqueda de empleo mediante una serie de medidas y servicios de fomento del empleo. En la mayoría de los regímenes, las prestaciones monetarias sólo están disponibles en caso de desempleo involuntario⁴ y su duración es limitada (véase el recuadro 3.1); en muchos regímenes, éstas se combinan con servicios tales como el acompañamiento, la orientación y el asesoramiento en la

búsqueda de empleo, y servicios para mejorar, actualizar y desarrollar competencias.

En tiempos “normales”, tales regímenes tienen como objetivo satisfacer las necesidades de los individuos cuyas pérdidas del empleo reflejan niveles básicos de rotación en el mercado de trabajo y, por lo tanto, desempeñan un papel clave en el apoyo a la movilidad laboral y facilitar el cambio estructural en la economía. Además de garantizar la seguridad de los ingresos para los trabajadores desempleados, los regímenes de protección en caso de desempleo, también pueden brindarles protección para que no caigan en la informalidad y apoyarlos en su búsqueda de nuevos puestos de trabajo en los que puedan aplicar sus competencias existentes o nuevas de manera productiva.

Las repercusiones de la crisis mundial de 2008-09 en el empleo, han puesto de relieve el papel más amplio de las prestaciones de desempleo en ayudar a las personas y a las economías a adaptarse a las conmociones y a los cambios económicos estructurales. En efecto, a raíz de los marcados aumentos en las tasas de desempleo en muchas partes del mundo como consecuencia de la crisis mundial (OIT,

⁴ El desempleo involuntario excluye los casos en que un empleado deja un trabajo de su propia voluntad, sin justa causa (por ej., acoso, dimisión bajo amenaza, etc.), o cuando el empleado haya contribuido deliberadamente a su despido.

Recuadro 3.1 Normas internacionales sobre la protección en caso de desempleo

Dar efecto al derecho a la seguridad social consagrado en diversos instrumentos internacionales de derechos humanos requiere que se garantice la protección social eficaz en caso de desempleo. El desempleo está reconocido en la Declaración Universal de los Derechos Humanos de 1948 (DUDH) como una de las contingencias a cubrir por los sistemas nacionales de seguridad social nacional (Art. 25(1)). El derecho a acceder y mantener las prestaciones, monetarias o en especie, sin discriminación, para garantizar la protección en caso de desempleo, entre otras cosas, se considera parte del derecho a la seguridad social según se establece en el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de 1966 (Art. 9) (véase también Naciones Unidas, 2008, párrafos 2 y 16).

Los Convenios y Recomendaciones de la OIT adoptan un enfoque amplio de la protección en caso de desempleo al establecer normas para la concesión de prestaciones monetarias y servicios durante períodos de desempleo que implican la suspensión del ingreso, proporcionando así una orientación práctica para la aplicación del derecho a la seguridad social. Su objetivo es doble: asegurar que las personas gocen de la seguridad de los ingresos pese a la pérdida de ingresos sufrida como resultado del desempleo, y apoyar a los beneficiarios en la búsqueda de empleo productivo y libremente elegido.

El Convenio sobre la seguridad social (norma mínima), 1952 (núm. 102), requiere la concesión de prestaciones monetarias a los desempleados que puedan y estén disponibles para trabajar pero que se ven imposibilitados de obtener un empleo adecuado. En él se establecen puntos de referencia cualitativos y cuantitativos que se deben cumplir, como mínimo, (1) para asegurar la cobertura de una cantidad sustancial de la población, (2) para asegurar que el nivel de las prestaciones monetarias represente al menos un cierto porcentaje de los ingresos anteriores de los beneficiarios y que por lo tanto se les considere suficientes para servir como sustitución de los ingresos, o que sean suficientes para permitir a los beneficiarios y sus familias gozar de niveles dignos de vida y salud (véase el anexo III), y (3) para asegurar que se proporcione prestaciones monetarias por un período de tiempo suficiente para que éstas sirvan su propósito.

El Convenio sobre el fomento del empleo y la protección contra el desempleo 1988 (num. 168), aumenta el nivel y el alcance de la protección que se debe proporcionar a los desempleados. Además del desempleo total, cubre el desempleo parcial (es decir, la reducción temporal del número de horas de trabajo) y la suspensión temporal del trabajo, así como el trabajo a tiempo parcial para los que buscan trabajo a tiempo completo. También requiere de la concesión de prestaciones sociales a ciertas categorías de personas que nunca han sido, o que han dejado de ser, reconocidos como desempleados o cubiertos por regímenes de protección ante el desempleo (por ej., quienes se incorporan por primera vez en el mercado de trabajo, quienes anteriormente trabajaban por cuenta propia, etc.). El Convenio núm. 168, expande aún más el alcance de la ayuda que se debe proporcionar a los desempleados al recurrir a la combinación de prestaciones monetarias con medidas que promuevan oportunidades de empleo y asistencia para el empleo (por ej., servicios de empleo, formación profesional y orientación), priorizando el apoyo hacia las personas desfavorecidas. La Recomendación que le acompaña, núm. 176, proporciona orientación sobre la forma de evaluar la idoneidad del empleo para quienes buscan trabajo, teniendo en cuenta la edad de las personas desempleadas, su antigüedad en el puesto anterior, la experiencia adquirida, la duración de su desempleo y el estado del mercado de trabajo.

La Recomendación sobre los pisos de protección social de 2012 (núm. 202), proporciona orientaciones a los países para definir y garantizar la seguridad del ingreso, por lo menos equivalente a un nivel mínimo definido a nivel nacional, para las personas en edad activa que no pueden obtener ingresos suficientes por razones que incluyen el desempleo, como parte de un piso protección social nacional. Dicha garantía debe proporcionarse al menos a todos los residentes y podría suministrarse a través de una variedad de medios, incluyendo regímenes universales, regímenes de seguro social, asistencia social, el impuesto negativo sobre la renta, y/o regímenes públicos de empleo y regímenes de apoyo al empleo. En un espíritu similar al del Convenio núm. 168, recomienda que el diseño e implementación de las garantías de los pisos de protección social combinen medidas preventivas, promocionales y activas; que promuevan la actividad económica productiva y el empleo formal mediante la adopción de políticas del mercado de trabajo y políticas que promuevan la educación, la formación profesional, las competencias productivas y la empleabilidad; y que aseguren la coordinación con otras políticas que fomenten el empleo formal, la generación de ingresos, la educación, la alfabetización, la formación profesional, las competencias y la empleabilidad, que reducen la precariedad y que promueven el trabajo estable, la iniciativa empresarial y las empresas sostenibles en un marco de trabajo decente.

2013c), los regímenes de protección en caso de desempleo han demostrado ser más importantes que nunca, tanto en proporcionar seguridad de los ingresos a las personas y los hogares y, al estabilizar la demanda agregada, en fomentar una rápida recuperación de la crisis.

Ya sea que el desempleo temporal sea el resultado de perturbaciones covariantes, como en el caso de la crisis mundial, o del cambio estructural constante experimentado por las economías y los mercados de trabajo, las prestaciones de desempleo representan una herramienta eficaz para garantizar a las personas la seguridad de los ingresos, suavizar los cambios económicos y estabilizar el consumo agregado.

La mayoría de los regímenes de prestaciones de desempleo están diseñados para dar cobertura temporal a los trabajadores de la economía formal que pierden sus puestos de trabajo mientras encuentran un empleo nuevo adecuado. La mayoría de estos regímenes no protege a las personas desempleadas que no han tenido un empleo formal en el pasado reciente, a los desempleados de larga duración, a los subempleados, ni a los trabajadores pobres.

En los países con altos niveles de informalidad, se ha desarrollado programas de asistencia social no contributiva más amplios que combinan políticas de empleo y políticas de protección social para

proporcionar alguna seguridad de los ingresos a los trabajadores desempleados y subempleados. Estos incluyen los regímenes de garantía del empleo y otros programas de empleo público, así como también los programas que combinan las transferencias monetarias con apoyos para el desarrollo de competencias y la creación de oportunidades de empleo y empresariales.

3.2.2 Tipos de regímenes de protección de desempleo

Los países utilizan diferentes mecanismos contributivos o no contributivos de protección ante el desempleo, o combinaciones de los mismos (figura 3.3). Los tipos principales pueden resumirse como sigue:

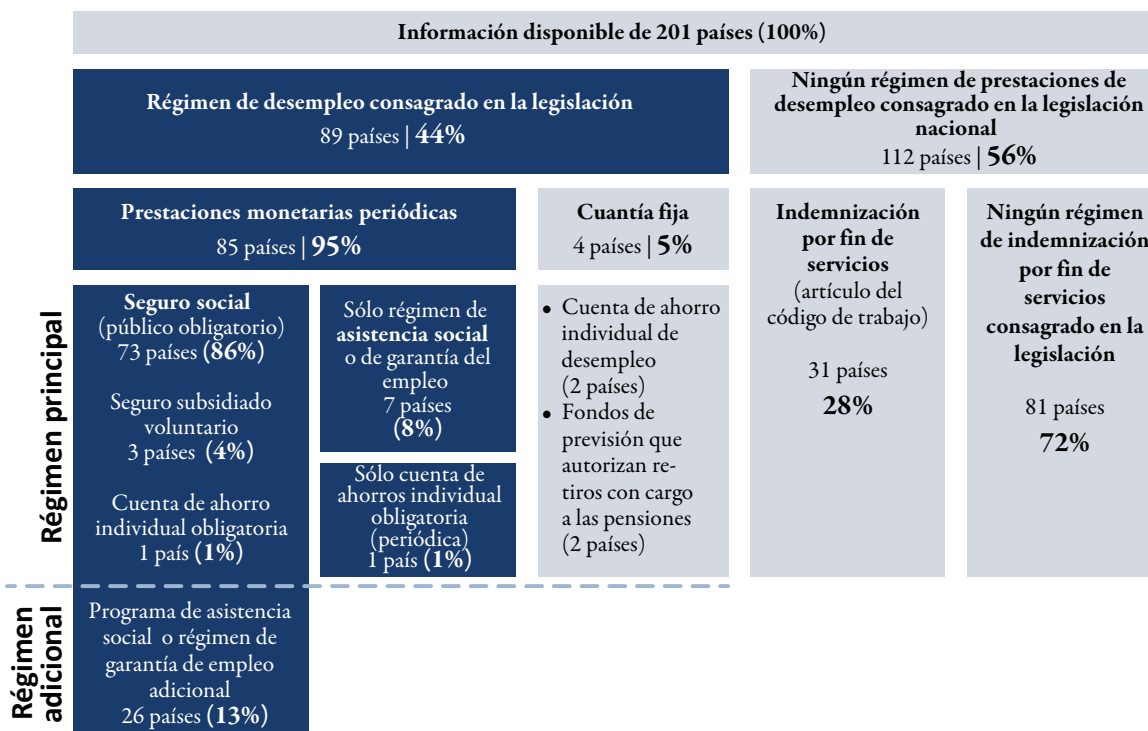
Regímenes contributivos de prestaciones de desempleo. Estos adoptan más comúnmente la forma de un seguro social (*seguro de desempleo*) financiado por las cotizaciones de los empleadores, o compartidas entre empleadores y empleados, y por lo general cubren a los trabajadores de la economía formal.⁵ Los regímenes de seguro de desempleo tienen méritos en términos de la distribución del riesgo

basada en la solidaridad, su capacidad de proporcionar prestaciones en forma de pagos periódicos, y su potencial para actuar en las economías nacionales como estabilizadores automáticos.

Regímenes no contributivos de prestaciones de desempleo. A menudo se les denomina *asistencia al desempleo*, se financian generalmente al menos parcialmente a través de los impuestos generales, y tienden a proporcionar un nivel inferior de prestaciones que el de los regímenes de seguros a los trabajadores desempleados quienes, o bien no tienen derecho a percibir prestaciones contributivas (por ej., debido a un corto período de cotización) o han agotado su derecho a percibir las prestaciones del seguro de desempleo.

Los sistemas de seguridad social que proporcionan prestaciones de desempleo tanto contributivas como no contributivas están estrechamente alineados con el marco fundamental de normas de la OIT que estipula que el riesgo debe ser compartido de forma colectiva y los pagos de las cotizaciones deben organizarse en consecuencia. En casi todos los casos, tales prestaciones también se combinan con medidas para facilitar un rápido regreso al empleo y/o la mejora de las competencias, caracterizándose así por una combinación de sustitución de ingresos y de fomento del empleo que está en el núcleo del Convenio

Figura 3.3 Sinopsis de los regímenes de protección en caso de desempleo consagrados en la legislación nacional, por tipo de régimen y prestaciones, 2012/13

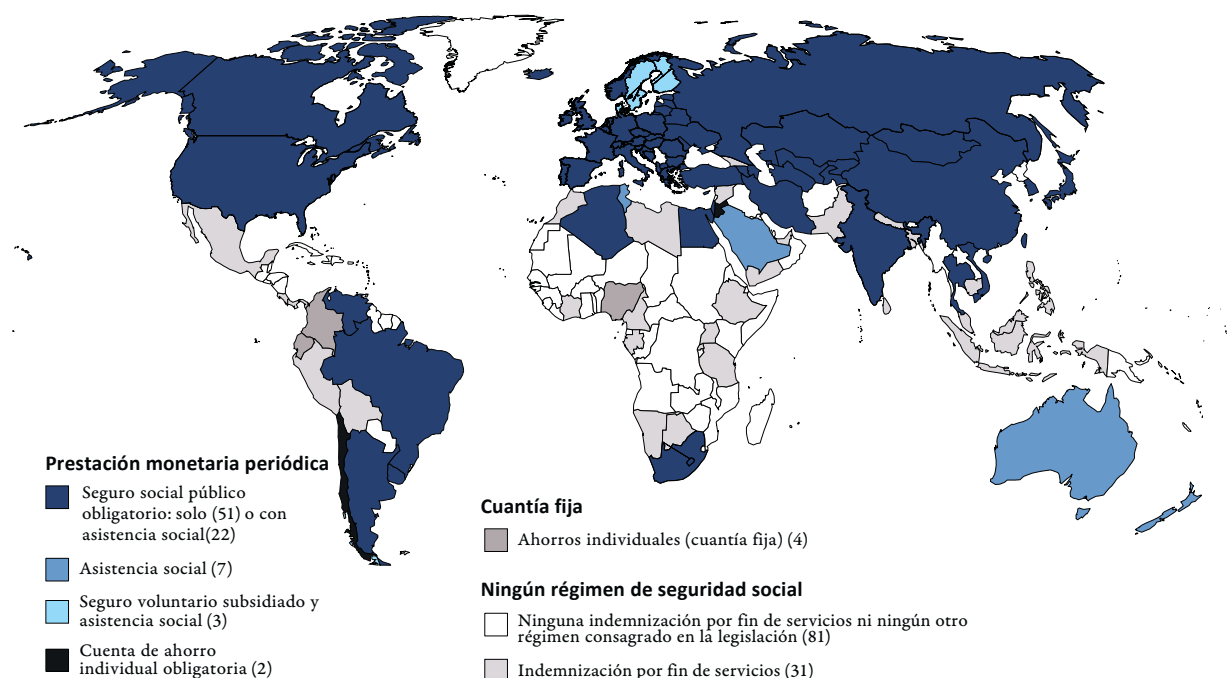


Fuentes: SSA/AISS, 2012; SSA/AISS, 2013a; SSA/AISS, 2013b; SSA/AISS, 2014; Base de datos sobre legislación en materia de protección del empleo (EPLex), consultada el 18 de noviembre de 2013.

Enlace: <http://www.social-protection.org/gimi/gess/RessourceDownload.action?ressource.ressourceId=42257>.

⁵ Si bien en la mayoría de los países el seguro de desempleo es obligatorio, en varios países escandinavos existen regímenes voluntarios de protección en caso de desempleo, donde tradicionalmente la protección en caso de desempleo ha sido proporcionada por los sindicatos y se complementa con regímenes no contributivos.

Figura 3.4 Distribución mundial de los regímenes de protección en caso de desempleo por tipo de régimen, 2012/13



Nota: Las cifras entre corchetes se refieren al número de países en cada grupo. La información sobre el tipo de programa por país está disponible en el Anexo IV, Cuadro B.3. Fuentes: SSA/AISS, 2012; SSA/AISS, 2013a; SSA/AISS, 2013b; SSA/AISS, 2014; Base de datos de la OIT sobre Legislación en materia de Protección del Empleo (EPLex). Enlace: <http://www.social-protection.org/gimi/gess/RessourceDownload.action?ressource.ressourceId=37034>.

núm. 168 y las Recomendaciones núms. 176 y 202 (véase el recuadro 3.1).

Los *regímenes de ahorro para el desempleo* (a veces erróneamente llamados *cuentas de ahorro de seguro de desempleo* o CASD), requieren que los trabajadores acumulen ahorros en cuentas individuales, que proporcionan un flujo de ingresos en caso de desempleo. Los regímenes de este tipo carecen del elemento clave de diseño de risk-pooling (la mancomunidad de riesgos); como resultado, al agotarse los ahorros de un individuo, también se agota la protección de sus ingresos –y esto puede suceder rápidamente. Además, los trabajadores que pueden ahorrar más en sus cuentas individuales tienden a ser menos propensos al riesgo del desempleo, mientras que aquellos con mayor riesgo tienden a tener dificultades en ahorrar lo suficiente como para generar un ingreso significativo. Por lo tanto, no se puede decir que este tipo de regímenes proporcionen el mismo nivel de protección individual que ofrecen los regímenes de seguro social o que son capaces de actuar como estabilizadores automáticos de la demanda agregada de la misma forma. Además, cuando dichos regímenes permiten el endeudamiento de las cuentas de pensiones, el resultado puede ser una seria reducción de la seguridad de los ingresos en la vejez.

Regímenes de garantía del empleo. Estos proporcionan un derecho legal al empleo en obras públicas y a las transferencias monetarias a los trabajadores pobres en el medio rural, y constituyen una de las opciones de política que pueden ser utilizadas para mejorar la seguridad de los ingresos y la inserción profesional de los trabajadores pobres. El régimen más grande y más estudiado de este tipo es el Régimen Nacional de Garantía del Empleo Rural “Mahatma Gandhi” (MGN-REGS) en la India (véase el recuadro 3.3). Etiopía también ha puesto en marcha un programa a gran escala que, a pesar de no proporcionar un ingreso garantizado legalmente, combina obras públicas con prestaciones alimentarias y monetarias: el Programa de Redes de Seguridad Productiva (PSNP).

La *indemnización por despido*. En muchos países, esta es la única forma disponible de protección de los ingresos para los trabajadores despedidos en ciertas formas de empleo formal. Sin embargo, este tipo de compensación debe ser visto como la representación de una forma de pago diferido o de ahorro obligatorio por parte de los trabajadores, y no como una forma de distribución del riesgo social. Ofrece un escaso apoyo a los desempleados en términos de ayuda para su regreso al trabajo, o a los empleadores que podrían necesitar hacer cambios estructurales en sus empresas, y de hecho puede tener efectos negativos.⁶

⁶ Al imponer una obligación de proporcionar a los trabajadores despedidos una suma fija, proporcional a su antigüedad en el empleo, la indemnización por despido puede suponer una carga pesada para los empleadores, sobre todo los que están en dificultades económicas, lo que la hace propensa a ser evadida y escasamente aplicada. Muchos empleadores que van a la quiebra enfrentan dificultades para pagar las indemnizaciones adeudadas a los trabajadores despedidos. Por lo tanto, la indemnización por despido no puede ser considerada como un sustituto de las prestaciones periódicas de desempleo (véase OIT, 2010a; Holzmann et al., 2011; Sarra, 2008).

Por esta razón, se considera que las prestaciones de desempleo –generalmente en forma de pagos periódicos– favorecen la transformación estructural de la economía más que la indemnización por despido.

No todos estos diferentes mecanismos de protección en caso de desempleo otorgan un derecho legal claramente definido a una prestación periódica de desempleo que establezca las condiciones de elegibilidad, la naturaleza y el nivel de la prestación, la duración del pago, y las obligaciones en lo que respecta a la búsqueda de empleo y la aceptación de un empleo adecuado.

En la actualidad, la mayoría de los 201 países analizados en este informe (112 países, o el 56 por ciento), no tienen un régimen de prestaciones de desempleo consagrado en su legislación nacional. No obstante, 31 de estos países proporcionan indemnización por despido a los trabajadores cubiertos por el Código del Trabajo, el cual ofrece un nivel limitado de protección a algunos trabajadores.

De los 89 países (el 44 por ciento) que cuentan con una disposición legal de algún tipo de prestaciones de seguridad social en caso de desempleo, más del 95 por ciento (85 países) conceden *prestaciones monetarias periódicas* a las personas desempleadas que cumplen con las condiciones de elegibilidad prescritas. El seguro social público es, con mucho, el mecanismo más común utilizado para proporcionar dicha sustitución regular de los ingresos. En un tercio de estos 89 países, el seguro social, el seguro voluntario subsidiado o el seguro privado obligatorio se complementan con la asistencia social cuando los derechos a los pagos del seguro se han agotado o no se cumple con

las condiciones. Algunos países como Australia, Nueva Zelandia y Seychelles proporcionan sólo prestaciones no contributivas.

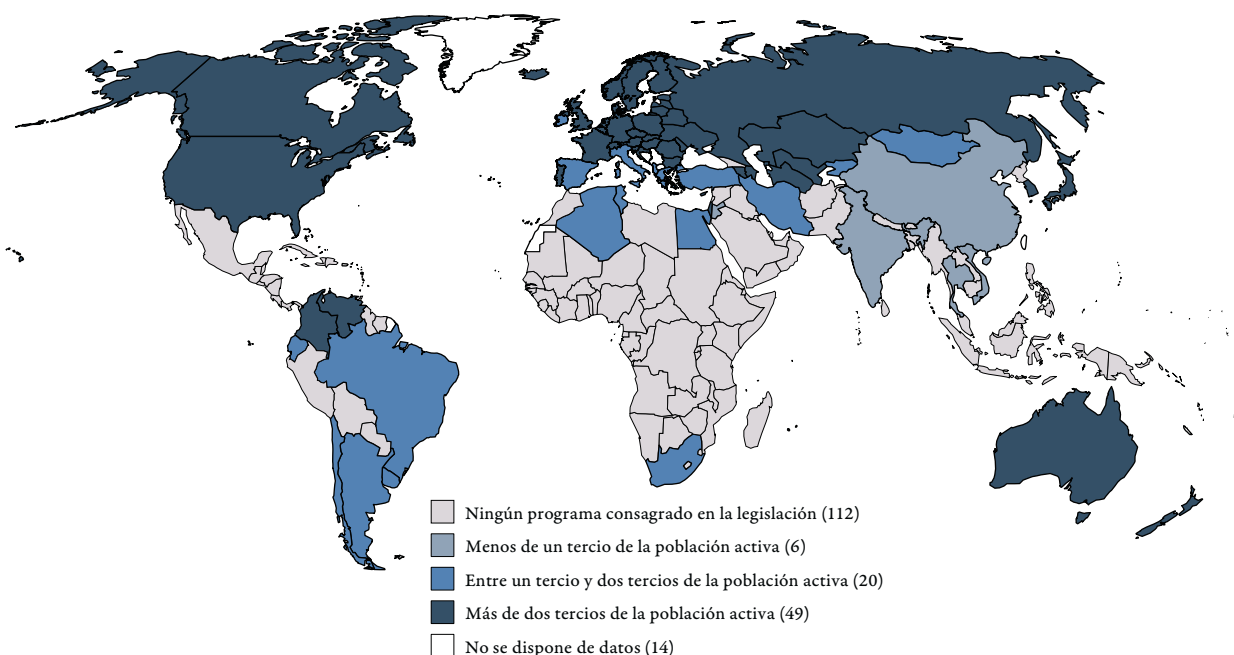
Los regímenes de prestaciones de desempleo contributivas o no contributivas se utilizan predominantemente en las economías avanzadas, aunque también se ha introducido regímenes que prevén alguna forma de prestaciones de desempleo en países de ingresos medios (véase la figura 3.4).

3.2.3 La cobertura legal de las prestaciones en caso de desempleo

La figura 3.5 ofrece un panorama general de la proporción de la población económicamente activa cubierta por regímenes de protección en caso de desempleo de conformidad con la legislación nacional (tasa de cobertura legal).

A nivel mundial, sólo el 28.1 por ciento de la población económicamente activa es potencialmente elegible para percibir la prestación de desempleo en virtud de la legislación nacional vigente, siempre y cuando se implemente y se cumpla debidamente con las leyes. Esta proporción se basa en una definición amplia que incluye el seguro de desempleo obligatorio, la asistencia al desempleo y las garantías del empleo, así como también a escasos regímenes voluntarios (véase las figuras 3.3 y 3.4). La variación entre regiones es considerable (véase las figuras 3.5 y

Figura 3.5 Distribución mundial de los sistemas de protección en caso de desempleo, por alcance de la cobertura obligatoria de la población activa, al último año con datos disponibles

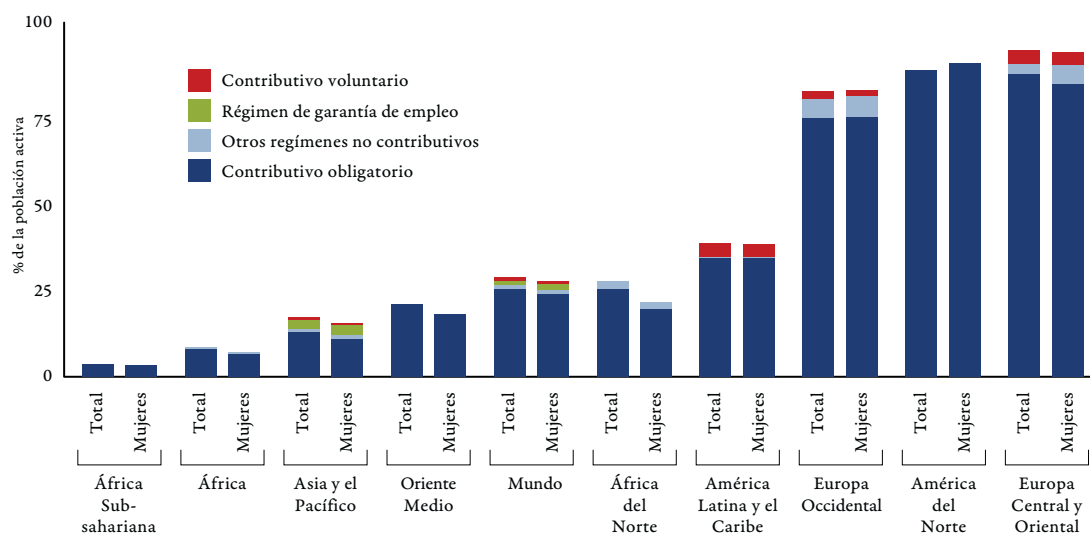


Nota: Las cifras entre corchetes se refieren al número de países en cada categoría. Datos de 2009-13; para la mayoría de países, 2012/13.

Fuentes: Datos basados en información de la SSA/AISS, 2012; SSA/AISS, 2013a; SSA/AISS, 2013b; SSA/AISS, 2014. Base de datos LABORSTA/OIT, textos legislativos nacionales y fuentes estadísticas.

Enlace: <http://www.social-protection.org/gimi/gess/RessourceDownload.action?ressource.ressourceId=37039>.

Figura 3.6 Sistemas de protección en caso de desempleo: Alcance de la cobertura legal, cálculos regionales, al último año con datos disponibles (porcentaje de la población activa)



Nota: Las estimaciones regionales se ponderan por la población activa.

Fuentes: Departamento de Protección Social de la OIT, basado en datos de la SSA/AISS, 2012; SSA/AISS, 2013a; SSA/AISS, 2013b; SSA/AISS, 2014; textos legislativos nacionales; LABORSTA/OIT, complementado con datos estadísticos nacionales para la cuantificación de los grupos cubiertos legalmente.

Enlace: <http://www.social-protection.org/gimi/gess/RessourceDownload.action?ressource.ressourceId=37040>.

3.6): mientras que el 80-90 por ciento de la población económicamente activa en América del Norte y Europa está cubierta por ley por un régimen de prestaciones de desempleo, solamente el 37.6 por ciento de la población económicamente activa en América Latina cuenta con dicha cobertura, junto con el 20.6 por ciento en el Oriente Medio, el 16.6 por ciento en la región de Asia y el Pacífico,⁷ y apenas el 8.4 por ciento de la población económicamente activa en África. Si la cobertura es baja, por lo general se debe a que no existen regímenes de prestaciones de desempleo y cuando existen suelen cubrir únicamente a los trabajadores de la economía formal. En algunas regiones, existen marcadas diferencias de género en la cobertura de la protección en caso de desempleo, sobre todo en el Oriente Medio, donde sólo el 17.7 por ciento de la población económicamente activa femenina está protegido por ley, en comparación con el 20.6 por ciento de la población económicamente activa total, y en el África Septentrional, donde el 20.9 por ciento de la población económicamente activa femenina está protegida, en comparación con el 27 por ciento de la población económicamente activa total.

3.2.4 La cobertura efectiva de las prestaciones de desempleo

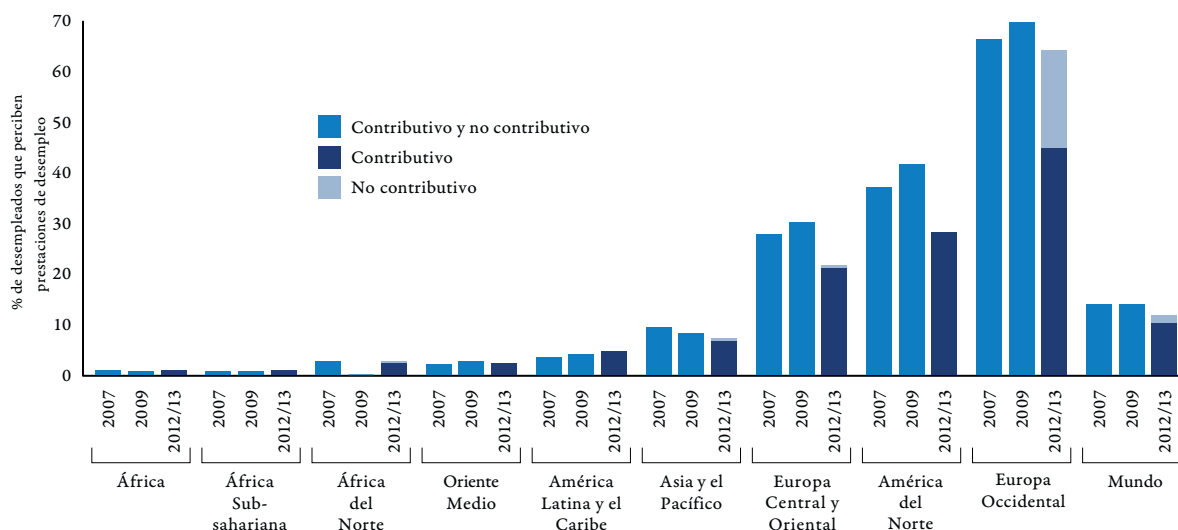
Las prestaciones de desempleo desempeñan un papel clave en garantizar la seguridad de los ingresos para los trabajadores desempleados y facilitar su transición a nuevos puestos de trabajo, sobre todo si éstas están adecuadamente vinculadas a los servicios de empleo. Sin embargo, la proporción de personas que buscan empleo que perciben prestaciones de desempleo varía ampliamente entre y dentro de las regiones. El alcance y el nivel de la cobertura efectiva de los regímenes de prestaciones de desempleo se pueden medir relacionando el número de beneficiarios reales de tales prestaciones con el número de trabajadores desempleados en un punto determinado en el tiempo.

Lo que se observa, como era de esperar, es que la cobertura efectiva de las prestaciones de desempleo es más baja que la cobertura legal,⁸ y que esto varía ampliamente entre regiones y países (véase las figuras 3.7 y 3.8). Mientras que el 63.8 por ciento de los trabajadores desempleados en Europa Occidental perciben prestaciones de desempleo (más del 90 por ciento en algunos países),

⁷ Esto incluye una estimación de la cobertura legal del régimen de garantía del empleo de la India, que se basa en una estimación de la proporción de adultos ocupados o desempleados de la población económicamente activa rural total.

⁸ Cabe señalar que los indicadores para la cobertura legal y la cobertura efectiva no son estrictamente comparables, ya que se refieren a dos dimensiones diferentes de cobertura y diferentes poblaciones de referencia (denominadores). El indicador de cobertura legal hace referencia a las personas con derecho a percibir prestaciones de desempleo como proporción de la población total económicamente activa. El indicador de cobertura efectiva hace referencia a las personas que perciben prestaciones de desempleo como proporción de la población que actualmente se encuentra desempleada.

Figura 3.7 Cobertura efectiva de las prestaciones de desempleo: Población desempleada que percibe realmente prestaciones monetarias, cálculos regionales, 2007, 2009 y 2012/13 (porcentajes)

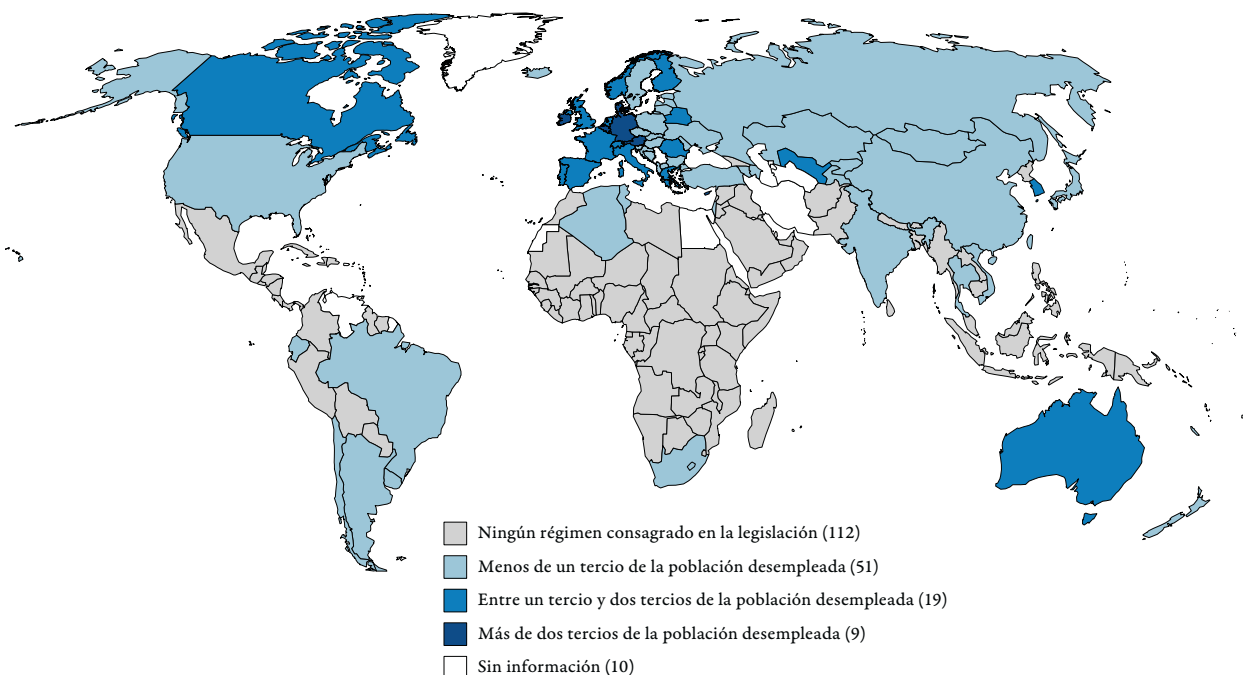


Notas: Número de desempleados que perciben prestaciones de desempleo, recopilado de los planes de protección en caso de desempleo de la seguridad social. Promedio mundial ponderado por la población económicamente activa. Para obtener información detallada, sírvase consultar el Anexo IV, Cuadro B.3.

Fuentes: Basado en las bases de datos LABORSTA y la OIT/ESS y fuentes nacionales.

Enlace: <http://www.social-protection.org/gimi/gess/RessourceDownload.action?ressource.ressourcelid=37042>.

Figura 3.8 Cobertura efectiva de las prestaciones de desempleo: Población desempleada que en efecto percibe prestaciones monetarias, al último año con datos disponibles (porcentajes)

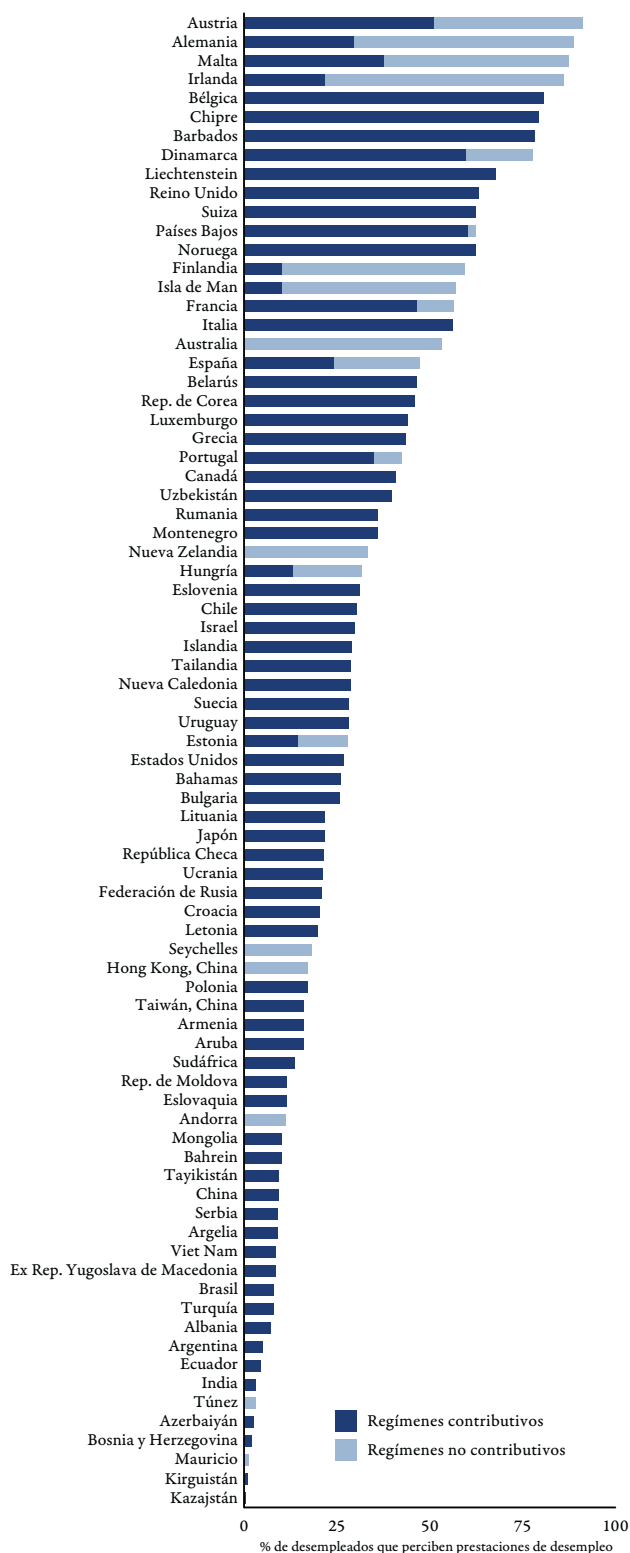


Notas: Datos de 2009-13; para la mayoría de los países, 2012/13. No se incluye a los beneficiarios desempleados de los regímenes de asistencia social general debido a la falta de disponibilidad de datos. Su inclusión aumentaría las tasas de cobertura, pero sólo en los países donde dichos regímenes existen a gran escala (países de ingresos altos y algunos países de renta media). No se incluye a los regímenes de garantía del empleo. Para obtener información detallada por país, sexo y tipo de régimen, sírvase consultar el anexo IV, cuadro B.3. Las cifras entre corchetes se refieren al número de países en cada categoría.

Fuentes: Basado en las bases de datos LABORSTA y la OIT/ESS y fuentes nacionales.

Enlace: <http://www.social-protection.org/gimi/gess/RessourceDownload.action?ressource.ressourcelid=37041>.

Figura 3.9 Cobertura efectiva de las prestaciones de desempleo: Población desempleada que en efecto percibe prestaciones monetarias, al último año con datos disponibles (porcentajes)



Nota: Véase la figura 3.8.

Fuente: Base de datos de la OIT/ESS (véase el anexo IV, Cuadro B.3).

Enlace: <http://www.social-protection.org/gimi/gess/>

RessourceDownload.action?ressource.ressourceId=44417.

incluyendo prestaciones no contributivas, esta proporción es de sólo el 21.6 por ciento en Europa Central y Oriental y el 28 por ciento en Norteamérica. Sólo una pequeña minoría de trabajadores desempleados en muchos países en desarrollo puede esperar percibir algún tipo de prestaciones monetarias como protección en caso de desempleo: el 7.2 por ciento de los trabajadores desempleados en Asia y el Pacífico, el 4.6 por ciento en América Latina y el Caribe, y menos del 3 por ciento en el Oriente Medio, África Septentrional y el África Subsahariana. En todo el mundo, sólo el 11.7 por ciento de los trabajadores desempleados perciben prestaciones de desempleo, mientras que el restante 88.3 por ciento se quedan sin apoyo a los ingresos.

Mientras que la falta de un régimen de protección en caso de desempleo es, sin duda, la razón principal de la baja cobertura en términos globales, otros factores incluyen largos períodos de cotización,⁹ y una corta duración máxima del pago.¹⁰

En la mayoría de las regiones –con la notable excepción de América Latina– las tasas de cobertura efectiva han disminuido desde 2007 (véase la figura 3.7). Esta disminución puede deberse a cambios en la estructura de la población desempleada (por ej., más personas que buscan empleo por primera vez o más personas desempleadas de larga duración) o a cambios en las reglas de ayuda social de los regímenes de prestaciones de desempleo. En Europa y América del Norte, es probable que los factores que han contribuido al notable aumento de las tasas de cobertura entre 2007 y 2009, incluyan normas más generosas en cuanto al derecho a percibir prestaciones de desempleo y una mayor proporción de nuevos beneficiarios. La dramática caída subsecuente en las tasas de cobertura efectiva en estas regiones en 2012, se puede atribuir a una mayor proporción de desempleo de larga duración y, en consecuencia, a un porcentaje más alto de trabajadores desempleados quienes han agotado su derecho a percibir la prestación de desempleo.

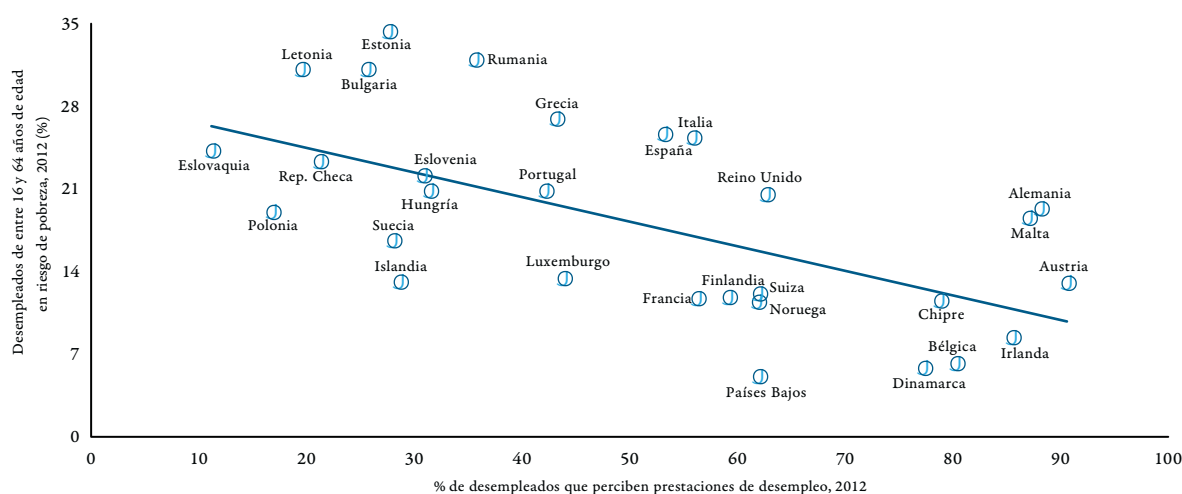
Las figuras 3.7 a 3.9 indican que en muchos países con regímenes de prestaciones de desempleo vigentes, sólo una pequeña proporción de los desempleados perciben realmente prestaciones monetarias periódicas.¹¹ Sólo en nueve de los 89 países que cuentan con regímenes vigentes de algún tipo, las tasas de cobertura alcanzan a más de dos tercios de los trabajadores desempleados. Varios factores podrían contribuir a las bajas tasas de cobertura

⁹ Los Convenios núms. 102 y 168 requieren que el período de calificación no sea superior al necesario a fin de evitar el abuso. Los países suelen requerir de seis o 12 meses de cotización para que los beneficiarios puedan optar a la prestación. Mongolia tiene la exigencia más alta, con 24 meses de cotización, los últimos nueve de los cuales deben ser continuos, excluyendo así a quienes tienen contratos de trabajo estacionales o temporales (Carter, Bédard y Peyron Bista, 2013).

¹⁰ Si bien la duración de la protección varía ampliamente, en promedio la duración máxima de la prestación es de 45 semanas (55 semanas en las economías avanzadas; 17 semanas en los países latinoamericanos).

¹¹ Algunas personas que no están cubiertas por regímenes de prestaciones de desempleo pueden, sin embargo, percibir otras prestaciones, como las de la asistencia social general.

Figura 3.10 Proporción de desempleados que perciben prestaciones de desempleo y tasas de pobreza relativa de los desempleados, países europeos seleccionados, 2012



Nota: Cálculos basados en una línea de pobreza del 40 por ciento del ingreso medio homogeneizado del hogar, lo que es menor que el umbral utilizado por la Unión Europea para identificar a aquellos en riesgo de pobreza (el 60 por ciento del ingreso medio).

Fuente: Base de datos de ingresos y condiciones de vida de Eurostat; diversas fuentes (sírvase consultar el Anexo IV, Cuadro B.3).

Enlace: <http://www.social-protection.org/gimi/gess/RessourceDownload.action?ressource.ressourceId=42961>.

efectiva. Una alta proporción de trabajadores desempleados podría pertenecer a categorías a menudo excluidas de la cobertura legal, tales como los trabajadores domésticos o los trabajadores a tiempo parcial. Un elevado porcentaje de desempleados de larga duración que han agotado su derecho a percibir las prestaciones también podría reducir la tasa de cobertura. Otros grupos podrían estar excluidos de la cobertura efectiva porque no cumplen con las condiciones para tener derecho a la asistencia social, tales como las personas desempleadas (a menudo los jóvenes u otros trabajadores con carreras profesionales cortas y/o interrumpidas) que no han acumulado una cotización o el historial laboral suficiente para tener derecho a percibir las prestaciones de desempleo contributivas, o, en el caso de las prestaciones sujetas a la comprobación de recursos, cuyos recursos propios exceden el umbral de elegibilidad establecido.

Las altas tasas de cobertura de las prestaciones de desempleo están asociadas con una mayor seguridad de los ingresos para los beneficiarios, a condición de que los niveles de las prestaciones sean adecuados. Las prestaciones de desempleo desempeñan un papel importante en la prevención de la pobreza para los desempleados, como lo muestra la figura 3.10 para los Estados miembros de la Unión Europea. En los países donde las tasas de cobertura efectiva de las prestaciones de desempleo son más bajas, los desempleados son más propensos a vivir en la pobreza.

La evidencia proveniente de la Unión Europea también demuestra que los trabajadores desempleados que perciben prestaciones de desempleo tienen más probabilidades de volver

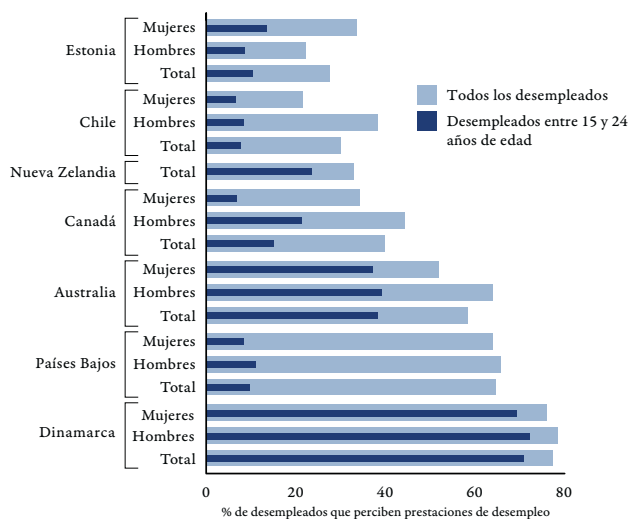
a trabajar que los que no perciben ninguna prestación (Comisión Europea, 2014b, pág. 163). Por lo tanto, la protección ante el desempleo desempeña un papel clave para facilitar las transiciones de vuelta al trabajo y de prevención de la pobreza.

3.2.5 La protección en caso de desempleo juvenil

La protección en caso de desempleo juvenil constituye un desafío particular, agravado por las altas, y con frecuencia cada vez mayores, tasas de desempleo de los jóvenes en muchos países (OIT, 2013d). El hecho de que un gran número de jóvenes en todo el mundo no puedan tener acceso a los mercados de trabajo constituye un problema importante en sí mismo (OIT, 2012b). Por otra parte, muchos aspectos de este problema ponen de relieve asuntos específicos en relación con los objetivos, el diseño y la implementación de los regímenes de protección en caso de desempleo en términos más generales.

Sólo un pequeño número de países (20 de los 201 examinados para el presente informe), conceden prestaciones de desempleo a quienes buscan empleo por primera vez, una categoría de la población activa por definición excluida de la protección conferida por los regímenes de protección en caso de desempleo basados en la cobertura contributiva. En algunos países, las personas que buscan trabajo por primera vez pueden tener derecho a algún tipo de asistencia al desempleo; en otros, pueden tener acceso a prestaciones no contributivas proporcionadas mediante un programa general de asistencia social, por ejemplo. En la mayoría de los países, sin embargo, las personas

Figura 3.11 Población desempleada que percibe prestaciones monetarias de desempleo, todas las edades, incluso los jóvenes, 2012/13 (porcentajes)



Fuente: Cálculos de la OIT en base a fuentes nacionales.

Enlace: <http://www.social-protection.org/gimi/gess/RessourceDownload.action?ressource.ressourceld=42960>.

que buscan empleo por primera vez no entran en el ámbito de cobertura de los regímenes de seguridad social.

Incluso en sistemas en los que mujeres y hombres jóvenes desempleados que ya han adquirido cierta experiencia laboral podrían ser elegibles para percibir algunas prestaciones contributivas del seguro de desempleo, sus probabilidades de adquisición del derecho a percibir este tipo de prestaciones son menores para los jóvenes que para los adultos, por dos razones. En primer lugar, los períodos mínimos de cotización en los regímenes contributivos de seguro de desempleo excluyen efectivamente a los adultos jóvenes que pierden su empleo antes de cumplir con dichos períodos mínimos. En segundo lugar, los jóvenes son más propensos a trabajar en condiciones que no están cubiertas por el seguro de desempleo, incluyendo el empleo con contratos temporales y a tiempo parcial, o en otras formas de empleo precario o informal (véase la figura 3.11).

Muchos países han redoblado sus esfuerzos por combinar las prestaciones de apoyo a los ingresos con asistencia en la búsqueda de un nuevo empleo, formación,

reciclaje profesional y otras medidas destinadas a aumentar la inserción profesional. Estas incluyen programas específicos que aborden el desempleo juvenil, incluyendo el aumento de la calidad de los sistemas de aprendizaje y otros programas de transición de la escuela al trabajo, que proporcionen orientación profesional e introduzcan medidas de apoyo a la adquisición de una experiencia laboral.

3.2.6 La extensión de la protección en caso de desempleo en las economías emergentes

Uno de los avances más notables en materia de políticas en los últimos años es el fortalecimiento de las políticas de protección ante el desempleo en las economías emergentes, en respuesta a la necesidad tanto de proporcionar seguridad de los ingresos a los trabajadores desempleados individuales así como de protegerlos para que no caigan en la economía informal y salvaguardar el capital humano de la nación (véase, por ejemplo, Berg y Salerno, 2008). Han surgido varias formas distintas de protección, incluyendo varios tipos de seguro y asistencia al desempleo, así también como regímenes de garantía del empleo. Estas diferentes formas responden a las diferentes necesidades y contextos y ofrecen diferentes niveles de protección.

En algunos países de ingresos medios con un alto nivel de empleo informal y deficiencias en sus servicios de empleo, se ha promovido regímenes de ahorro para el desempleo (véase la sección 3.2.2), siguiendo el ejemplo de Chile.¹² Se ha argumentado que en tales contextos las cuentas individuales son menos propensas al riesgo moral que en los regímenes de seguro de desempleo financiados colectivamente.¹³ El régimen chileno aborda parcialmente la imposibilidad de muchos trabajadores de acumular los ahorros suficientes –una de las limitaciones principales de este tipo de régimen– a través de un componente solidario subsidiado fiscalmente, lo que lo convierte efectivamente en un régimen híbrido. Algunos programas similares, sin embargo, carecen de este componente (por ej., en Jordania) y en su lugar permiten a los titulares de cuentas acceder a sus prestaciones relacionadas con las pensiones, lo que perpetúa efectivamente la inseguridad de los ingresos en la vejez. La experiencia de Chile muestra que la cobertura sigue siendo baja y es de mayor beneficio para aquellos quienes están en menor riesgo de quedar desempleados, y no confieren una protección suficiente a los que están en mayor necesidad. Por otra parte, las tasas de sustitución tienden a ser insuficientes para proporcionar incluso un nivel mínimo de seguridad de los ingresos (OCDE, 2010a). Estas dificultades plantean cuestiones fundamentales en cuanto a la viabilidad de este tipo de regímenes,

¹² El Seguro de Cesantía de Chile se introdujo en el año 2002 (véase Sehnbruch, 2006; Superintendencia de Pensiones de Chile, 2010).

¹³ Los partidarios de las cuentas de ahorro para el desempleo (por ej., Vodopivec, 2009; Robalino, Vodopivec y Bodor, 2010), argumentan que el hecho de que estas requieran que los desempleados recurran a sus propios ahorros, en lugar de ofrecer acceso a un fondo de desempleo financiado colectivamente, limita el riesgo moral en contextos donde las autoridades gubernamentales no tienen la capacidad para evitar el abuso.

¹⁴ Tal componente solidario dejaría entrar por la puerta trasera al mismísimo riesgo moral que se supone dichos regímenes minimizan, menoscabando gravemente sus presuntas ventajas.

¹⁵ Bahrein implementó un régimen de prestaciones contributivas de desempleo en 2006, proporcionando prestaciones relacionadas con los ingresos a los asegurados y prestaciones de suma fija a quienes buscan trabajo por primera vez y a aquellos que carecen de un historial de cotización suficiente.

Recuadro 3.2 Los programas públicos de empleo y su contribución a la protección social

Los programas de empleo público (PEP), un término usado para describir cualquier programa que involucra la creación de empleo directo por parte del Gobierno, se utilizan a menudo como un componente de las estrategias nacionales de protección social. Entre una amplia variedad de PEP, destacan dos formas específicas:

- Programas de obras públicas (POP), que podrían ofrecer pagos pecuniarios o en alimentos a cambio de trabajo. Esta forma más común y tradicional se adopta a menudo como respuesta temporal a perturbaciones y crisis específicas, aunque también puede tener un horizonte a más largo plazo.
- Los regímenes de garantía del empleo (RGE) hacen referencia a programas a largo plazo basados en derechos mediante los que se proporciona un cierto derecho a trabajar.

Si bien los PEP pueden contribuir a varios objetivos de desarrollo, no pueden lograr todos los objetivos en la misma medida al mismo tiempo. En la práctica, el diseño y la implementación de políticas requiere priorizar una función respecto de otras, de la siguiente forma:

- Función de empleo: énfasis en la creación de empleo en los programas que se centran en el Estado como empleador de último recurso.
- Función de protección social: énfasis en la seguridad de los ingresos y las transferencias monetarias o en especie.
- Función de inversión basada en el empleo: énfasis en la calidad y la naturaleza de la infraestructura construida o los servicios que se ofrece.

Cuando no se define claramente la prioridad principal, se obstaculiza la supervisión y evaluación de un programa respecto de sus objetivos. Por tanto, es necesario definir con claridad, separar y articular los objetivos de un programa, y vincularlo de manera efectiva a otras políticas de empleo y protección social.

Los regímenes de garantía del empleo pueden contribuir a la construcción de pisos nacionales de protección social en varios aspectos. Pueden mejorar la seguridad de los ingresos para las personas en edad activa sin o con insuficientes ingresos, al proporcionar un ingreso regular y predecible que se concede como derecho. También se pueden utilizar para construir o mejorar la infraestructura que refuerce la oferta de salud, educación y otros servicios públicos. Sin embargo, estos regímenes no se ocupan de todas las necesidades, dado que el elemento central del empleo excluye a aquellos que se ven imposibilitados de trabajar, por cualquier razón. Algunos PEP (por. ej., en Etiopía e India), por tanto, combinan regímenes de garantía del empleo con transferencias monetarias para quienes no pueden trabajar de manera permanente o temporal, o para quienes no encuentran trabajo.

Fuente: Basado en Lieuw-Kie-Song et al., 2011.

a menos que se apoyen en gran medida en un componente solidario financiado con impuestos.

En los últimos años, un número cada vez mayor de economías emergentes han optado en su lugar por introducir o ampliar de manera significativa los regímenes de prestaciones de desempleo contributivos o no contributivos. Entre ellos están Bahréin,¹⁵ Mauricio,¹⁶ Arabia Saudita¹⁷ y Viet Nam.¹⁸ Si bien éstos se habían planificado antes de la crisis mundial, su implementación oportuna fue muy útil para hacer frente a sus repercusiones. En cada uno de estos países, el desembolso de las prestaciones de desempleo está estrechamente vinculado al suministro de servicios de empleo que apoyan a los solicitantes de empleo en la búsqueda de un nuevo empleo o la adquisición de nuevas competencias.

Otras economías emergentes han ampliado la cobertura de sus regímenes de seguro de desempleo para cubrir a los trabajadores

que están al margen de la economía formal. El régimen de seguro de desempleo en Brasil ahora no sólo cubre a los trabajadores asalariados, incluidos los trabajadores domésticos, sino también a los pescadores artesanales, los trabajadores rescatados del trabajo forzoso y los trabajadores que participan en el programa de becas de formación Bolsa Qualificação. En Sudáfrica, los trabajadores domésticos fueron incluidos bajo el paraguas del seguro de desempleo en 2003.

Los regímenes de garantía del empleo y otras formas de programas de empleo público (véase el recuadro 3.2), se han convertido en una opción política más para proporcionar empleo temporal y un cierto nivel de seguridad de los ingresos a las poblaciones rurales durante las temporadas de escasez, cuando muchos trabajadores rurales están desempleados o subempleados. El programa MGNREGS de la India, introducido en 2005, ofrece un derecho garantizado

¹⁶ Mauricio complementó su régimen de asistencia al desempleo con un régimen de seguro social en 2009.

¹⁷ El programa Hafiz de Arabia Saudita, implementado en diciembre de 2011, provee asistencia financiera de hasta SAR (ryal saudí) 2,000 mensuales a los solicitantes de empleo y ofrece una amplia gama de servicios de colocación y perfeccionamiento de las calificaciones profesionales.

¹⁸ Viet Nam introdujo un régimen de seguro de empleo en 2009 tras la aprobación de la Ley del Seguro Social en 2006. El régimen ahora está siendo convertido en un régimen de seguro de empleo, ampliando el alcance de las medidas de fomento del empleo otorgadas en combinación con prestaciones monetarias.

Recuadro 3.3 El Régimen Nacional de Garantía del Empleo Rural “Mahatma Gandhi” (MGNREGS) de la India

El MGNREGS se estableció conforme a la Ley Nacional de Garantía del Empleo Rural: NREGA), aprobada en el año 2005. Como reflejo del derecho constitucional al trabajo, el régimen confiere derechos legales a los beneficiarios, lo que lo distingue de los programas que no están consagrados en la legislación nacional y que por tanto son propensos a cambios discrecionales. Sin embargo, existen algunas preocupaciones de que los hogares pobres, a menudo analfabetos, no puedan hacer realidad sus derechos en la práctica.

En virtud del MGNREGS, un hogar rural tiene derecho a exigir un máximo de 100 días laborables de empleo por año, en sitios de obras públicas previamente acordados. Una parte de las plazas del programa está reservada para las mujeres. El programa lleva a cabo proyectos que facilitan la gestión de tierras y recursos hídricos, junto con proyectos de desarrollo de infraestructura, tales como la construcción de carreteras. El programa está diseñado para ser autofocalizado, con un salario igual al salario mínimo vigente declarado oficialmente para los trabajadores agrícolas de la zona. Si el trabajo no se proporciona dentro del tiempo estipulado, el solicitante tiene derecho a percibir una prestación de desempleo.

La asignación para el programa del presupuesto nacional para el año fiscal 2012/13, fue equivalente al 0.3 por ciento del PIB. El programa es reconocido como una de las iniciativas integrales de empleo y protección social con un enfoque de derechos más grandes del mundo, beneficiando a cerca de 50 millones de hogares rurales, aproximadamente el 30 por ciento de los hogares rurales en 2012.

Fuentes: Con arreglo a OIT, 2010b, pp. 89-90; OIT, 2011a, p. 68; Ahluwalia, de próxima publicación; Ehmke, de próxima publicación.

jurídicamente a un máximo de 100 días de empleo al año a los hogares rurales (véase el recuadro 3.3). Muchos otros países han estado utilizando los programas de empleo público para proporcionar a las personas pobres un cierto nivel de seguridad de los ingresos al menos por un período limitado de tiempo, aunque esto generalmente no se base en un derecho legal.

Si bien la posibilidad de utilizar los programas de empleo público para perseguir simultáneamente una multiplicidad de objetivos (inversión, empleo y protección social) los convierte en una herramienta atractiva, la falta concomitante de un objetivo primario claramente definido puede limitar su eficacia en el cumplimiento de los objetivos de protección social (véase, por ej., OIT, 2014b; Lieuw-Kie-Song et al, 2011; McCord, 2012; Subbarao et al., 2013). No obstante, varios países (entre ellos Etiopía y Sudáfrica), han tomado medidas deliberadas para enfatizar los objetivos de protección social en sus programas de empleo público (McCord, 2012). Los programas de empleo público sólo ayudarán a aliviar la pobreza en el largo plazo si están diseñados para proporcionar trabajo decente, incluyendo un adecuado nivel de salarios, un componente de desarrollo de competencias integral y el pleno respeto de la seguridad y la salud en el trabajo, garantizando al mismo tiempo que los beneficiarios estén cubiertos por los regímenes vigentes de seguridad social y tengan acceso a los servicios de salud.

3.2.7 Las prestaciones de desempleo como un elemento clave de las medidas de respuesta a la crisis y de consolidación fiscal

Durante la reciente crisis mundial, muchos países se beneficiaron de la capacidad de los regímenes de prestaciones de desempleo de estabilizar la demanda agregada, y así fomentar la rápida recuperación (OIT 2011a; IIEL, 2011c), en línea con el Pacto Mundial para el Empleo (OIT, 2009a; ECOSOC, 2009). Los países que contaban con regímenes de prestaciones de desempleo vigentes antes de la crisis fueron capaces de ampliar su cobertura rápidamente para aumentar su poder como estabilizadores automáticos. Allí donde las prestaciones de desempleo parcial estuvieron disponibles para compensar las reducciones en la jornada laboral inducidas por la crisis, éstas ayudaron a los trabajadores a mantener sus empleos y a los empleadores a conservar su fuerza de trabajo durante las bajas en la demanda y permitieron dar una respuesta rápida a las primeras señales de recuperación (OIT, 2011a; IIEL, 2011c). Varios países implementaron estas y otras medidas expansionistas en una etapa relativamente temprana de la crisis financiera. A medida que continuó la crisis y aumentaron las presiones sobre los presupuestos públicos, algunas de estas medidas expansionistas dieron paso a medidas de consolidación fiscal.¹⁹

¹⁹ En el presente informe, “consolidación fiscal” se refiere a la amplia gama de medidas de ajuste adoptadas para reducir los déficits públicos y la acumulación de la deuda. A las políticas de consolidación fiscal se les denomina a menudo “políticas de austeridad.”

Recuadro 3.4 Mantenimiento en activo de la población mediante prestaciones de desempleo parcial: El ejemplo de Alemania

La prestación de desempleo parcial en Alemania (o indemnización por trabajo en jornada reducida, Kurzarbeitergeld), fue uno de los principales instrumentos de política utilizados en el país durante la crisis financiera y económica mundial. Dicha prestación permitió que las empresas que experimentaban una caída de la demanda mantuvieran a sus empleados en horarios de trabajo reducidos y a la vez garantizaran al menos un cierto grado de seguridad de los ingresos. La indemnización parcial por la pérdida de los ingresos directos, se realizó mediante el pago de una prestación monetaria durante un período máximo de seis meses. Cerca de 1.5 millones de trabajadores (el 5.4 por ciento de la fuerza laboral) percibió dicha prestación en el punto álgido de la crisis, en mayo de 2009.

Como resultado, la desaceleración repentina de la economía dio lugar a solamente un aumento moderado en el número de los desempleados y en el número de los beneficiarios de las prestaciones del seguro de desempleo, amortiguándose así el impacto de la recesión en el empleo, debido en gran parte a la notable extensión de las prestaciones de desempleo parcial.

Se considera que esta política es uno de los factores que explican la recuperación relativamente rápida de la economía alemana, ya que garantizó que los empleadores estuvieran en condiciones de mantener a sus trabajadores durante la crisis, evitando así los costos inherentes a los despidos y nuevas contrataciones al responder con rapidez cuando se reactivaron los mercados. La reducción media del horario de trabajo fue del 30.5 por ciento, el equivalente a unos 432,000 empleos a tiempo completo. Una pérdida de empleos de esta magnitud habría dado lugar a un aumento en la tasa de desempleo de alrededor de 1 punto porcentual.

Fuentes: Basado en OIT, 2011a, recuadro 3.10; véase también OIT, 2010c; IIEL, 2011a.

Medidas expansionistas: El uso de las prestaciones de desempleo para garantizar la seguridad de los ingresos de los desempleados y preservar los puestos de trabajo de los empleados

Extensión de la cobertura y aumento en el nivel y la duración de la prestación. Varios países facilitaron o extendieron el acceso a las prestaciones de desempleo nuevas o existentes en respuesta a la crisis mundial (OIT y Banco Mundial, 2012; Bonnet, Saget y Weber, 2012). Algunos países, como Australia, redujeron el período de espera de las prestaciones de desempleo; otros, como Letonia, redujeron la duración del período de cotización necesario para tener derecho a las prestaciones. La mayoría de los países extendieron la cobertura a trabajadores anteriormente excluidos, tales como los trabajadores no fijos en Alemania y Japón, los trabajadores por cuenta propia en Austria, y los trabajadores jóvenes en Argentina (Bonnet, Saget y Weber, 2012). Otros países extendieron la duración de la cobertura para garantizar

la inclusión de los que de otro modo se consideraría habían agotado sus derechos (entre ellos Argentina, Brasil,²⁰ Japón,²¹ Letonia,²² España²³ y, en el caso de los trabajadores de más edad, Uruguay²⁴) o proporcionaron prestaciones de emergencia a este grupo (por ej., Estados Unidos²⁵). Otra estrategia adoptada por algunos países (por ej., India y Sudáfrica) fue utilizar los programas de empleo público como medio para garantizar un flujo de ingresos previsible para los trabajadores desempleados y subempleados. Por último, algunos países (por ej., Francia y Reino Unido) aumentaron el nivel de prestaciones o proporcionaron pagos únicos de prestaciones excepcionales a algunas categorías de trabajadores desempleados.

Mantenimiento en activo de la población. Varios países (entre ellos Canadá,²⁶ Francia, Alemania –véase el recuadro 3.4–, Países Bajos y Polonia), utilizaron prestaciones de desempleo parcial para permitir a los empleadores mantener a los trabajadores durante la baja en la demanda. Se utilizó varios instrumentos de diálogo social, especialmente la cooperación

²⁰ En 2009, se implementó un aumento temporal en la duración máxima de las prestaciones de desempleo para los sectores más afectados por la recesión. Esta ampliación benefició a alrededor de 103,000 personas, o el 20 por ciento de quienes percibían prestaciones de desempleo. Además, quienes carecen de oportunidades formales de generación de ingresos han sido focalizados mediante la ampliación del acceso al programa Bolsa Familia. La estabilización del consumo agregado a través de esta medida, junto con otros programas de seguridad social y la política del salario mínimo, ha contribuido notablemente a acelerar la recuperación en Brasil (IIEL, 2011b).

²¹ A finales de 2008, Japón aprobó una ampliación de 60 días al período durante el cual las prestaciones de desempleo eran pagaderas a quienes tenían dificultades para encontrar un nuevo empleo (supeditada al lugar de residencia y la edad del beneficiario).

²² La duración del pago de la prestación de desempleo en Letonia se incrementó temporalmente (desde julio 1, 2009 hasta diciembre 31, 2011) a nueve meses en todos los ámbitos.

²³ Esta disposición, introducida en España a finales de 2009 y ampliada en 2010, se complementó con medidas para promover la inserción profesional de los desempleados de larga duración, exigiendo su participación activa.

²⁴ Introducida en 2009; véase Amarante, Arim y Dean, 2013.

²⁵ La extensión de la Compensación de Emergencia por Desempleo (EUC, por sus siglas en inglés) en Estados Unidos comenzó en junio de 2008 y expiró el 1 de enero de 2014.

²⁶ El propósito del Programa de Trabajo Compartido en Canadá era evitar los despidos al ofrecer prestaciones de seguro de desempleo a trabajadores calificados dispuestos a trabajar horas reducidas, mientras su empleador se recuperaba de las condiciones económicas adversas.

tripartita y la negociación colectiva, para dar forma a estas políticas. Las prestaciones de desempleo parcial ayudaron no sólo a contener el aumento del desempleo y el número de beneficiarios de las prestaciones de desempleo total, sino también a mantener en sus puestos a los trabajadores con experiencia para que sus empleadores pudieran reaccionar rápidamente a la eventual recuperación (véase Bonnet, Saget y Weber, 2012; OIT, 2010a, págs. 106-111; OIT, 2011a; Arpaia et al., 2010). Se considera ampliamente que tales medidas fueron exitosas en el fomento de una recuperación económica rápida y en prevenir el desaliento y la pérdida de competencias de los trabajadores. Otros países (por ejemplo, China) introdujeron o extendieron programas destinados a mejorar las competencias de los trabajadores por cuenta ajena y los trabajadores en situación de vulnerabilidad (Aleksynska et al., 2013).

Medidas de contracción: El endurecimiento de las condiciones de ayuda social para el acceso a las prestaciones de los solicitantes de empleo

Mientras que muchos países adoptaron medidas decisivas para ampliar la cobertura de la prestación de desempleo con el fin de mitigar el efecto de la crisis, otros adoptaron medidas de consolidación fiscal incluso en las primeras etapas de la crisis mundial. Entre ellas están el endurecimiento de las condiciones de asistencia social para acceder a las prestaciones de desempleo (por ej., en Irlanda, Reino Unido y Ucrania), los aumentos en el número de pagos de cotización necesarios para tener derecho a percibir las prestaciones de desempleo (en Irlanda y Suiza), la introducción de un mayor umbral de

ingresos para la elegibilidad (en Irlanda), reducciones en el periodo máximo para pagar las prestaciones (en la República Checa, Portugal, Serbia y Suiza), y reducciones en el nivel de las prestaciones (en Rumania y Serbia) (véase Bonnet, Saget y Weber, 2012). Si bien tales medidas podrían haber contribuido a contener el creciente costo de las prestaciones de desempleo, por otro lado podrían haber llevado a un aumento en el gasto en prestaciones de asistencia social. Las reducciones en la duración máxima de las prestaciones (por ej., en Irlanda y la República Checa) o en el nivel de las prestaciones (en Hungría y Letonia), tuvieron un fuerte impacto tanto en los beneficiarios actuales de las prestaciones de desempleo como en los nuevos desempleados.

Inevitablemente, el aumento de las tasas de desempleo llevó a un notable aumento en el número de beneficiarios de las prestaciones de desempleo, el cual se elevó en promedio en un 50 por ciento entre enero de 2008 y principios de 2009. En varios países, entre ellos Australia, Estados Unidos y Nueva Zelanda, el número de beneficiarios se había duplicado para 2009 respecto a los niveles anteriores a la crisis. Desde entonces, el número de beneficiarios se ha reducido; ahora bien, en la mayoría de los países todavía se mantiene muy por encima de los niveles de 2008. Teniendo en cuenta las escasas perspectivas de una recuperación global del empleo (FMI, 2013a; OIT, 2014a), es probable que esta situación continúe. La extensión de las prestaciones de desempleo en algunos países, junto con el creciente número de beneficiarios, ha llevado inevitablemente a un aumento en el gasto en dichos regímenes. En algunos países se han agotado las reservas existentes en los fondos del seguro de desempleo, lo que exige asignaciones presupuestarias para prestaciones financiadas con impuestos.

Recuadro 3.5 De la expansión a la consolidación fiscal: Los ejemplos de Eslovenia y España

En varios países, la expansión inicial de las prestaciones de desempleo en respuesta a la crisis mundial se revirtió posteriormente con el objetivo de consolidar las finanzas públicas.

En enero de 2011, el Gobierno esloveno introdujo la nueva Ley de Regulación del Mercado Laboral como respuesta a la crisis económica, con el objetivo de "aumentar la seguridad de las personas que buscan trabajo, sobre todo los desempleados y las personas cuyo empleo está en riesgo, a través de una respuesta más rápida del Gobierno en el mercado laboral." Sin embargo, las medidas adoptadas en 2013 como parte de un proyecto de ley sobre medidas de emergencia, redujeron temporalmente los niveles de las prestaciones monetarias de desempleo y las prestaciones de maternidad por razones presupuestarias. Las prestaciones monetarias de desempleo se redujeron en un 3 por ciento a un nivel mensual no inferior a €350 pero no mayor a €890 (el límite máximo anterior era de €1,050). Además, en lugar de las prestaciones de desempleo, los desempleados de larga duración percibirían salarios y reembolsos de los gastos relacionados con el empleo a cambio de su participación en los programas de empleo público.

En la fase inicial de la crisis, el Gobierno español decidió ampliar la protección del desempleo temporalmente a quienes habían agotado su derecho a percibir prestaciones y subsidios y se encontraban necesitados debido a la falta de otros ingresos con una asignación de €420 mensuales por un período máximo de seis meses en combinación con medidas de promoción de la inserción profesional. Más recientemente, se ha adoptado varias medidas a fin de disminuir los gastos, incluyendo la reducción del nivel de las prestaciones de desempleo contributivas después de seis meses, el aumento de la edad mínima que da derecho a las prestaciones de desempleo no contributivas para los desempleados de mayor edad, y la introducción de nuevos requisitos para los desempleados de larga duración y las personas con discapacidad en lo que respecta a la aceptación de las ofertas de empleo o formación.

Fuentes: Con arreglo a datos de la Red de Legislación Laboral, el Observatorio Europeo del Empleo y fuentes nacionales.

Como consecuencia, desde 2010 y 2011, un mayor número de países empezó a implementar medidas de consolidación fiscal con el objetivo de corregir la situación financiera tanto de los fondos del seguro de desempleo como de los presupuestos públicos. Esto incluyó a algunos países (como Eslovenia y España) que habían adoptado medidas decisivas para ampliar las prestaciones de desempleo desde el inicio de la crisis, pero que ahora sintieron la necesidad de retirar algunas de estas medidas expansionistas y limitar las prestaciones de desempleo (véase el recuadro 3.5).

Varios países implementaron medidas que cambiaron los derechos y las obligaciones de los solicitantes de empleo respecto del acceso a las prestaciones. Por ejemplo, Canadá, España, Estados Unidos y Reino Unido, endurecieron los requisitos de los beneficiarios de las prestaciones de desempleo en relación con la búsqueda de empleo. Las medidas adoptadas para lograr este objetivo incluyen una definición más amplia del empleo adecuado y obligaciones más estrictas para los solicitantes de empleo con respecto a sus esfuerzos en la búsqueda activa de un nuevo empleo (por ej. en Canadá²⁷), la participación obligatoria en programas de formación y otros programas activos del mercado de trabajo para determinadas categorías de desempleados (por ej. en Brasil,²⁸ Arabia Saudita,²⁹ España, Reino Unido, Estados Unidos y Uruguay³⁰) y sanciones más estrictas para los beneficiarios que rechazan una oferta de empleo adecuado (por ej. en Irlanda³¹ y Nueva Zelanda³²), así también como medidas para mejorar la eficacia de los servicios de empleo en términos de la inserción laboral y la reducción del plazo para las solicitudes de la prestación de desempleo (por ej., en Estados Unidos³³).

El papel de las prestaciones de desempleo durante la crisis mundial ha puesto de relieve dos importantes lecciones en materia de políticas. En primer lugar, se subrayó la importancia de contar con regímenes vigentes de prestaciones de desempleo bien diseñados

que no sólo apoyen la transformación estructural de la economía en tiempos “normales”, sino que también puedan ser intensificados rápidamente en el caso de perturbaciones económicas importantes con el fin de realizar su potencial como estabilizadores automáticos de la demanda agregada. En segundo lugar, los regímenes de prestaciones de desempleo pueden alcanzar su potencial sólo si se financian adecuadamente mediante cotizaciones e impuestos generales. Cuando la financiación es insuficiente, inoportuna y mal diseñada, la reducción de las prestaciones puede tener efectos procíclicos que pueden frustrar la recuperación económica y dar lugar a aumentos sustanciales en la pobreza y la vulnerabilidad.

3.2.8 El énfasis renovado en la (re)integración de los trabajadores desempleados al mercado laboral

Algunas de las medidas implementadas recientemente tuvieron por objeto la (re) integración de los desempleados en el mercado de trabajo, acelerando una tendencia que había comenzado mucho antes de la crisis mundial (véase, por ej., Lødemel y Trickey, 2001; Eichhorst, Kaufmann y Konle-Seidl, 2008). Algunas se adoptaron como parte de la respuesta a la crisis, mientras que otras no están directamente relacionadas con ella. Con el objetivo de lograr una mejor vinculación de las políticas “activas” y “pasivas” del mercado de trabajo, algunas medidas se centran en incentivar a los trabajadores desempleados a participar en programas de formación, búsqueda de empleo y empleo subvencionado, mientras que otros son de carácter más coercitivo.

Muchas de las reformas recientes se orientan a promover y facilitar la inserción o reinserción en el mundo del trabajo de distintos grupos específicos, entre ellos los desempleados de larga duración, los jóvenes, los padres y las madres solteras y las personas con discapacidad. Desde

²⁷ Los cambios introducidos en el marco jurídico canadiense que rige al régimen de seguro de empleo incluyeron una aclaración de la definición de “empleo adecuado” y sobre qué constituye una “búsqueda de empleo razonable” por parte de quienes se acogen a las prestaciones por desempleo. La nueva definición de empleo adecuado amplió la gama de empleos que se requiere que acepten algunos beneficiarios con períodos de desempleo frecuentes, incluyendo empleos no relacionados con su ámbito laboral previo, empleos que pagan el 70 por ciento de sus ingresos anteriores y empleos que implican largos desplazamientos para llegar al trabajo.

²⁸ En Brasil, se creó oportunidades adicionales de formación profesional para los beneficiarios de los programas de transferencia de ingresos, incluyendo a quienes perciben prestaciones de desempleo y transferencias como parte del programa Bolsa Familia.

²⁹ En Arabia Saudita, una serie de medidas estaban dirigidas a los beneficiarios del programa Hafiz: estas incluían la derivación de beneficiarios con dificultades de inserción laboral a centros de colocación, la formación obligatoria, el establecimiento de alianzas con empresas del sector privado para proporcionar formación y oportunidades de empleo, y el fortalecimiento de los servicios de empleo (OIT y Banco Mundial, 2012).

³⁰ En Uruguay, el aumento de los montos de las prestaciones y la ampliación de la duración del pago de seis a ocho meses se acompañaron de una nueva obligación de participar en cursos de formación.

³¹ En Irlanda, se cambió la condicionalidad de las prestaciones en la legislación de bienestar social que entró en vigor a partir de enero de 2011, que estipulaba la no calificación para percibir ciertas prestaciones (o reducciones en los pagos), cuando una persona rechaza una oferta de empleo adecuado o se niega a participar en un curso de formación apropiado u otro programa de apoyo. Antes de esto, la legislación requería únicamente que el beneficiario se encontrara en búsqueda de un empleo y estuviera disponible para trabajar, una disposición que se aplicó de una manera un tanto benigna (Comisión Europea, 2012b).

³² A partir de julio de 2013, las personas desempleadas en Nueva Zelanda tienen que cumplir con las nuevas condiciones para el pago de las prestaciones. Si se rechaza un trabajo adecuado sin una buena razón, las prestaciones podrían reducirse a la mitad para los desempleados con hijos a cargo o interrumpirse durante 13 semanas para los demás. Otras condiciones incluyen aceptar (y pasar) los controles de drogas al solicitar un empleo en algunos sectores, como la conducción de camiones, la construcción y la silvicultura; dar aviso previo al salir del país; y, para los desempleados con hijos, cumplir con las condiciones relativas a la asistencia escolar de los hijos y las obligaciones de cuidado infantil por parte de los padres.

³³ Una reforma de los Servicios de Reempleo y de los programas de Evaluación de Reempleo y Elegibilidad destinados a garantizar una reinserción laboral más rápida, trámites de reclamos más cortos y menos errores en los pagos de la indemnización por desempleo.

Recuadro 3.6 Medidas para facilitar el retorno al trabajo de los padres con hijos pequeños

Varios países han adoptado medidas para ayudar a los padres de familia (en particular a las madres) con niños pequeños a regresar al trabajo.

En Australia, un conjunto de medidas de políticas destinado a facilitar la inserción o reinserción en el mercado laboral de los padres solos incluyen exenciones más generosas a los ingresos como parte de diversas prestaciones de apoyo a los ingresos, orientación profesional y servicios mejorados de guardería.

En Japón, se revitalizó un programa de apoyo a las mujeres en busca de empleo que crían a sus hijos, mediante la oferta de servicios de guardería e información. En 2011, 69,000 mujeres utilizaron el programa con éxito en encontrar un empleo.

En Pakistán se introdujo en 2009 el Programa Benazir de Apoyo a los Ingresos (BISP). El programa apoya a las mujeres de hogares pobres con un paquete combinado de prestaciones monetarias (PKR (rupias pakistaníes) 1,000 al mes: aproximadamente 12 USD) y servicios sociales en especie. Además de hacer extensiva la cobertura del seguro médico a sus beneficiarios (Waseela-e-Sehat), el programa ofrece oportunidades de formación profesional (Waseela-e-Rozgar) a todos los beneficiarios y acceso a apoyo financiero sin intereses (Waseela-e-Haq) a ciertas mujeres que reciben la prestación mensual. El BISP ahora se está implementando en todo el país, con especial atención en las zonas remotas.

En la Federación de Rusia, el acceso a programas de formación destinados a los solicitantes de empleo se extendió a las mujeres con licencia para cuidar a un hijo o hija menor de tres años. En 2011, 26,200 mujeres con licencia se beneficiaron de estos programas, de las cuales 15,700 encontraron empleo. Otras medidas incluyen la introducción de formas de trabajo flexibles, programas de autoempleo dirigidos a las mujeres, y la educación preescolar para niños de tres a siete años.

Fuentes: Trabajos preliminares de la OIT y la OCDE, 2013; Aleksynska et al., 2013; fuentes nacionales

2010, la mayoría de las medidas adoptadas particularmente en los países desarrollados han estado destinadas a reducir el desempleo al proporcionar un mejor apoyo a los desempleados para insertarse o reinsertarse en el mundo del trabajo y estimular la creación de empleo. Este es el caso, por ejemplo, de las medidas introducidas para alcanzar los objetivos del "Paquete de Inversión Social" (PIS) de la Comisión Europea (Comisión Europea, 2013a). También en los últimos años, se ha iniciado el otorgamiento de subsidios salariales y laborales, así también como de créditos para fomentar la creación de empleo en muchos países, tales como Arabia Saudita, Argentina, Brasil, Canadá, Estados Unidos, Francia, Rusia y Sudáfrica.

Un número importante de estas medidas se centran en vincular los desembolsos de las prestaciones en efectivo con las políticas activas del mercado laboral, tales como los programas de formación, el desarrollo de competencias, mejores servicios de empleo, u orientación profesional y tutoría. Estas incluyen esfuerzos por proporcionar a los solicitantes de empleo y los beneficiarios de prestaciones de desempleo un mejor acceso a la formación, el reciclaje profesional, la certificación y la inserción laboral (por ej., en Arabia Saudita y en la Federación de Rusia³⁴), apoyo personalizado (por ej., en Reino Unido³⁵), oportunidades de formación y de empleo subvencionado (por ej., en Arabia Saudita³⁶), y apoyo en el cumplimiento de los requisitos de búsqueda de empleo y actividad profesional (España), así

³⁴ En 2010, la Federación de Rusia inició un programa destinado a proporcionar servicios de formación, reciclaje profesional, formación avanzada y certificación a los demandantes de empleo.

³⁵ El Programa de Trabajo del Reino Unido ofrece apoyo personalizado a los solicitantes de empleo a través de proveedores del sector público, privado o voluntarios, a quienes se les paga sobre la base de los resultados de inserción y retención en materia de empleo.

³⁶ En Arabia Saudita, las oportunidades de formación profesional, formación especializada y formación en el puesto de trabajo se proporcionan a través de alianzas con empleadores privados.

³⁷ La Iniciativa Selectiva para los Trabajadores de Edad de Canadá apoya a los trabajadores desempleados mayores provenientes de comunidades pequeñas y vulnerables a mejorar sus competencias con el fin de que vuelvan a trabajar.

³⁸ El Programa de Asistencia a los Veteranos para su Reciclaje Profesional (VRAP), apoya a los veteranos del ejército en su vuelta al trabajo mediante la acreditación de hasta 12 meses de formación especializada.

³⁹ El Ministerio de Empleo y Trabajo de Argentina implementa varias transferencias de ingresos y programas de apoyo para hacer frente a los riesgos y consecuencias asociados con el desempleo y el subempleo. El conjunto global de las políticas proporciona respuestas dirigidas a las necesidades específicas de los diferentes grupos. El régimen de seguro de desempleo de carácter contributivo proporciona una cierta compensación de los ingresos de los trabajadores formales que pierden sus puestos de trabajo. Como complemento, para el empleo formal, el Programa para la Recuperación Productiva (REPRO), apoya a las empresas que tienen dificultades para mantener los puestos de trabajo. Además, para aquellos que no están cubiertos por el régimen de seguro de desempleo y para los que hayan agotado su derecho a las prestaciones, el plan del Seguro de Capacitación y Empleo proporciona formación profesional y orientación a través de las oficinas de empleo municipales. Además, el Programa Interzafra facilita la transición entre contratos temporales o estacionales mediante el apoyo a los trabajadores con un subsidio pecuniario. Por último, el Programa Jóvenes con Más y Mejor Trabajo, tiene por objetivo promover la inclusión social y laboral de los jóvenes a través de transferencias monetarias, orientación laboral y apoyo educativo.

⁴⁰ Las llamadas "reformas Hartz" en Alemania, en particular la unificación de la asistencia al desempleo con la asistencia social en 2005 para los beneficiarios considerados como susceptibles de ser empleados, destinadas a proporcionar un conjunto integrado de prestaciones y servicios para los solicitantes de empleo y mejorar la empleabilidad de los beneficiarios de la asistencia social (véase, por ejemplo, Alber y Heisig, 2011; Clasen y Goerne, 2011).

también como medidas específicas para apoyar a los jóvenes (por ej., en Argentina), los trabajadores de más edad (por ej., en Canadá³⁷) y otros grupos específicos (por ej., en Estados Unidos³⁸). En algunos países (como Japón, Pakistán, y la Federación de Rusia), se ha introducido medidas para facilitar el empleo de los padres de familia, especialmente las mujeres con hijos pequeños (véase el recuadro 3.6).

Estas políticas a menudo se han vinculado con esfuerzos más amplios para ofrecer un paquete integral de políticas “activas” y “pasivas” del mercado de trabajo, o, en términos más generales, para brindar servicios integrales de empleo y de protección social (por ej., en Argentina,³⁹ Brasil y Alemania⁴⁰). Dichos paquetes integrales están dirigidos no sólo a los destinatarios de las prestaciones de desempleo, sino también a los beneficiarios de otros tipos de prestaciones de asistencia social bajo un paraguas común de políticas de activación (Clasen y Clegg, 2011). Por ejemplo, Alemania y Francia han implementado medidas para combinar las prestaciones de desempleo con la asistencia social para los beneficiarios “susceptibles de ser empleados,” y para fusionar su administración con los servicios de colocación laboral mediante “ventanillas únicas,” con un mayor énfasis en servicios descentralizados basados en “contratos de inclusión” individualizados.⁴¹ Estas políticas son particularmente pertinentes en el contexto de los altos niveles de desempleo de larga duración, teniendo en cuenta que los trabajadores desalentados podrían ser dados de baja de los registros de los servicios de empleo.

Si bien tales medidas están destinadas a proporcionar un paquete integral de apoyo a las personas al combinar las prestaciones monetarias con los servicios de empleo, el desarrollo de competencias y el apoyo psicosocial, en caso necesario, hay quienes han expresado preocupaciones por el hecho de que los contratos de inclusión individualizados podrían debilitar los derechos sociales si conducen a la aplicación no homogénea de los marcos legales (Künzel, 2011).

Asimismo, si bien la participación en la formación, el reciclaje profesional y otras medidas similares tienen por objeto facilitar un retorno más rápido al trabajo, la expectativa o el requerimiento de participar también puede significar un control más estricto en el otorgamiento de las prestaciones, así como obligaciones adicionales para los solicitantes de empleo con respecto a sus derechos a las mismas. Tales medidas podrían dar lugar a la exclusión o discriminación de ciertos grupos de beneficiarios y la restricción del acceso efectivo a las prestaciones. Por lo tanto, el diseño e implementación cuidadosos de las medidas de activación son necesarios para garantizar que éstas no den lugar a efectos no deseados.

3.2.9 Desafíos

Como se destaca en esta sección, la protección ante el desempleo desempeña una función múltiple en garantizar la seguridad de los ingresos a los trabajadores desempleados y al mismo tiempo prestar apoyo a la transformación estructural de las economías nacionales y mitigar las perturbaciones que sufre la demanda. Una de las lecciones extraídas de la crisis mundial es la importancia de contar con sistemas eficaces de prestaciones de desempleo vigentes con antelación a una crisis con el fin de garantizar que éstos sean totalmente funcionales como estabilizadores automáticos de la demanda agregada en caso de una recesión económica. Sin embargo, un gran número de países carecen de regímenes eficaces de prestaciones de desempleo y muchos otros tienen regímenes que proporcionan sólo cobertura limitada. En consecuencia, el potencial de dichos regímenes para hacer frente a las crisis de empleo, así como para apoyar el cambio económico, sigue en gran medida sin lograrse. En vista de esto, es tanto más alentador que recientemente se haya introducido regímenes de protección en caso de desempleo en varias economías emergentes y que otros países estén considerando reformas similares. Al mismo tiempo, es necesario intensificar los esfuerzos por introducir medidas, siempre que sea posible, para mejorar la eficacia de los regímenes existentes y fortalecer sus vínculos con los programas que apoyan la inserción o reinserción laboral, la mejora de las competencias y otras políticas activas del mercado de trabajo.

Podría ser necesario combinar una variedad de medidas con el fin de mejorar la protección en los países con una alta proporción de empleo informal, que por lo general va acompañada del subempleo estructural a gran escala. Tales medidas pueden incluir el seguro de desempleo junto a regímenes de garantía del empleo y asistencia social u otros programas de transferencias monetarias, dependiendo del contexto nacional, las que juntas pueden conformar un piso de protección social efectivo para los trabajadores desempleados y sus familias, de conformidad con la Recomendación núm. 202.

Las prestaciones de desempleo no han funcionado por sí solas en proteger los ingresos, promover el empleo y propiciar una rápida recuperación durante la crisis mundial. Las medidas adoptadas para fortalecer otras prestaciones de la seguridad social, tales como las pensiones, las prestaciones de enfermedad, las prestaciones de asistencia social y el acceso a los servicios de salud, también desempeñan un papel importante en amortiguar el impacto de la crisis en los hogares y las economías por igual.

⁴¹ Desde las reformas de 2005 en Alemania (véase la nota 40), la administración de estas prestaciones monetarias se combina con servicios de empleo en los centros de empleo. La asistencia social ahora se limita a las personas no susceptibles de ser empleadas, y se administra por separado. En Francia, se sigue una política de inclusión activa a través del Revenu de Solidarité Active (2009), cuya administración y vinculación con los servicios de empleo están altamente descentralizadas.

La coordinación de la protección en caso de desempleo con otras áreas de la política de seguridad social es, por lo tanto, esencial, así como lo es la coordinación con los servicios de empleo y otros afines. Para ser plenamente eficaces en el apoyo a los cambios económicos y respuestas a las crisis, las prestaciones de desempleo deben complementarse con la formación, el reciclaje profesional y otras políticas activas del mercado de trabajo. Estas oportunidades deben estar a disposición tanto de los beneficiarios de las prestaciones de desempleo como de los no beneficiarios, y para todos los trabajadores, ya sea que laboren en la economía formal o informal. La coordinación efectiva con tales políticas de empleo permitirá que las prestaciones de desempleo cumplan su función de la manera más eficiente.

3.3 La protección en caso de accidentes del trabajo y enfermedades profesionales

IDEAS FUNDAMENTALES

- Sólo el 33.9 por ciento de la población activa mundial está cubierto por ley en caso de accidentes del trabajo y enfermedades profesionales a través del seguro social obligatorio. Si se incluye la cobertura del seguro social voluntario y los regímenes de responsabilidad del empleador, el 30.4 por ciento de la población activa está protegido de conformidad con la ley.
- En la práctica, el acceso real a la protección en caso de accidentes del trabajo y enfermedades profesionales es aún menor, debido en gran parte a la aplicación incompleta de la legislación en muchos países.
- La baja cobertura de la indemnización por accidentes del trabajo y enfermedades profesionales en muchos países de ingresos bajos y medios, apunta a la necesidad urgente de mejorar las condiciones laborales en materia de seguridad y salud en el trabajo, así como la cobertura de la protección en caso de accidentes del trabajo y enfermedades profesionales para todos los trabajadores, incluidos los de la economía informal.
- A medida que más países se apartan de los regímenes de responsabilidad del empleador como base de la protección en caso de accidentes del trabajo y enfermedades profesionales y adoptan mecanismos basados en el seguro social, es más factible que se mejore los niveles de protección de los trabajadores, pero sólo si se aplica efectivamente las nuevas leyes.

3.3.1 La protección de los trabajadores afectados por accidentes del trabajo y enfermedades profesionales

Los regímenes que conceden prestaciones monetarias y en especie en casos de accidentes del trabajo y enfermedades profesionales, constituyen en muchos países la rama más antigua de la seguridad social. Estos regímenes se establecieron para abordar uno de los desafíos clave de los lugares de trabajo modernos. Como corolario de su responsabilidad de garantizar condiciones que aseguren la seguridad y salud de sus trabajadores, los empleadores son responsables de garantizar una indemnización justa, equitativa y eficaz a los trabajadores (y, en caso de fallecimiento, a sus sobrevivientes), por la pérdida de ingresos sufrida como consecuencia de un accidente o enfermedad profesional y por su acceso a la asistencia médica necesaria (que cubra los servicios médicos y otros servicios y bienes afines, incluida la rehabilitación médica). Cuando no existen tales mecanismos, la única probabilidad de indemnización para una persona lesionada en el trabajo, o para sus sobrevivientes, es la acción contra el empleador ante los tribunales ordinarios. Los litigios de este tipo son generalmente largos, costosos y estresantes para las víctimas y por lo tanto rara vez son eficaces en proporcionar una indemnización efectiva a los trabajadores lesionados o a la familia u a otras personas a cargo de los trabajadores fallecidos.

Así, se introdujo regímenes no contenciosos en varios países en una fase temprana con el fin de garantizar el otorgamiento oportuno de prestaciones a los trabajadores lesionados y a las personas a su cargo, el establecimiento de mecanismos de financiación previsible y sostenibles y la administración eficiente de los fondos. La primera generación de dichos regímenes consistía en “regímenes de indemnización a los trabajadores,” en virtud de los cuales la indemnización de un trabajador o las personas sobrevivientes a su cargo es una responsabilidad legal impuesta al empleador. Este enfoque lo sustenta el principio de que los empleadores deben proporcionar a sus trabajadores un entorno de trabajo seguro y saludable, y que el no hacerlo los hace responsables de las consiguientes pérdidas sufridas por los trabajadores o por sus familiares. Dado que la carga financiera del cumplimiento de esta obligación recae exclusivamente en los empleadores, dichos regímenes a menudo les obligan a contratar un seguro privado. La experiencia ha demostrado, no obstante, que aun cuando tal obligación existe en la ley, los resultados de estos regímenes son a menudo escasamente óptimos. La necesidad de procesar una solicitud de seguro, lo que implica la necesidad de obtener la información relevante y someterse a evaluaciones médicas rigurosas, pueden causar serios retrasos en la obtención del tratamiento y las prestaciones. Además, un empleador podría mostrarse reacio a hacer una reclamación por temor a otras implicaciones legales. En reconocimiento de estos inconvenientes, muchos países han sustituido los regímenes de responsabilidad del empleador con el seguro social, que en efecto extiende el principio de responsabilidad objetiva (*no-fault principle*) para distribuir los costos de los accidentes del trabajo y las

Recuadro 3.7 Las normas internacionales relativas a la protección en caso de accidentes del trabajo y enfermedades profesionales

El derecho a la protección en caso de accidentes del trabajo y enfermedades profesionales está consagrado en la Declaración Universal de los Derechos Humanos (DUDH) de 1948 y el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC) de 1966. La realización de este derecho requiere la aplicación de condiciones de trabajo seguras y saludables, la prevención, tratamiento y control de las enfermedades profesionales, y el otorgamiento de prestaciones adecuadas, monetarias o en especie, que garanticen el acceso a la atención de salud y la seguridad de los ingresos de manera adecuada a las víctimas de accidentes del trabajo y enfermedades profesionales y a los familiares a su cargo.¹

La protección en caso de accidentes del trabajo y enfermedades profesionales ha sido objeto de una serie de convenios y recomendaciones adoptados por la OIT desde sus comienzos. De conformidad con el Convenio núm. 102 (Parte VI), las contingencias cubiertas deberán comprender cualquier condición que impacte negativamente en la salud y la incapacidad de trabajar y ganar, ya sea temporal o permanente, total o parcial, ocasionada por un accidente del trabajo o una enfermedad profesional. Si el trabajador fallece como consecuencia de un accidente del trabajo o de una enfermedad profesional, la protección también incluye la pérdida de medios de subsistencia sufrida por las personas a su cargo. En consecuencia, la disposición debe incluir la asistencia médica y servicios afines, con el fin de conservar, restablecer o mejorar la salud de la persona protegida o su aptitud para trabajar y hacer frente a sus necesidades personales. También deberá concederse una prestación monetaria a la persona protegida o a las personas a su cargo, sea cual sea el caso, a un nivel garantizado y de forma periódica, que desempeñe la función de sustitución de los ingresos o de los medios de subsistencia. Si el grado de discapacidad es mínimo, se puede pagar la prestación como capital pagado de una sola vez, bajo ciertas condiciones.

El Convenio sobre las prestaciones en caso de accidentes del trabajo y enfermedades profesionales, 1964 (núm. 121), y la Recomendación que le acompaña, núm. 121, establecen normas más estrictas, sobre todo en términos de la cobertura de la población y el nivel de las prestaciones que se proporcionarán (véase el anexo III). El Convenio núm. 121, también reconoce la importancia de un enfoque integrado para mejorar las condiciones de trabajo, lo que limita el impacto de los accidentes del trabajo y las enfermedades profesionales y facilita la reinserción de personas con discapacidad en el mercado laboral y en la sociedad; para tales fines, el Convenio obliga al Estado a tomar medidas para prevenir accidentes de trabajo y enfermedades profesionales, proporcionar servicios de readaptación y asegurar a los trabajadores desplazados a encontrar y reintegrarse a un empleo adecuado.

El enfoque adoptado por la Recomendación núm. 202 es diferente, reflejando su enfoque en la prevención o mitigación de la pobreza, la vulnerabilidad y la exclusión social a través de garantías de la seguridad de los ingresos, en lugar de en los riesgos específicos de la vida; como tal, reconoce la enfermedad y la discapacidad, por cualquier causa o en cualquier grado, como una fuente potencial de inseguridad financiera que debe abordarse, en la medida en que impide a las personas en edad activa obtener los ingresos suficientes. De la misma manera, la Recomendación núm. 202, exige el acceso garantizado como mínimo a una atención de salud esencial para todas las personas necesitadas durante el ciclo de vida, sin importar cuál sea la causa de la discapacidad o problema de salud para el que se requiere de tal atención. Se puede garantizar la seguridad básica de los ingresos y el acceso a la atención de salud esencial a través de una variedad de enfoques que combinan regímenes contributivos y no contributivos y diferentes tipos de prestaciones, tales como las prestaciones de discapacidad y de accidentes del trabajo y enfermedades profesionales, así como otras prestaciones sociales monetarias o en especie. Particularmente relevante para la protección en caso de accidentes del trabajo y enfermedades profesionales es el llamado adicional de la Recomendación a la combinación de medidas preventivas, promocionales y activas con las prestaciones y servicios sociales, y la coordinación de políticas de protección social con políticas que promuevan, entre otras cosas, el trabajo seguro dentro de un marco de trabajo decente.

1 DUDH, Artículo 25(1), PIDESC, Art. 7(b), 12(b) y (c). Véase también PIDESC, Observación General No. 19, “El derecho a la seguridad social” (Art. 9), párrafos 2 y 16(e)

enfermedades profesionales en el conjunto de la sociedad (o al menos a aquella parte representada en el mercado de trabajo formal).

Este cambio en la forma de abordar la protección en caso de accidentes del trabajo y enfermedades profesionales se ha visto reflejado en las normas adoptadas por la OIT desde sus primeros días (véase el recuadro 3.7).

La eficacia de los regímenes en abordar la contingencia específica de los accidentes del trabajo y las enfermedades profesionales se basa en un conjunto específico de principios:

1. responsabilidad objetiva (“no fault”): un trabajador que se lesiona (o sus sobrevivientes, en caso de muerte), debe tener

derecho a prestaciones sin necesidad de probar “culpa” alguna de parte del empleador;

2. la asunción colectiva de la responsabilidad; y
3. la gobernanza neutral en algún nivel específico de la administración del régimen; es decir, que el derecho a la prestación se puede establecer fuera de la relación contractual entre un trabajador y su empleador.

Dentro de este marco, el objetivo de los regímenes de indemnización por accidentes del trabajo y enfermedades profesionales en la mayoría de los países es, satisfacer las necesidades de los trabajadores

que resulten incapacitados por un accidente del trabajo o una enfermedad profesional, o de los familiares a su cargo, a través de:

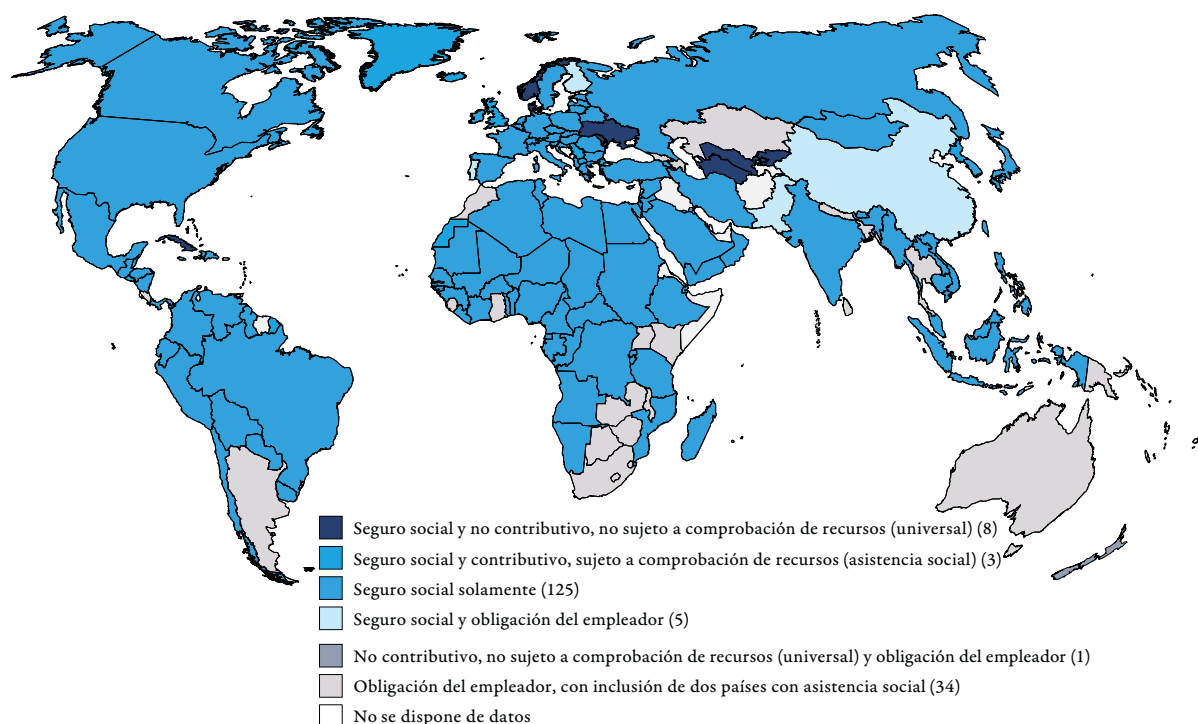
- atención de salud y servicios afines apropiados y pertinentes,
- sustitución de los ingresos, en forma de prestaciones monetarias periódicas, en caso de invalidez, la cual puede ser evaluada como
 - temporal o permanente,
 - parcial o total, y
- prestaciones contingentes (pagos pecuniarios periódicos y subvenciones funerarias) pagaderas a los sobrevivientes (viudas/os, hijos/as u otros familiares a su cargo, según corresponda) en caso de fallecimiento.

Muchos regímenes nacionales de indemnización por accidentes del trabajo y enfermedades profesionales cuentan con un conjunto de objetivos más amplios, tales como el reemplazo de los trabajadores lesionados o enfermos y el fomento y

mantenimiento de niveles decentes de seguridad y salud en el lugar de trabajo. Estos objetivos sólo pueden alcanzarse con eficacia si existe un alto nivel de integración de políticas, no sólo entre las diferentes ramas de los regímenes seguridad social, sino también entre los ámbitos de los mercados de trabajo, la inspección laboral y la seguridad y la salud en el trabajo (SST).

El pago de una indemnización adecuada en caso de discapacidad parcial permanente representa uno de los mayores desafíos en la rama de accidentes del trabajo y enfermedades profesionales de la protección social. Un enfoque que se centra en la pérdida de la función corporal tiende a compensar esencialmente la pérdida fisiológica y puede resultar en el exceso o la insuficiencia de la indemnización desde el punto de vista económico, incluso si el grado de discapacidad no se evalúa exclusivamente sobre la base de factores médicos. Un enfoque que se basa en la capacidad de obtener ingresos busca relacionar el nivel de la prestación con la pérdida económica derivada de la lesión o la enfermedad profesional; esto impone requisitos

Figura 3.12 Protección en caso de accidentes del trabajo y enfermedades profesionales: Distribución por tipo de régimen, 2012/13



Notas: Las cifras entre corchetes se refieren al número de países en cada categoría. En los Países Bajos, no existe un programa específico de protección en caso de accidentes del trabajo y enfermedades profesionales. Las disposiciones de la legislación de 1966 y 1968, relativas a las prestaciones de enfermedad y de maternidad y los regímenes de pensiones de discapacidad (del tipo del seguro social) se aplican a todas las discapacidades, estén o no relacionadas con el trabajo. Dichos regímenes se clasifican aquí como seguro social. En los ocho países que combinan un tipo de régimen universal con el seguro social, el término "universal" se refiere a la asistencia médica. Para obtener información sobre cada país, sírvase consultar el anexo IV, cuadro B.4.

Fuentes: Cálculos de la OIT con arreglo a datos de la SSA/AISS, 2012; SSA/AISS, 2013a; SSA/AISS, 2013b; y SSA/AISS, 2014.

Enlace: <http://www.social-protection.org/gimi/gess/RessourceDownload.action?ressource.ressourceId=43177>.

administrativos exigentes para la gestión de las solicitudes y necesita ser complementado por servicios de rehabilitación bien desarrollados con el fin de desarrollar las capacidades residuales de los trabajadores lesionados. Esto a su vez requiere la plena participación de los empleadores en el programa de rehabilitación si se ha de tener éxito. Para lograrlo, un sistema de clasificación que tenga en cuenta el desempeño pasado de los empleadores en relación con los accidentes del trabajo y las enfermedades profesionales se puede utilizar como un incentivo para fomentar la participación de los empleadores en facilitar la vuelta al trabajo de los trabajadores lesionados, pero esto sólo es posible en medianas y grandes empresas.

Cuando se trata de la implementación, otro criterio importante para medir la eficacia de los regímenes de indemnización por accidentes del trabajo y enfermedades profesionales es la capacidad del sistema de garantizar que los trabajadores lesionados tengan acceso a los establecimientos, bienes y servicios de salud que necesitan, y que las prestaciones monetarias lleguen sin demoras a los trabajadores lesionados o sus sobrevivientes. El pago oportuno de las prestaciones requiere la creación de sistemas de información eficaces y medidas complementarias para ayudar a las víctimas y a sus supervivientes a acceder a las prestaciones del seguro de accidentes del trabajo y enfermedades profesionales a través de procedimientos de reclamación sencillos y eficientes. Los sistemas de información de accidentes del trabajo y enfermedades profesionales son algunas de las herramientas que se pueden utilizar para facilitar el acceso.

3.3.2 Tipos de regímenes de protección en caso de accidentes del trabajo y enfermedades profesionales

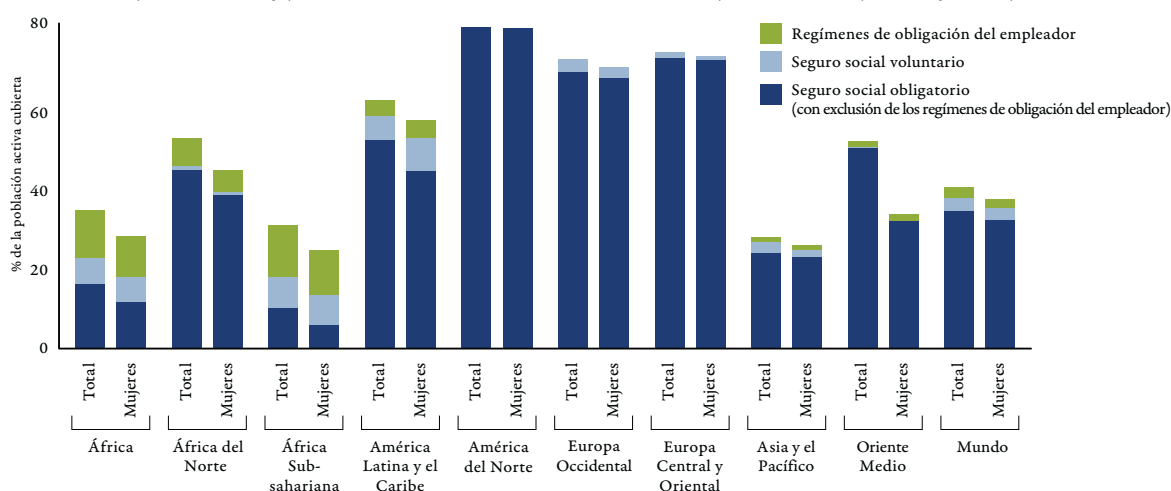
La mayoría de los países han adoptado el enfoque del seguro social para abordar los accidentes del trabajo y las enfermedades profesionales, aunque algunos países han conservado algunos elementos del enfoque de responsabilidad del empleador. Esto podría facilitar la cobertura de los trabajadores que no están obligatoriamente incluidos en dichos regímenes pero que desean afiliarse de forma voluntaria. En muy pocos países, sobre todo en los Países Bajos, se ha integrado plenamente la cobertura en caso de accidentes del trabajo y enfermedades profesionales con regímenes que ofrecen cobertura contra discapacidades no relacionadas con el trabajo.

La figura 3.12 ilustra los patrones de cobertura mundial. Se puede observar que el énfasis en el seguro social, a diferencia de los regímenes de primera generación que funcionan en virtud del principio de responsabilidad del empleador, es mayor en Europa, Asia Central y el Oriente Medio, y más bajo en las Américas, África y Asia y el Pacífico. En las últimas regiones, los regímenes de responsabilidad del empleador siguen vigentes en varios países.

3.3.3 Alcance de la cobertura legal

La cobertura legal en caso de accidentes del trabajo y enfermedades profesionales protege principalmente los trabajadores de la

Figura 3.13 Protección en caso de accidentes del trabajo y enfermedades profesionales: Cálculos regionales de la cobertura legal (población total y población femenina), al último año con datos disponibles (como porcentaje de la población activa)

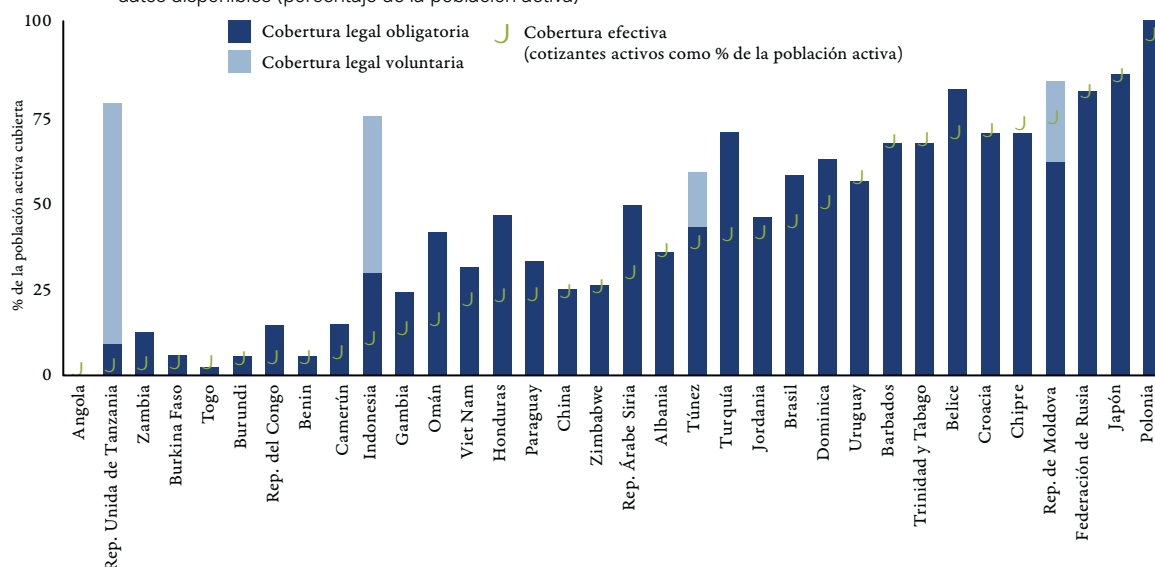


Notas: Estimaciones regionales y mundiales ponderadas por la población económicamente activa, 2012 (ICMT/OIT, 8ª edición). Para obtener información sobre cada país, sírvase consultar el anexo IV, cuadro B.4.

Fuentes: Departamento de Protección Social de la OIT, con arreglo a datos de la SSA/AISS, 2012; SSA/AISS, 2013a; SSA/AISS, 2013b; SSA/AISS, 2014; LABORSTA/OIT (datos de 2014); ICMT/OIT (8ª edición); textos legislativos nacionales; datos estadísticos nacionales utilizados para realizar las estimaciones de la cobertura legal.

Enlace: <http://www.social-protection.org/gimi/gess/RessourceDownload.action?ressource.ressourceId=37025>.

Figura 3.14 Protección en caso de accidentes del trabajo y enfermedades profesionales: Cobertura legal y efectiva, al último año con datos disponibles (porcentaje de la población activa)



Fuente: Para la cobertura legal, véase la figura 3.13. Para la cobertura efectiva: Base de datos de la OIT/ESS.

Enlace: <http://www.social-protection.org/gimi/gess/RessourceDownload.action?ressource.ressourceId=37029>.

50

economía formal, mientras que los trabajadores de la economía informal raramente están cubiertos. La figura 3.13 resume la cobertura mundial y las variaciones regionales. A nivel mundial, sólo el 33.4 por ciento del total de población económicamente activa y sólo 31.7 por ciento de la población femenina económicamente activa se encuentra cubierto obligatoriamente por ley a través del seguro social. Cuando se incluyen regímenes de seguro social voluntario y de responsabilidad del empleador, el 39.6 por ciento de la población económicamente activa está cubierto por ley (el 36.7 por ciento de la población femenina económicamente activa); sin embargo, las tasas de cobertura eficaces pueden ser significativamente más bajas (véase más adelante). No es de sorprender que las tasas de cobertura legal reflejen el patrón general de la cobertura de la protección social, con altos niveles en Europa (tanto Occidental como Oriental) y América del Norte; niveles más moderados, pero aún sustanciales, en América Latina; y niveles mucho más bajos en el África Subsahariana y en la mayoría de Asia.

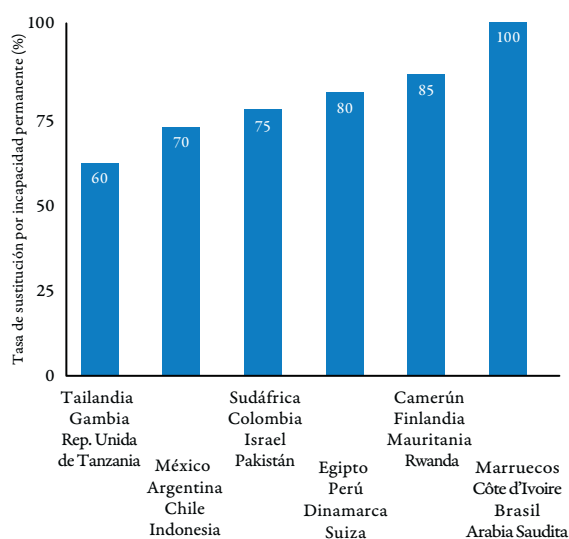
Las diferencias de género en la cobertura legal en caso de accidentes del trabajo y enfermedades profesionales son particularmente altas en el Oriente Medio y África, donde las tasas de cobertura para las mujeres están, respectivamente, 18 y 13 puntos porcentuales por debajo de las tasas de cobertura globales. En los países latinoamericanos, la mayor diferencia de género es en el acceso al seguro social, lo cual refleja en gran medida la sobrerrepresentación femenina en los distintos tipos de ocupación que normalmente están excluidos de la cobertura legal, que van desde el trabajo familiar no remunerado hasta el trabajo por cuenta propia.

3.3.4 Alcance de la cobertura efectiva

La cobertura legal no se traduce necesariamente en cobertura efectiva, por varias razones; en efecto, como muestra la figura 3.14, las dos divergen ampliamente en muchos países. En la mayoría de los países para los que se dispone de datos, el número de cotizantes (en la mayoría de los casos los empleadores cotizan en nombre de sus empleados) es inferior al número de los cubiertos por ley. En la figura destaca a un pequeño grupo de países que, sobre una base teórica, alcanzan altos niveles de cobertura, pero en base a la participación voluntaria (un principio adoptado en particular para promover el acceso al régimen de los trabajadores por cuenta propia). Esto es más notable en los casos de Indonesia y la República Unida de Tanzania, donde las tasas de cobertura legal, incluyendo la cobertura voluntaria, se sitúan muy por encima del 70 por ciento de la población económicamente activa, pero en la práctica menos del 10 por ciento de la población económicamente activa está cubierta realmente. De hecho, no es inusual que una parte de las personas con derecho reconocido por ley se acojan a la cobertura voluntaria. Las posibles razones de esta baja afiliación incluyen la escasa capacidad contributiva de la población cubierta, la insuficiente comprensión de la importancia de la cobertura, el desfase entre las prestaciones otorgadas y las verdaderas necesidades o los procedimientos excesivamente complejos que desalientan la afiliación.

⁴² Esta observación tiene aspectos similares a los de la discusión de las oportunidades de empleo para los trabajadores mayores en la Conferencia Internacional del Trabajo en 2013 (OIT, 2013i).

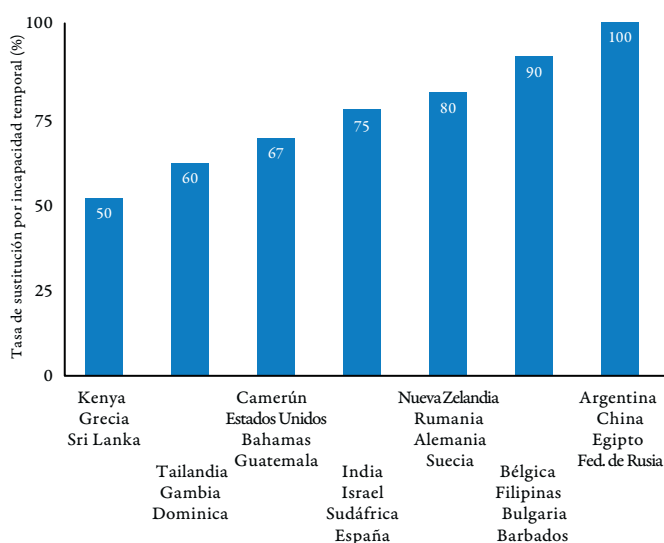
Figura 3.15 Protección en caso de accidentes del trabajo y enfermedades profesionales: Tasas de sustitución por discapacidad permanente



Fuentes: Cálculos de la OIT con arreglo a datos de la SSA/AISS, 2012; SSA/AISS, 2013a; SSA/AISS, 2013b; y SSA/AISS, 2014.

Enlace: <http://www.social-protection.org/gimi/gess/RessourceDownload.action?ressource.ressourceId=37031>.

Figura 3.16 Protección en caso de accidentes del trabajo y enfermedades profesionales: Tasas de sustitución por discapacidad temporal



Fuentes: Cálculos de la OIT con arreglo a datos de la SSA/AISS, 2012; SSA/AISS, 2013a; SSA/AISS, 2013b; y SSA/AISS, 2014.

Enlace: <http://www.social-protection.org/gimi/gess/RessourceDownload.action?ressource.ressourceId=37030>.

3.3.5 La suficiencia de las prestaciones para cubrir las necesidades de los trabajadores

Las prestaciones de accidentes del trabajo y enfermedades profesionales que causan discapacidad permanente generalmente se pagan en forma de pensiones. Los regímenes varían ampliamente en el porcentaje del ingreso otorgado previo a la discapacidad (la tasa de sustitución), como se muestra en la figura 3.15. Lo mismo se aplica a la incapacidad temporal, como se muestra en la figura 3.16, con variantes en la duración de la prestación.

Es importante brindar oportunidades de empleo adecuadas a los trabajadores discapacitados por causa de accidentes del trabajo o enfermedades profesionales.⁴² China proporciona un ejemplo interesante en este sentido. Para ciertos grados de discapacidad, el empleador debe proporcionar un empleo adecuado o pagar una pensión equivalente al 60 por ciento o más de los ingresos netos mensuales del trabajador lesionado.

3.3.6 Avances recientes

Desde una perspectiva global, llama la atención que si bien la mayoría de países han establecido sistemas de indemnización por accidentes del trabajo y enfermedades profesionales de algún tipo, muchos países de ingresos bajos siguen dependiendo del principio de responsabilidad del empleador en lugar del seguro social. Es, además, dudoso si los países con sistemas débiles de aplicación y supervisión tienen la capacidad de supervisar y garantizar el cumplimiento de la

ley. Además, las necesidades de los trabajadores de una protección eficaz en caso de accidentes del trabajo y enfermedades profesionales, están inadecuadamente tratadas en los contextos donde prevalece la informalidad del empleo.

En este contexto, es pertinente señalar las implicaciones del accidente del edificio Rana Plaza en Dhaka, Bangladesh, en abril de 2013. Más de 1,000 trabajadores de las unidades industriales ubicadas en el edificio perdieron la vida cuando éste se derrumbó y otros 2,500 resultaron heridos (para más detalles, véase el recuadro 3.8). Tras este incidente –entre otras muchas preocupaciones relacionadas entre sí en materia de seguridad y salud en el trabajo, protección social y condiciones del mercado laboral–, ha quedado muy claro que el número de personas afectadas ha ido en aumento como consecuencia de la falta de un régimen eficaz de protección en caso de accidentes del trabajo y enfermedades profesionales. Recientemente, muchos países han estado desarrollando e implementando programas nacionales de seguridad y salud en el trabajo, en consonancia con el Convenio de la OIT sobre el marco promocional para la seguridad y la salud en el trabajo, 2006 (núm. 187). Tales programas pueden incluir el seguro en caso de accidentes del trabajo y enfermedades profesionales, el fortalecimiento de los sistemas de información de accidentes del trabajo y enfermedades profesionales, mecanismos de indemnización oportuna y medidas preventivas.

La transición de los regímenes de responsabilidad del empleador a los regímenes de indemnización basados en el seguro social, y el establecimiento de los mismos en países que antes no contaban con mecanismos de protección, constituye una mejora significativa en la seguridad social de los trabajadores. En Camboya, el régimen

Recuadro 3.8 El colapso del edificio Rana Plaza y sus implicaciones para la seguridad social en caso de accidentes del trabajo y enfermedades profesionales

El 24 de abril de 2013, el edificio Rana Plaza en Dacca, Bangladesh, que albergaba cinco fábricas de ropa, se derrumbó, matando al menos a 1,132 personas y lesionando a más de 2,500. Sólo cinco meses antes, al menos 112 trabajadores habían perdido la vida en otro trágico accidente, atrapados dentro del edificio en llamas de la fábrica Tazreen Fashions en las afueras de Dacca. Estos desastres, entre los peores accidentes industriales de la historia, despertaron la atención mundial respecto de las malas condiciones laborales que afrontan los trabajadores en el sector de la confección en Bangladesh. Por unos de los salarios más bajos del mundo, millones de personas, la mayoría de ellos niñas y mujeres, se exponen todos los días a un ambiente de trabajo sin protección con una alta incidencia de accidentes y muertes relacionadas con el trabajo, así como de enfermedades profesionales. La mayor parte de las fábricas no cumplen con las normas requeridas por la legislación en materia de construcción y diseño. Como resultado, las muertes por causa de incendios y colapsos de edificios son frecuentes. Ante la falta de un sistema eficiente de inspección del trabajo y de mecanismos sólidos de aplicación, el trabajo decente y la vida digna están todavía muy lejos de ser una realidad para la gran mayoría de los trabajadores de la industria de la confección y sus familias.

Habida cuenta de las condiciones de trabajo peligrosas y el alto riesgo de exposición a los accidentes del trabajo y las enfermedades profesionales en este sector, el otorgamiento de prestaciones adecuadas es de importancia capital para compensar a los trabajadores perjudicados por la pérdida de ingresos y garantizar que tengan acceso a la asistencia médica y los servicios afines requeridos por su condición. El acceso a alguna forma de compensación financiera o apoyo a los familiares que pierden el sostén de la familia, también puede marcar la diferencia entre una vida en la pobreza extrema, donde los niños y las personas mayores se ven obligados a trabajar para sobrevivir, y una vida a nivel de subsistencia o apenas por encima de éste. En la actualidad, la única forma de protección financiera a disposición de los trabajadores y las personas a su cargo se establece en el Código de Trabajo, que obliga a los empleadores, cuando fueren responsables, a proporcionar pagos específicos a los trabajadores lesionados o a sus sobrevivientes.

Una enmienda reciente al Código de Trabajo obliga a los empleadores a asegurarse contra la responsabilidad, pero tal obligación no estaba en vigor cuando sucedió el incendio de Tazreen o cuando se derrumbó el Rana Plaza. Los importes de la indemnización previstos también son muy bajos y adoptan la forma de sumas globales, ofreciendo una protección inadecuada a los beneficiarios en caso de problemas de salud y la pobreza en el medio y largo plazo. El sistema también está lastrado por importantes problemas de aplicación práctica (por ej., la evasión, la falta de una aplicación firme, la ausencia de procedimientos eficaces de apelación), con el resultado de que los derechos legales muy raramente se materializan.

A pesar de la magnitud de las pérdidas sufridas por las víctimas de los accidentes de Tazreen y Rana Plaza y sus sobrevivientes, no se pagó ninguna indemnización en aplicación de las disposiciones del Código de Trabajo relativas a la responsabilidad del empleador. Un pequeño número de marcas mundiales compradoras y actores locales hizo algunos pagos a las víctimas en los meses posteriores a los desastres, aunque a título voluntario. Para subsanar la situación de forma más sustancial y garantizar que los trabajadores lesionados y los sobrevivientes de los fallecidos fueran efectivamente indemnizados, tanto financieramente como en lo que se refiere a la asistencia médica y otros cuidados pertinentes, actores internacionales y locales se reunieron y acordaron un marco coordinado sin precedentes. Con la OIT actuando en calidad de Presidente neutral, se adoptó un acuerdo que proporcionó un planteamiento único para el tema de la indemnización de conformidad con las normas de la OIT, y más concretamente con el Convenio sobre las prestaciones en caso de accidentes del trabajo y enfermedades profesionales, 1964 (núm. 121).¹

El incendio de Tazreen y el accidente del Rana Plaza llevó a las autoridades locales y a otras partes interesadas a tomar medidas importantes para fortalecer la seguridad y la salud, los servicios de inspección del trabajo y los servicios de formación profesional y de readaptación a largo plazo, con el apoyo, en particular, de la OIT y de las marcas mundiales compradoras. No obstante, no se ha tomado ninguna acción concreta para desarrollar un marco adecuado y efectivo y para la concesión de prestaciones en caso de accidentes del trabajo y enfermedades profesionales, en consonancia con las normas de la OIT y el Convenio núm. 121, que se aplicaría más allá de estos incidentes específicos. Existe, sin embargo, esperanza para el futuro, ya que una medida de este tipo se incluye en el Plan de Acción Nacional Tripartito sobre Seguridad contra Incendios para el Sector de la Confección adoptado en mayo de 2013.

¹ Para más información sobre el Acuerdo del Rana Plaza, sírvase consultar el sitio web específico en: <http://www.ranaplaza-arrangement.org/> [consultado el 24 de abril, 2014].

de protección en caso de accidentes del trabajo y enfermedades profesionales, introducido en 2009 como la primera rama del régimen del seguro social, a finales de 2010, cubría a 1,800 empresas y a más de 500 mil trabajadores (lo que representaba cerca del 20 por ciento de los empleados, la mayoría mujeres; GIZ, OIT y P4H, 2012).

Otra tendencia en los últimos años ha sido el mayor hincapié en habilitar un retorno más rápido al trabajo para los beneficiarios. En varios países, se introdujo reformas para reforzar los regímenes de readaptación, entre otras medidas (AISS, 2012; OCDE, 2010b; OCDE, 2012a). Si bien algunos países adoptaron tales medidas con

el objetivo de promover una rápida reintegración en la vida laboral, lo que requería a menudo sustanciales inversiones iniciales adicionales, otros las adoptaron con una clara finalidad de ahorrar costos, a menudo con efectos ambivalentes en la situación de los beneficiarios.

3.3.7 Desafíos

La cobertura en caso de accidentes del trabajo y enfermedades profesionales interactúa con la cobertura de otras áreas de la

seguridad social, tales como la atención de salud. Ahora bien, las necesidades asistenciales de las víctimas de accidentes del trabajo o enfermedades profesionales, podrían ir más allá o diferir de las de la mayoría de las personas protegidas por los regímenes generales de atención de salud: por ejemplo, el tratamiento de ciertas enfermedades profesionales podría requerir tipos específicos de atención especializada. Por lo tanto, es importante garantizar que se aborde las posibles brechas. En este sentido, es un motivo de preocupación que, incluso dentro de Europa, exista una serie de países en los que las medidas de consolidación fiscal han supuesto recortes severos en la atención de salud (véase el capítulo 5).

Las necesidades financieras abordadas por los regímenes de protección en caso de accidentes del trabajo y enfermedades profesionales son similares a las de las personas con discapacidades incurridas fuera del trabajo. Los regímenes contributivos de prestaciones de discapacidad que cubren la pérdida de la capacidad de obtener ingresos debido a discapacidades no relacionadas con el trabajo, por lo general requieren que transcurra un período de calificación antes de que la persona cubierta adquiera el derecho a una prestación. Este requisito sirve como una salvaguardia contra el abuso, y permite la financiación adecuada de los regímenes para garantizar el pago adeudado de las prestaciones de discapacidad a largo plazo. Por el contrario, las condiciones de calificación de los regímenes de prestaciones de accidentes del trabajo y enfermedades profesionales deben diseñarse de tal manera que los trabajadores estén protegidos contra las consecuencias de tales contingencias desde su primer día en el trabajo, y no deban asumir los riesgos para la salud y para los ingresos que representa un ambiente de trabajo inseguro o insalubre.

Las prestaciones de accidentes del trabajo y enfermedades profesionales en caso de incapacidad permanente constituyen pagos periódicos a largo plazo, similares a los de otras pensiones; de ahí la necesidad de un enfoque integrado en los sistemas nacionales. La integración evita la duplicación de prestaciones y permite la estandarización de mecanismos de ajuste para garantizar que se mantenga el poder adquisitivo de las prestaciones.

La tendencia mundial hacia la cobertura de conformidad con un régimen de seguro social es alentadora. Tal marco ayuda a promover la perspectiva de los derechos humanos y la solidaridad, que es esencial para la salud a largo plazo de los sistemas de protección social.

En el tratamiento de las enfermedades profesionales con largos períodos de latencia podrían surgir cuestiones complejas. Si bien la determinación del tiempo de ocurrencia de un accidente del trabajo tal vez no plantee dificultades, la determinación del tiempo de aparición de una enfermedad profesional podría ser más difícil. Muchos trabajadores están expuestos actualmente a condiciones de trabajo que podrían propiciar el desarrollo de una enfermedad profesional a lo largo de un período de tiempo prolongado. Tales problemas pueden ser aún más difíciles de abordar en las circunstancias de los países en desarrollo donde la implementación de las regulaciones pertinentes relativas, por ejemplo, a la vestimenta de protección y otras medidas de salvaguardia, podrían ser escasas.

En los países que han implementado el seguro de accidentes del trabajo y enfermedades profesionales y regímenes de indemnización de los trabajadores para hacer frente a estas necesidades, es importante que los regímenes sean administrados de manera equitativa y consistente. Los exámenes, evaluaciones y diagnósticos

IDEAS FUNDAMENTALES

- Las medidas efectivas para ayudar a las personas con discapacidad a encontrar y mantener un empleo de calidad, constituyen un elemento primordial de las políticas no discriminatorias e inclusivas que contribuyen a materializar sus derechos y aspiraciones como miembros productivos de la sociedad.
- Como complemento de los regímenes contributivos, las prestaciones de desempleo no contributivas desempeñan un papel clave en proteger a las personas con discapacidad quienes (aún) no cumplen con las condiciones para percibir las prestaciones de regímenes contributivos, en particular los discapacitados de nacimiento o antes de cumplir la edad activa, y los que, por cualquier razón no han tenido la oportunidad de cotizar al seguro social durante el tiempo suficiente para tener derecho a las prestaciones.
- Las políticas de activación pueden desempeñar un papel importante en apoyar a las personas con discapacidad en la búsqueda de un empleo adecuado. Deben estar diseñadas de tal manera que protejan los derechos de aquellos que, por diversas razones, no pueden encontrar un empleo adecuado, y para los que la introducción de dichas políticas podría dar lugar a una reducción de la seguridad de los ingresos y potencialmente a un mayor riesgo de pobreza.
- Por lo tanto, las reformas políticas deben prestar especial atención a la búsqueda de un justo equilibrio entre el fomento de la participación en la actividad económica y el otorgamiento de un nivel adecuado de seguridad de los ingresos a las personas con discapacidad.

⁴³ Como resultado, las estadísticas sobre las prestaciones en caso de accidentes del trabajo y enfermedades profesionales pueden reflejar un grado de comparabilidad entre países considerablemente menor que el de otras áreas abordadas en el presente informe.

⁴⁴ Esta sección se centra en la discapacidad que se produce fuera del empleo y que no es el resultado de un accidente del trabajo o de una enfermedad profesional. Para una sinopsis del estado de la cobertura mundial de la seguridad social en lo que respecta a la discapacidad por accidentes del trabajo o enfermedades profesionales, sírvase consultar la sección 3.3.

Recuadro 3.9 Prestaciones de discapacidad para la protección de los ingresos: Normas internacionales pertinentes

El marco jurídico internacional de los derechos humanos contiene muchas referencias explícitas al derecho a la protección social de las personas con discapacidad. La Declaración Universal de los Derechos Humanos, 1948, y el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, 1966, expresan un reconocimiento general de este derecho, mientras que la Convención de la ONU sobre los Derechos de las personas con discapacidad (CDPD), entra en más detalles.¹ Juntos, reconocen el derecho de las personas con discapacidad a un nivel de vida adecuado para ellos y sus familias, incluyendo a la alimentación, vestido y vivienda adecuados, a la mejora continua de las condiciones de vida, a la seguridad social y al más alto nivel posible de salud. Más específicamente, de acuerdo con la CDPD, los Estados deben salvaguardar y promover la realización de su derecho a la protección social sin discriminación por motivos de discapacidad, proporcionando igualdad de acceso a servicios y dispositivos apropiados y asequibles y otro tipo de asistencia para las necesidades relacionadas con la discapacidad; programas protección social y reducción de la pobreza; asistencia con los gastos relacionados con la discapacidad; programas de vivienda pública; y prestaciones y regímenes de jubilación. La Convención también establece el derecho de las personas con discapacidad al goce del más alto nivel posible de salud sin discriminación por motivos de discapacidad. Con este fin, los Estados deben adoptar todas las medidas adecuadas para garantizar el acceso de las personas con discapacidad a servicios de salud sensibles a las diferencias de género, incluyendo la rehabilitación relacionada con la salud.

De forma complementaria, normas sucesivas adoptadas por la OIT establecen tanto normas mínimas básicas como normas más elevadas en cuanto a la protección de los ingresos que debe garantizarse a las personas con discapacidad en sustitución de los ingresos que ganaban antes de invalidez, o que habrían estado ganando si les hubiese sido posible trabajar. Más concretamente, el Convenio núm. 102 (Parte IX – Prestaciones de Invalidez), se refiere a la contingencia de la incapacidad total (no debida a accidentes del trabajo ni enfermedades profesionales) que se traduce en la imposibilidad de que una persona ejerza una actividad remunerada y que es probable que sea así permanentemente. En estas circunstancias, la protección debe proporcionarse a través de prestaciones monetarias periódicas, con sujeción a ciertas condiciones. El Convenio sobre las prestaciones de invalidez, vejez y sobrevivientes, 1967 (núm. 128), en su segunda parte, se ocupa del mismo tema, pero establece normas más elevadas para los regímenes de prestaciones de discapacidad. La Recomendación que le acompaña, núm. 131,² amplía la definición de las contingencias que deben ser cubiertas en virtud de los regímenes nacionales mediante la inclusión de la discapacidad parcial, que debe dar lugar a una prestación reducida, y la introducción de la incapacidad de ejercer una actividad que proporcione un ingreso sustancial entre los criterios para la evaluación de la discapacidad. El Convenio núm. 128, también exige la prestación de servicios de readaptación diseñados para permitir a las personas con discapacidad ya sea reanudar su empleo o bien realizar otra actividad adecuada a sus aptitudes.

Aunque la atención de salud, incluida la readaptación médica, se trata en disposiciones separadas en el Convenio núm. 102 (Parte II) y en el Convenio sobre asistencia médica y prestaciones monetarias de enfermedad, 1969 (núm. 130) –discutidas con mayor detalle en el capítulo 5– un enfoque global, coherente e integrado de las prestaciones de discapacidad, tal como el que se establece en el marco normativo de la OIT, exige que se preste la misma atención al apoyo a los ingresos y a las necesidades médicas de las personas con discapacidad. Por lo tanto, las normas establecidas en cuanto a la prestación de la asistencia médica, incluida la readaptación médica,³ son de gran relevancia; dicha asistencia debe ser “concedida con el objeto de conservar, restablecer o mejorar [su] salud ... y [su] aptitud para trabajar y para hacer frente a [sus] necesidades personales”.⁴ El Convenio núm. 102 exige además que la institución o departamento gubernamental que administra la asistencia médica coopere con los servicios generales de reeducación profesional “a fin de readaptar para un trabajo apropiado a las personas de capacidad reducida” (Art. 35)

La Recomendación núm. 202, también propone un enfoque integrado y global de la protección social y las prestaciones de discapacidad, según el cual las personas con discapacidad deben gozar de las mismas garantías básicas de seguridad de los ingresos y del acceso a la atención de salud esencial que otros miembros de la sociedad a través de pisos nacionales de protección social. Estas garantías se pueden proporcionar a través de una variedad de regímenes (contributivos y no contributivos) y prestaciones (monetarias o en especie), como sea más eficaz y eficiente para satisfacer las necesidades y circunstancias de las personas con discapacidad para que puedan vivir con dignidad. Algunos de los principios establecidos en la Recomendación son de especial relevancia para las personas con discapacidad, incluidos los principios de no discriminación, igualdad de género y sensibilidad respecto de las necesidades especiales, así como el respeto de los derechos y la dignidad de las personas cubiertas por las garantías de la seguridad social.

¹ DUDH, Art. 25 (1), PIDESC, Arts. 9, 11, 12; CDPD, Arts. 25, 28. ² Recomendación sobre las prestaciones de invalidez, vejez y sobrevivientes, 1967 (núm. 131). ³ Convenio núm. 130, Art. 13(f). ⁴ Convenios núms. 102, Art. 34(4), y 130, Art. 9.

médicos deben ser rigurosos, y con base en un listado nacional de enfermedades profesionales. Tales listados, sin embargo, no siempre son vistos como favorables para los demandantes, y tienden a reflejar un conjunto particular de condiciones y percepciones nacionales o locales.⁴³

Proporcionar protección en casos de accidentes del trabajo y enfermedades profesionales es un área de la seguridad social en la que la administración efectiva y el tratamiento equitativo de los solicitantes, desempeña un papel particularmente crucial. El papel de los administradores podría ser muy amplio y estrechamente interrelacionado con el de los inspectores de trabajo encargados de

la comprobación de la seguridad en el trabajo, así como con toda la gama de medidas para ayudar a prevenir los accidentes del trabajo y las lesiones y las enfermedades profesionales. Un marco integrado que comprenda amplias medidas de seguridad y salud en el trabajo, servicios de inspección y medidas de aplicación sólidas, así como prestaciones monetarias y de cuidados de salud adecuadas en caso de accidentes del trabajo y enfermedades profesionales, acompañado de los servicios de readaptación adecuados, sigue siendo la mejor manera de garantizar que los trabajadores y las personas a su cargo estén protegidos contra tales contingencias.

3.4 Las prestaciones de discapacidad⁴⁴

3.4.1 La protección y habilitación de las personas con discapacidad

Según estimaciones mundiales, las personas con discapacidad constituyen alrededor del 15 por ciento de la población mundial, muchos de ellos en los países en desarrollo. Alrededor de 785 millones de personas con discapacidad están en edad activa (15 años o más) (OMS y Banco Mundial, 2011). Muchas de ellas están activas en el mercado de trabajo, y muchas hacen frente a mayores desventajas que otras para acceder a un trabajo digno acorde con sus competencias y cualificaciones. En comparación con las demás personas, las personas con discapacidad son menos propensas a tener un empleo a tiempo completo, más propensas a encontrarse en la economía informal y entre las filas de los trabajadores pobres, y más propensas a estar desempleadas y económicamente inactivas (ACNUDH, 2012; ONU, 2013a; OIT, 2013d). Algunas personas con discapacidad también podrían encontrar dificultades para obtener o conservar un empleo debido a su discapacidad o a un entorno desfavorable, o es posible que puedan trabajar sólo en una medida limitada a causa de su discapacidad, y por lo tanto podrían tener necesidades específicas de protección social.

Los sistemas de protección social desempeñan un papel clave en atender las necesidades específicas de las personas con discapacidad respecto de la seguridad de los ingresos, la protección social de la salud y la inclusión social. Entre los elementos de los sistemas de seguridad social que abordan explícitamente las necesidades relacionadas con la discapacidad, se incluyen los regímenes o programas de apoyo a los ingresos de las personas con discapacidad y sus familias (tales como pensiones de discapacidad contributivas o no contributivas, otras prestaciones relacionadas con la discapacidad y la asistencia social general), mecanismos de protección social de la salud y otros mecanismos que garanticen la cobertura universal en salud.⁴⁵ Los regímenes y programas de apoyo a la integración y reintegración laboral de las personas con discapacidad y que faciliten su ocupación también desempeñan un papel clave. En este sentido, el apoyo financiero para cubrir los gastos relacionados con la discapacidad asociados con un empleo, puede ayudar a las personas con discapacidad a evitar caer en las trampas de la pobreza y facilitar su ocupación productiva (ACNUDH, 2012; Naciones Unidas, 2013a).

Casi todos los países ofrecen al menos un nivel básico de protección para las personas con discapacidad, pero lo hacen dentro de una variedad de marcos. En general, los regímenes tienden a distinguir

entre incapacidad permanente y temporal, y entre los diferentes tipos y grados de discapacidad, en reconocimiento del hecho de que las personas con diferentes tipos y duración de la discapacidad pueden tener necesidades muy diferentes.⁴⁶ Esto es así no sólo en términos de las prestaciones de apoyo a los ingresos y los medios de vida y de atención de salud adecuada, sino también en términos de la readaptación, el reciclaje profesional y los servicios de reinserción laboral. Los regímenes varían ampliamente con respecto a todos estos factores y también en términos de las definiciones mismas dependiendo del país en que fueron diseñados.

Las prestaciones de accidentes del trabajo y enfermedades profesionales (sírvese ver la sección 3.3), son muy importantes para las personas con discapacidades relacionadas con el trabajo que se benefician de la cobertura (principalmente los trabajadores en la economía formal). Para aquellos que no gozan de la cobertura, o cuando tales regímenes no existen, la seguridad de los ingresos depende en gran medida de las prestaciones generales de discapacidad. En consonancia con las normas internacionales (véase el recuadro 3.9), tales prestaciones deben cumplir una serie de criterios con el fin de producir los resultados deseados: Los regímenes deben diseñarse para satisfacer necesidades específicas relacionadas con la discapacidad; no deben impedir el acceso a otras prestaciones de la seguridad social, a menos que sirvan la misma función; las prestaciones deben proporcionarse de forma no discriminatoria; y las prestaciones no deben actuar como un desincentivo para la búsqueda de empleo.

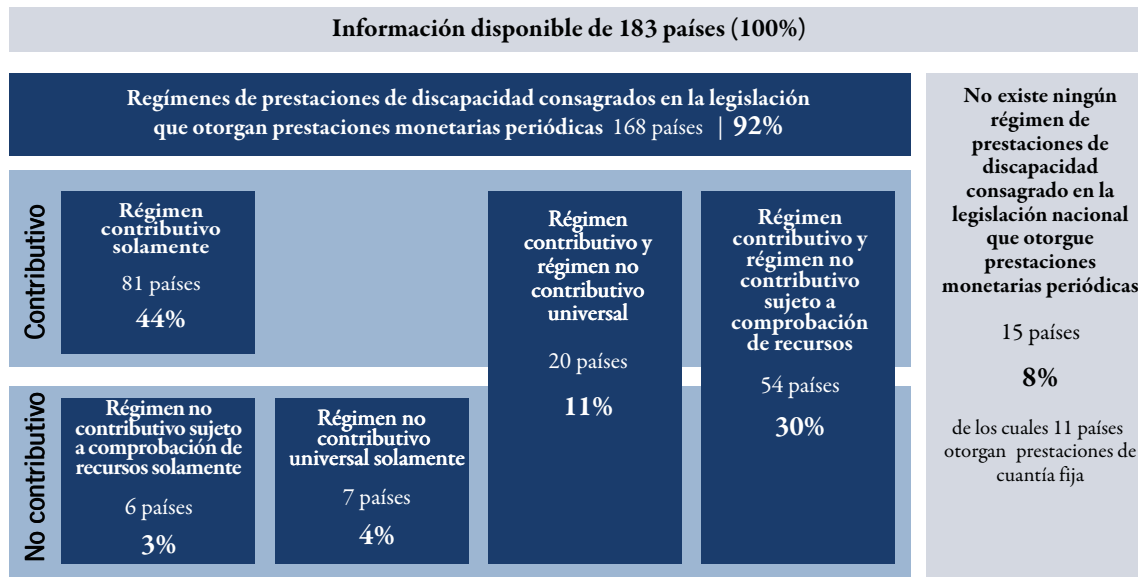
3.4.2 Tipos de regímenes de prestaciones por discapacidad

Las prestaciones de discapacidad pueden adoptar diversas formas, dependiendo del tipo y los objetivos de los regímenes existentes en un país determinado. En muchos países, las prestaciones monetarias de discapacidad van acompañadas de prestaciones en especie, tales como el transporte público gratuito y adaptado, el acceso a otros servicios públicos gratuitos, equipo ergonómico gratuito o subvencionado, etc. Si bien estas prestaciones en especie tienen un valor monetario y, por tanto, contribuyen a garantizar la seguridad de los ingresos, esta sección del capítulo se centra en las prestaciones monetarias, las cuales representan la mayoría de las prestaciones de discapacidad. Casi todos los países tienen un régimen consagrado en la ley que ofrece prestaciones monetarias a las personas con discapacidad (véase la figura 3.17). En la mayoría de los países (155), esto se hace, al menos en parte, a través de regímenes de seguro social. Éstos cubren principalmente a los trabajadores de la economía formal, y en general proporcionan prestaciones de discapacidad relacionadas con el ingreso que sirven de sustitución del ingreso en caso de incapacidad total o parcial. En 27 países (20 de los cuales también tienen regímenes de seguro social), las prestaciones de discapacidad

⁴⁵ Para un análisis de la cobertura universal en salud, sírvase consultar el capítulo 5.

⁴⁶ También es preciso reconocer que la discapacidad es el resultado de la interacción entre las personas con deficiencias y las barreras de la sociedad, en consonancia con la Convención de la ONU sobre los Derechos de las personas con discapacidad.

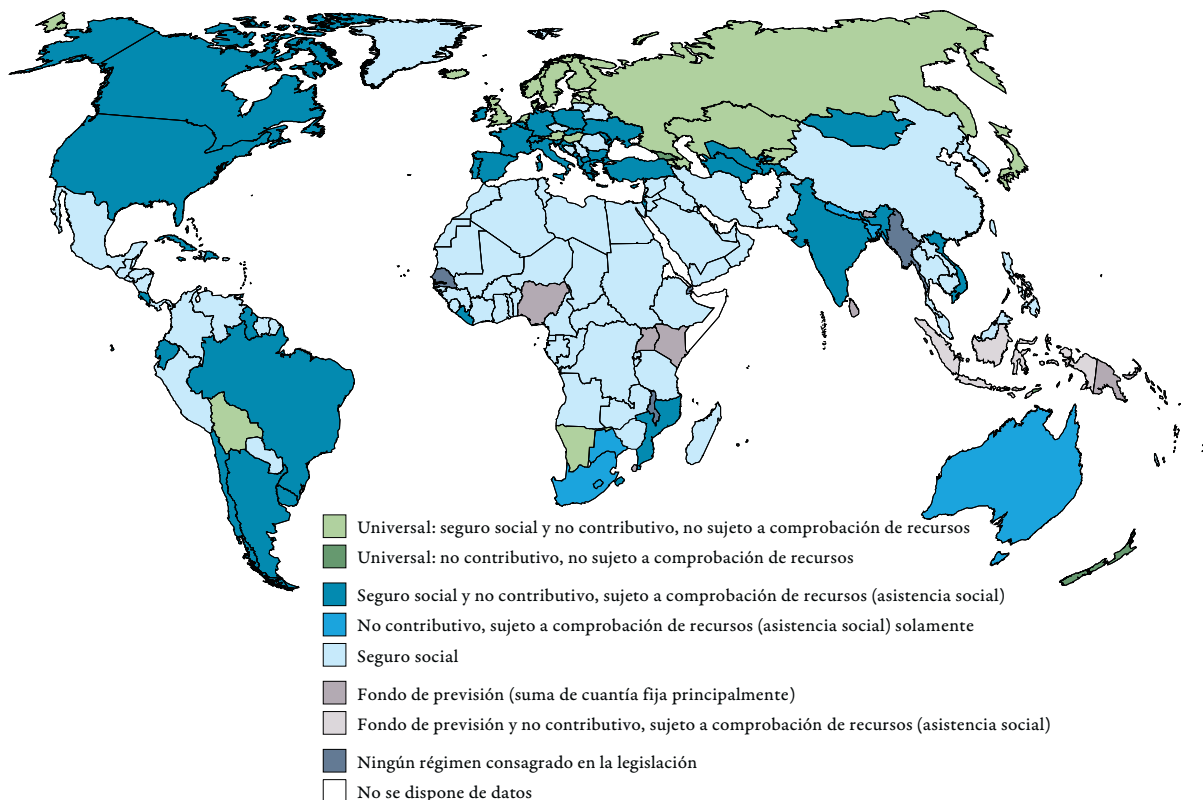
Figura 3.17 Sinopsis de los programas de prestaciones monetarias de discapacidad consagrados en la legislación nacional, por tipo de programa y prestación, 2012/13



Fuentes: SSA/AISS, 2012; SSA/AISS, 2013a; SSA/AISS, 2013b; SSA/AISS, 2014; Sistema de Información Mutua sobre Protección Social de la Comisión Europea (MISSOC), consultado en diciembre, 2013; Consejo de Europa, Sistema de Información Mutua sobre Protección Social del Consejo de Europa (MISSCEO), consultado en diciembre, 2013; ACNUDH, 2012.

Enlace: <http://www.social-protection.org/gimi/gess/RessourceDownload.action?ressource.ressourceld=42448>.

Figura 3.18 Apoyo a los ingresos para las personas con discapacidad: Existencia y tipo de regímenes, 2012/13



Fuentes: Véase la Figura 3.17.

Enlace: <http://www.social-protection.org/gimi/gess/RessourceDownload.action?ressource.ressourceld=42317>.

se otorgan a través de un régimen universal no contributivo a todas las personas con discapacidades dictaminadas sin tener en cuenta la situación de sus ingresos. En 54 países, el seguro social se combina con prestaciones supeditadas a una comprobación de recursos. En otros seis países, las prestaciones de discapacidad se limitan a prestaciones supeditadas a la comprobación de recursos. En 11 países, la ley establece el pago de sumas globales; cuatro países no cuentan con ningún régimen de este tipo consagrado en la legislación nacional.

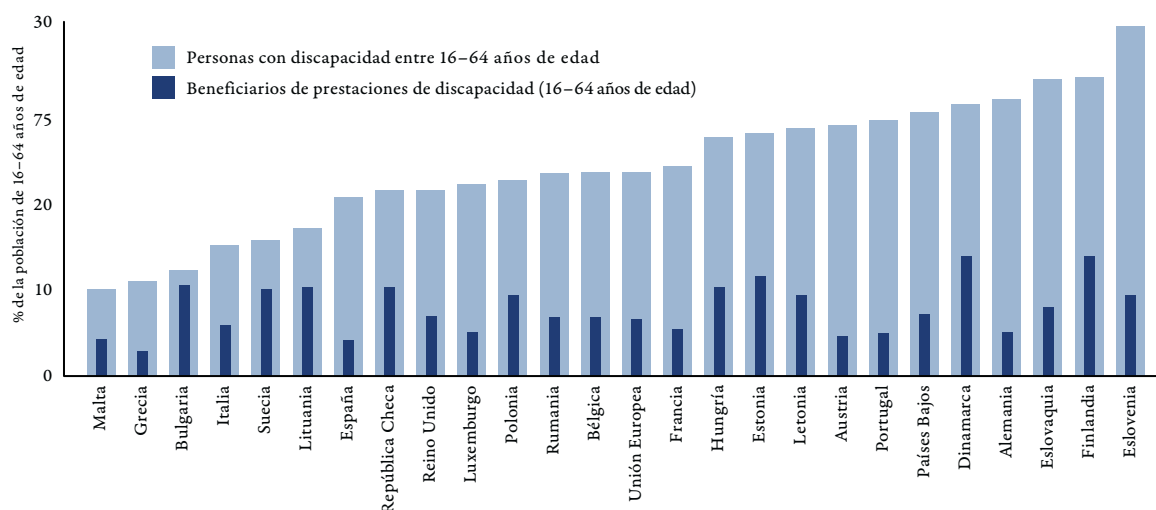
Como muestra la figura 3.17, en un número significativo de países (81), la única forma de protección de los ingresos disponible para las personas con discapacidad consiste en prestaciones pagadas a través de un seguro social relacionado con el empleo. Aunque en algunos países las necesidades relacionadas con la discapacidad pueden ser cubiertas por las prestaciones de la asistencia social general, la falta de prestaciones de desempleo no contributivas específicas plantea preocupaciones sobre la falta de protección de los niños con discapacidad (UNICEF, 2013) y de los adultos con discapacidad que nunca han podido trabajar (ya sea por su discapacidad de nacimiento, por incapacitarse antes de alcanzar la edad activa o por carecer de acceso a la educación y, en consecuencia, al empleo) y, por lo tanto, nunca han cotizado al seguro social. Sin acceso o bien a un empleo con cobertura de seguridad social o bien a prestaciones no contributivas, las personas con discapacidad y sus familias corren un mayor riesgo de caer en la pobreza.

Se puede observar algunas diferencias regionales importantes en cuanto al alcance de la cobertura (véase la figura 3.18). Un primer grupo de países garantiza la concesión de prestaciones monetarias de discapacidad a personas elegibles a través de los mecanismos del seguro social. Éstas pueden combinarse con prestaciones universales (o categóricas) no contributivas, como en varios países del norte de Europa (Dinamarca,

Finlandia, Islandia), Europa Oriental y la CEI (Armenia, Azerbaiyán, la Federación de Rusia, Hungría), junto con algunos de otras regiones (en particular, el Estado Plurinacional de Bolivia, Namibia y Mauricio); algunos otros países (Brunei, Hong Kong (China), Nueva Zelandia, Timor Oriental), utilizan simplemente la modalidad no contributiva.

En 54 países, principalmente en Europa Occidental y América Latina, el seguro social se complementa con regímenes focalizados en la pobreza, ya sean éstos específicos para las personas con discapacidad o como parte de programas de asistencia social más ampliamente integrados (tales como el Bono de Desarrollo Humano en Ecuador, por ejemplo). Un tercer grupo de países, entre ellos Australia, Nepal y Sudáfrica, cuenta con regímenes focalizados solamente en los pobres con discapacidad. Un cuarto grupo de 81 países, principalmente en África, el Oriente Medio, y en Asia y el Pacífico, otorgan prestaciones del seguro social pero excluyen de esa protección a las personas que no cuentan con un empleo formal. En estos países, se puede suponer que la cobertura lograda será menor en ausencia de un régimen específico de prestaciones de discapacidad que responda a las necesidades de las personas con discapacidad que no tienen un empleo formal. En muchos de estos casos, tales personas pueden tener acceso a las prestaciones sólo a través de los programas de asistencia social general que abordan sus necesidades específicas de forma parcial. Además, el grado en que los regímenes nacionales protegen a las personas con discapacidad podría verse limitado por topes presupuestarios: Este ha sido el caso del régimen de Nepal, que en teoría tiene una amplia difusión, y parece ser el resultado de las recientes reformas adoptadas como consecuencia de los movimientos hacia la consolidación fiscal de los países europeos, incluso los más acomodados, incluyendo al Reino Unido. Del mismo modo, el programa Jaminan Sosial Penyandang Cacat de Indonesia, que si bien en principio proporciona transferencias monetarias a

Figura 3.19 Europa: Personas con discapacidades en edad activa que perciben prestaciones de discapacidad, 2010



Fuente: Grammenos, 2013, con arreglo a datos de EU-SILC.

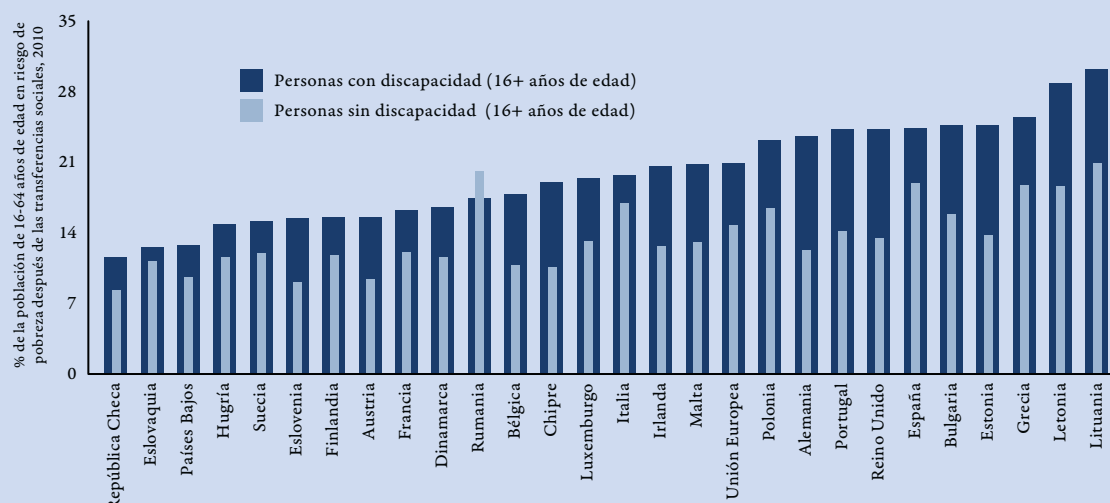
Enlace: <http://www.social-protection.org/gimi/gess/RessourceDownload.action?ressource.ressourceId=42997>.

Recuadro 3.10 La garantía de los ingresos para las personas con discapacidad: Ejemplos de Europa

La seguridad de los ingresos de las personas con discapacidad es un tema crítico, en vista de las limitaciones funcionales y las dificultades para acceder a un empleo de calidad. A nivel de la UE, la tasa de empleo de las personas con discapacidad (el 45.5 por ciento en 2010) es mucho más baja que la de las personas sin discapacidad (el 71.7 por ciento), y es aún más baja para las personas con discapacidad severa (el 26.2 por ciento).

Las prestaciones de discapacidad y otras prestaciones de la seguridad social pueden corregir parcialmente algunas desigualdades del mercado laboral, pero sólo hasta cierto punto. En 2010, el 19.1 por ciento de las personas con discapacidad (el 19.9 por ciento en 2009), en comparación con el 14.7 por ciento de las personas sin discapacidad (el 14.3 por ciento en 2009), vivían en hogares clasificados como en riesgo de pobreza. El diferencial varía considerablemente entre países: es relativamente bajo en Eslovaquia, Hungría, Lituania y Países Bajos, pero significativamente mayor en Eslovenia, Portugal y Reino Unido, por ejemplo.

Figura 3.20 Europa: Tasas de riesgo de pobreza entre la población en edad activa (16–64), por condición de discapacidad, 2010 (porcentajes)



Fuente: Grammenos, 2013, con arreglo a datos de EU-SILC.

Enlace: <http://www.social-protection.org/gimi/gess/RessourceDownload.action?ressource.ressourcelid=42998>.

Fuente: Con arreglo a Grammenos, 2013.

las personas con discapacidad severa pertenecientes al 40 por ciento más pobre de la población, está sujeto a una limitación de fondos, lo que da lugar a una cobertura muy baja que se estima en el 1.8 por ciento del grupo destinatario (OIT, 2012e). Por otro lado, el programa integral Bono de Desarrollo Humano de Ecuador ofrece un ejemplo alentador de la extensión de la cobertura a una proporción significativa de personas con discapacidad, que constituían el 1.7 por ciento de los beneficiarios en el 2012, en comparación con sólo el 0.1 por ciento antes de 2007 (Cecchini y Madariaga, 2011).

3.4.3 La cobertura efectiva de las prestaciones de discapacidad

Del examen anterior de los tipos de regímenes existentes, es posible extraer algunas inferencias acerca de los niveles de cobertura, aunque el alcance de

los datos disponibles no permita una evaluación estadística completamente detallada a escala global. Con el fin de calcular las tasas de cobertura eficaz, sería necesario relacionar el número de beneficiarios de las prestaciones de discapacidad con el número de personas con discapacidades que afectan a su capacidad de obtener ingresos en cada país.

En los países de la Unión Europea, en promedio el 27.9 por ciento de las personas con discapacidad reciben prestaciones específicas (véase la figura 3.19).⁴⁷ Dicha tasa de cobertura podría parecer baja, pero hay que señalar que no todas las personas con discapacidad o bien necesitan o bien tienen derecho a una prestación; las prestaciones normalmente se conceden a personas con discapacidades que son lo suficientemente graves como para afectar significativamente sus capacidades funcionales, y con ello su capacidad de obtener ingresos.

⁴⁷ Promedio no ponderado.

Recuadro 3.11 Acontecimientos recientes: Ejemplos de los países

Algunas reformas recientes en el área de las prestaciones de discapacidad están destinadas a extender la cobertura y satisfacer de mejor manera las necesidades de las personas con discapacidad:

- En Paraguay, la cobertura se amplió en 2013 para permitir a los trabajadores por cuenta propia, mujeres jefas de hogar y trabajadores domésticos afiliarse voluntariamente al régimen del seguro de invalidez (OASDI).
- Sudáfrica expandió la cobertura de la subvención de discapacidad en 2011 mediante la aplicación de un umbral más alto para la comprobación de los recursos económicos de los beneficiarios.
- En Ghana, la presencia en un hogar pobre de una persona con discapacidad severa es uno de los criterios de elegibilidad de conformidad con el programa LEAP introducido en 2008.

Otras reformas recientes en el área de la protección social para las personas con discapacidad incluyen algunas medidas de consolidación fiscal:

- En Hungría, la pensión de invalidez fue sustituida en 2012 por una combinación de una prestación de rehabilitación (tres años para el reciclaje profesional y la reintegración a población económicamente activa, siempre que sea viable) y una prestación por discapacidad considerablemente limitada. El Gobierno previó un ahorro de unos 800 millones EUR como resultado.
- En Lituania, entre 2010 y 2012, tanto la Indemnización Especial para Gastos de Cuidados de Enfermería y la Indemnización Especial para Gastos de Asistencia, se pagaron temporalmente al 85 por ciento de su valor normal.
- En Irlanda, las prestaciones de discapacidad se han reducido en alrededor de un 5 por ciento desde 2008, incluidas las pensiones de invalidez para personas menores de 65 años, la mayoría de las prestaciones monetarias de asistencia a largo plazo y el subsidio de discapacidad no contributivo.

Fuentes: AISS, 2013b; Observatorio Europeo de Condiciones de Trabajo de Eurofound; Hauben et al., 2012; fuentes nacionales.

Recuadro 3.12 Cómo puede la protección social ayudar a las personas con discapacidad a obtener el acceso al empleo

En varios países, se ha introducido medidas para facilitar la transición entre las prestaciones y el empleo. Entre los ejemplos se incluye el requisito de que los empleadores proporcionen servicios de salud en el trabajo y apoyo a la reinserción y empleo; y los llamados “arreglos transitorios” que permiten a las personas con discapacidades que obtienen un empleo mantener las prestaciones hasta alcanzar un cierto umbral de salario, para reanudar la percepción de prestaciones sin demora en caso de perder el empleo, y conservar así su derecho a las prestaciones en especie –tales como la atención de salud– durante un período determinado. Este es el caso de Australia, donde, con el fin de alentar una mayor ocupación, los beneficiarios de la Pensión de Apoyo a las Personas con Discapacidad (DSP, por sus siglas en inglés), ahora pueden trabajar durante 30 horas a la semana antes de que se vean afectados sus derechos a las prestaciones. Este cambio se combinó con apoyos adicionales para las personas con discapacidad, entre ellos más servicios de empleo e incentivos financieros para que los empleadores que contraten a un mayor número de personas con discapacidad.

El Gobierno de Irlanda se ha comprometido a ayudar a las personas con discapacidad para que participen más plenamente en la sociedad y para que sean más autosuficientes, proporcionándoles apoyo para hacer frente a las barreras financieras y de otro tipo, tal como se indica en el plan sectorial de discapacidad del Departamento de Protección Social. El Fondo de Adaptaciones Razonables para el Empleo de Personas con Discapacidad, funciona como una iniciativa paraguas del sector privado que abarca una serie de programas de fomento del empleo con la finalidad de ayudar a que las personas con discapacidad puedan acceder y progresar en una actividad laboral.

El programa Work Choice introducido en Reino Unido en 2010, está destinado a personas con discapacidad que hacen frente a barreras complejas de acceso al empleo, con la finalidad de ayudarles a prepararse para insertarse, permanecer y progresar de manera abierta e independiente en el mundo del trabajo.

En Arabia Saudita, el programa Tawafuq se dedicó a extender el apoyo a la búsqueda de empleo a las personas con discapacidad a través de un marco integral que incluye seis áreas: reglamentación y marcos; accesibilidad; sensibilización de los sectores interesados; programas de empleo; competencias y formación; y datos sobre discapacidad.

El Gobierno de Estados Unidos, proporciona asistencia técnica y financiera a los Estados para desarrollar sus estrategias de política de empleo para personas con discapacidad y subsidios a los estados que mejoran los resultados de los programas educativos y de empleo destinados a las personas con discapacidad.

En la Federación de Rusia, la introducción en 2013 de las enmiendas a la Ley Federal de Protección Social de las Personas con Discapacidad pretendió llenar un vacío en la reglamentación jurídica del empleo de personas con discapacidad. También en 2013, las organizaciones públicas para las personas con discapacidad previeron proporcionar asistencia en la búsqueda de empleo y crear 692 puestos de trabajo para personas con discapacidad. El importe total de las subvenciones con cargo al presupuesto federal para apoyar a las organizaciones públicas para las personas con discapacidad se estableció en RUB (rublos rusos) 124,36 millones. Desde 2010, más de 7,800 personas desempleadas con discapacidad han encontrado empleo en lugares de trabajo donde los empleadores han equipado dichos espacios para satisfacer sus necesidades físicas.

Fuente: Basado en Aleksynska et al., 2013.

Sin embargo, las personas con discapacidad siguen expuestas a un mayor riesgo de pobreza que otras (véase el recuadro 3.10).

3.4.4 Avances y desafíos recientes

En años recientes, algunos países han adoptado medidas decisivas para ampliar la cobertura de las prestaciones de discapacidad y mejorar la suficiencia de las mismas (véase el recuadro 3.11). Las medidas para ampliar la cobertura de los seguros de pensiones a más grupos de la población (por ej., los trabajadores por cuenta propia y los trabajadores domésticos), a menudo incluyen la cobertura en caso de discapacidad. La aparición de programas de transferencias monetarias que cubren a categorías pobres y vulnerables de la población es también de especial relevancia, ya que la presencia en el hogar de una persona con una discapacidad en un grado que afecta su capacidad de obtener ingresos, es a menudo uno de los criterios de elegibilidad de dichos programas. Otros programas no contributivos existentes han ampliado la cobertura al elevar el umbral para comprobar la existencia de recursos económicos.

Al mismo tiempo, las prestaciones de discapacidad no se libraron de las medidas de consolidación fiscal introducidas a raíz de la crisis mundial, algunas de las cuales –aunándose al empeoramiento de la situación del mercado laboral– redujeron significativamente la seguridad de los ingresos para las personas con discapacidad (véase el recuadro 3.11).

Algunas de las recientes reformas a las políticas siguen la tendencia más prolongada de incorporar en el mundo laboral a los beneficiarios de las prestaciones de discapacidad a través de medidas de apoyo al retorno al trabajo y que fortalezcan la inserción profesional de las personas con discapacidad (OIT y OCDE, 2013; véase también el Recuadro 3.12). En los países de la OCDE, la mayor parte de las reformas de las políticas anteriores a 2010, se centró en las pensiones de discapacidad contributivas, reduciendo los niveles de indemnización y fortaleciendo las medidas de inserción y reinserción laboral (OCDE, 2010b; AISS, 2012). Algunas de dichas medidas tenían por objeto revertir la tendencia anterior de trasladar a los beneficiarios de las prestaciones de desempleo a los regímenes de prestaciones de invalidez: en varios países (por ej., Australia, Dinamarca, Luxemburgo, Países Bajos y, más recientemente, Hungría), las personas con capacidad considerable para trabajar ya no tienen derecho a percibir prestaciones de incapacidad parcial, pero se les apoya en la búsqueda de trabajo a tiempo parcial a través de subsidios salariales y otras prestaciones vinculadas con el trabajo, o perciben prestaciones de desempleo u otras prestaciones.

Mientras que en algunos países tales reformas han tenido un impacto considerable en las condiciones de elegibilidad y los niveles de las prestaciones, su éxito ha sido limitado en el aumento de la proporción de

personas con discapacidad económicamente activas. Las razones de ello incluyen la situación a menudo desfavorable del mercado laboral y la implementación desigual de medidas efectivas de readaptación, inserción y otras medidas destinadas a facilitar la integración o reintegración en la actividad económica (OCDE, 2010b).

Esta evaluación pone de manifiesto una ambigüedad que se suele observar en las políticas de activación. Las medidas efectivas que ayuden a las personas con discapacidad a encontrar y mantener un empleo de calidad, constituyen un elemento primordial de las políticas no discriminatorias e inclusivas que contribuyen a materializar sus derechos y aspiraciones como miembros productivos de la sociedad. Existe, sin embargo, el riesgo de que tales políticas restrinjan los derechos de quienes, por diversos motivos, no son capaces de encontrar un empleo adecuado, y para quienes tales reformas podrían dar lugar a una reducción de la seguridad de los ingresos y potencialmente exponerles a un mayor riesgo de pobreza. Por lo tanto, las reformas de las políticas deben prestar especial atención a la búsqueda de un justo equilibrio entre fomentar la participación en la actividad económica y proporcionar un nivel adecuado de seguridad de los ingresos para las personas con discapacidad, y promover su autonomía e independencia individual y su participación plena y efectiva en la sociedad.

3.5 La protección de la maternidad

IDEAS FUNDAMENTALES

- La protección efectiva de la maternidad garantiza la seguridad de los ingresos para las mujeres embarazadas y las madres de hijos recién nacidos y sus familias, así como el acceso efectivo a servicios de salud materna de calidad. También promueve la igualdad de empleo y ocupación.
- A nivel mundial, menos del 40 por ciento de las mujeres ocupadas se encuentran cubiertas en virtud de la ley por los regímenes de prestaciones monetarias obligatorias de maternidad –el 57 por ciento si se incluye la cobertura voluntaria (sobre todo para las mujeres ocupadas por cuenta propia).
- Debido a la observancia y aplicación ineficaces de la ley en algunas regiones (Asia y el Pacífico, América Latina y África, en particular), la cobertura efectiva es aún menor: sólo el 28 por ciento de las mujeres ocupadas alrededor del mundo están protegidas mediante prestaciones monetarias de maternidad contributivas o no contributivas.
- Es cada vez mayor el número de países que en la actualidad utiliza las prestaciones monetarias de maternidad no contributivas como un medio para mejorar la seguridad del ingreso y el acceso a servicios de salud materno-infantil para las mujeres embarazadas y las nuevas madres, sobre todo para las que viven en situación de pobreza. Sin embargo, subsisten brechas importantes.
- Garantizar el acceso efectivo a servicios de salud materna de calidad reviste especial importancia, sobre todo en los países en los que la economía informal representa una gran proporción del empleo.

Recuadro 3.13 Normas internacionales pertinentes a la protección de la maternidad

Por mucho tiempo, la protección de la maternidad ha sido considerada por la comunidad internacional como un requisito esencial previo para la consecución de los derechos de la mujer y la igualdad de género. El derecho de las mujeres a la protección de la maternidad está consagrado en una serie de importantes instrumentos de derechos humanos. La Declaración Universal de los Derechos Humanos, 1948, en particular afirma que la maternidad y la infancia tienen derecho a cuidados y asistencia especiales, así como a seguridad social. El Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, 1966, establece el derecho de las madres a una protección especial durante un período razonable antes y después del parto, incluida la licencia remunerada o con prestaciones de seguridad social adecuadas. La Convención para la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer, 1979, recomienda que se adopte medidas especiales para garantizar la protección de la maternidad, proclamada como un derecho esencial que impregna todas las esferas de la Convención.

La OIT ha liderado el establecimiento de normas internacionales sobre la protección de la maternidad, habiendo adoptado la primera norma internacional sobre este tema en el mismo año de su fundación: el Convenio sobre la protección de la maternidad, 1919 (núm. 3). Desde entonces, se ha adoptado una serie de instrumentos más progresistas en consonancia con el aumento constante de la participación de las mujeres en el mercado de trabajo en la mayoría de países del mundo. Las normas actuales de la OIT relativas a la protección de la maternidad proporcionan una orientación detallada para la formulación de políticas y acciones nacionales para que las mujeres puedan combinar satisfactoriamente su papel reproductivo y su papel productivo. Con este fin, las normas tienen por objeto garantizar que las mujeres se beneficien de medidas adecuadas de licencia de maternidad, protección de los ingresos y protección de la salud, para que no sufran discriminación por motivos relacionados con la maternidad, que gocen del derecho a pausas diarias para amamantar a sus bebés durante las horas de trabajo, y que no estén obligadas a realizar trabajos perjudiciales para su salud o la de sus hijos. Con el fin de proteger la situación de las mujeres en el mercado de trabajo, las normas de la OIT relativas a la protección de la maternidad requieren específicamente que se proporcione prestaciones monetarias a través de regímenes basados en la solidaridad y el riesgo compartido, tales como el seguro social obligatorio o fondos públicos, a la vez que definen estrictamente la responsabilidad potencial de los empleadores en relación con el costo directo de las prestaciones. Al mismo tiempo, las normas pertinentes tienen por objeto garantizar que las mujeres tengan acceso a la atención y servicios adecuados de salud materna durante el embarazo y el parto, y el puerperio.

El Convenio núm. 102 (Parte VIII), establece normas mínimas en cuanto a la cobertura de la población por parte de los regímenes de protección de la maternidad y la concesión de prestaciones monetarias durante la licencia de maternidad, para hacer frente a la suspensión de los ingresos durante este período (véase el anexo III, cuadro AIII.7). El Convenio también define la asistencia médica que se debe proporcionar de forma gratuita en todas las etapas de la maternidad, según sea necesario para mantener, restaurar o mejorar la salud de las mujeres protegidas y su aptitud para trabajar, y para hacer frente a sus necesidades personales. La atención de salud materna debe estar disponible no sólo para las mujeres que participan en un régimen de protección de la maternidad, sino también para las cónyuges de los beneficiarios de dichos regímenes, sin costo alguno para ninguno de ellos.

El Convenio sobre la protección de la maternidad, 2000 (núm. 183), y la Recomendación que le acompaña (núm. 191), son las normas más actualizadas de la OIT sobre este tema. Establecen normas más elevadas y más exhaustivas sobre la cobertura de la población, la protección de la salud, la licencia de maternidad y la licencia de enfermedad o complicaciones, las prestaciones monetarias, la protección del empleo y la no discriminación, así como la lactancia materna.

La Recomendación núm. 202, insta a que se proporcione este tipo de prestaciones como parte de las garantías básicas de la seguridad social que componen los pisos de protección social. Estas incluyen el acceso a la atención de salud esencial, incluyendo la asistencia de la maternidad, que comprende un conjunto de bienes y servicios necesarios, y la seguridad básica de los ingresos, para las mujeres en edad activa que se ven imposibilitadas de obtener ingresos suficientes, debido, entre otras cosas, a la maternidad. La asistencia de salud por maternidad debe cumplir con los criterios de disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad (Naciones Unidas, 2000); debe ser gratuita para las personas más vulnerables; y las condiciones de acceso no deben ser de tal naturaleza que causen privaciones o aumenten el riesgo de pobreza para las personas que necesitan la atención de salud. Las prestaciones monetarias deben ser suficientes para permitir que las mujeres y sus hijos vivan una vida digna y fuera de la pobreza. Las prestaciones de maternidad deben concederse al menos a todas las mujeres residentes, con el objetivo de alcanzar la protección universal. Para lograr dicha cobertura, se puede utilizar una variedad de regímenes, incluyendo regímenes universales, el seguro social, la asistencia social y otras transferencias sociales que proporcionen prestaciones monetarias o en especie.

3.5.1 La protección de la maternidad: La garantía de la seguridad de los ingresos, la atención de salud materna y los derechos de las mujeres en el trabajo

La protección de la maternidad es multidimensional. Desde la perspectiva de la seguridad social, la protección de la maternidad incluye la protección ante la suspensión o pérdida de los ingresos durante la licencia por maternidad, y el acceso a servicios de salud materna (véase OIT, 2010c). La licencia de maternidad apoyada con prestaciones monetarias para sustituir total o parcialmente los ingresos de las mujeres durante las etapas finales del embarazo y

después del parto, es de importancia capital para el bienestar de las mujeres embarazadas, las nuevas madres y sus familias. La ausencia de seguridad de los ingresos durante las etapas finales del embarazo y después del parto obliga a muchas mujeres, especialmente a aquellas en la economía informal, a volver prematuramente al trabajo, lo que pone en riesgo su salud y la de sus hijos.

Otro componente fundamental de la protección de la maternidad son los servicios de salud materna, a saber, el acceso efectivo a la asistencia y servicios de salud adecuados durante el embarazo, el parto y el puerperio, para garantizar la salud tanto de las madres como de sus hijos. Al igual que con la atención de salud en general

Recuadro 3.14 Protección de la maternidad: Los regímenes financiados colectivamente frente a los regímenes de responsabilidad del empleador

Las prestaciones monetarias de maternidad pueden ser proporcionadas por diferentes tipos de regímenes: contributivos (por ej., el seguro social), no contributivos, financiados con los impuestos (por ej., los regímenes de asistencia social y los regímenes universales), y de responsabilidad del empleador. Los regímenes financiados colectivamente, con cargo a las cotizaciones del seguro, los impuestos, o ambos, se basan en los principios de solidaridad y de riesgo compartido, y por lo tanto garantizan una distribución más justa de los costos y de la responsabilidad de la reproducción. Los regímenes de responsabilidad del empleador, por su parte, obligan a los empleadores a asumir los costos económicos de la maternidad directamente, lo que a menudo resulta en una doble carga (pago de salarios durante la licencia de maternidad y los costos de sustitución de los mismos), aunque los empleadores podrían contratar un seguro comercial que cubriera dichas obligaciones. Mientras que algunos trabajadores individuales podrían obtener una indemnización adecuada con arreglo a tales regímenes, los empleadores podrían sentirse tentados a adoptar prácticas que nieguen a las mujeres la seguridad de los ingresos a la que deberían tener derecho con el fin de evitar los costos relacionados y las dificultades financieras que éstos pudieran entrañar para las pequeñas empresas o en tiempos de inestabilidad. La discriminación contra las mujeres en edad fértil en la contratación y en el trabajo, y la falta de pago de la compensación adeudada por el empleador, son comúnmente más evidentes en la ausencia de mecanismos colectivos para financiar la protección de la maternidad. Asimismo, la presión en las mujeres para volver al trabajo, en detrimento de su salud o la de sus hijos, podría ser más prevalente cuando son los empleadores quienes deben asumir los costos de la licencia de maternidad.

Con el fin de proteger la situación de las mujeres en el mercado de trabajo, el Convenio núm. 183, establece una preferencia por los regímenes de seguro social obligatorio o financiados con fondos públicos como vehículos para el suministro de prestaciones monetarias a las mujeres durante la licencia de maternidad, limitando la responsabilidad del empleador de asumir los costos directos de las prestaciones sólo en un rango limitado de casos.⁴⁸ Cuando las mujeres no cumplen con las condiciones de calificación para tener derecho a prestaciones monetarias de maternidad, el Convenio núm. 183 exige la concesión de prestaciones adecuadas financiadas con fondos de la asistencia social, supeditadas a la comprobación de ingresos.

Las prestaciones monetarias de maternidad financiadas colectivamente han demostrado ser los medios más eficaces de garantizar un ingreso para las mujeres durante la licencia de maternidad. En los últimos años, varios países han pasado de los regímenes de responsabilidad del empleador a las prestaciones de maternidad financiadas colectivamente, una tendencia que representa un avance en la promoción de la igualdad de trato entre hombres y mujeres en el mercado de trabajo.

⁴⁸ Según el Art. 6, párrafo 8 del Convenio núm. 183: "Un empleador no deberá estar personalmente obligado a costear directamente las prestaciones monetarias debidas a las mujeres que emplee sin el acuerdo expreso de ese empleador, excepto cuando: (a) esté previsto así en la legislación o en la práctica nacionales de un Miembro antes de la fecha de adopción de este Convenio por la Conferencia Internacional del Trabajo, o (b) se acuerde posteriormente a nivel nacional por los gobiernos y las organizaciones representativas de los empleadores y de los trabajadores."

(véase el capítulo 5), la falta de acceso efectivo a la cobertura de los servicios de salud materna no sólo pone en situación de riesgo la salud de las mujeres y sus hijos, sino también expone a las familias a un riesgo de pobreza considerablemente mayor.

Según las normas de la OIT (véase el recuadro 3.13), la protección de la maternidad también incluye la protección de los derechos de la mujer en el trabajo durante la maternidad y más allá, a través de medidas que salvaguarden el empleo, protejan a las mujeres contra la discriminación y despidos, y les permitan regresar a sus puestos de trabajo después de la licencia por maternidad en condiciones que tengan en cuenta sus circunstancias específicas (OIT, 2010c; OIT, 2013e; OIT, 2014e). También incluye componentes de seguridad y salud en el trabajo que son esenciales para proteger la salud de las mujeres embarazadas y las madres lactantes y sus bebés, así también como su capacidad reproductiva.

3.5.2 Tipos de regímenes de protección de la maternidad

Las prestaciones monetarias de maternidad se proporcionan a través de regímenes consagrados en la legislación nacional sobre seguridad social de 136 de los 188 países examinados. Otros dos países permiten que las mujeres hagan uso de la licencia de maternidad conforme a la ley, pero no contienen ninguna disposición legal sobre la sustitución de sus ingresos laborales.

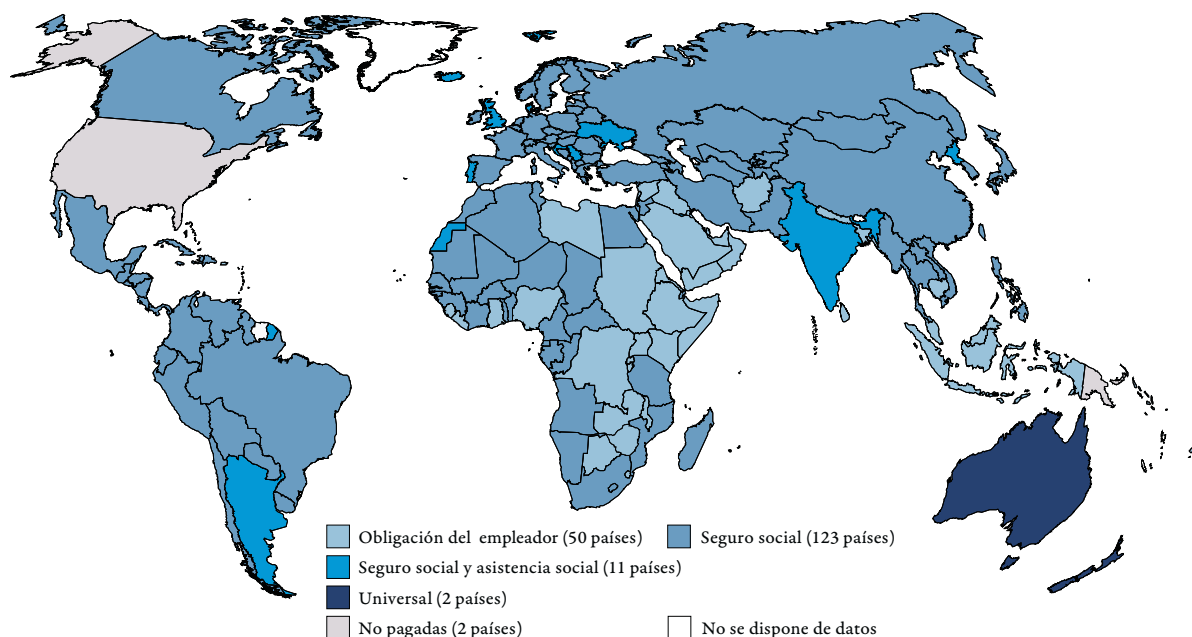
De esos 188 países, 50 –38 de ellos en África o Asia– contemplan en su legislación laboral un periodo obligatorio de licencia de maternidad y establecen la responsabilidad del empleador para el pago del salario correspondiente (o un porcentaje del mismo) durante ese período (véase el recuadro 3.14).

La mayoría de los regímenes de prestaciones monetarias de maternidad y de responsabilidad del empleador cubren sólo a las mujeres del sector formal. En consecuencia, en muchos países de ingresos bajos y medios, donde los niveles de empleo formal son

⁴⁸ Para información más detallada sobre las características de los regímenes vigentes en diferentes países, sírvase consultar el anexo IV, cuadro B.5.

⁴⁹ Si se incluye la cobertura voluntaria, la cobertura legal cubre a casi la mitad de todas las mujeres ocupadas (el 56.8 por ciento), con 20 puntos porcentuales adicionales supeditados a la elección de las trabajadoras por cuenta propia de afiliarse o no al régimen contributivo existente con carácter voluntario. En muchos países, la afiliación a este tipo de regímenes voluntarios es escasa en el mejor de los casos, por lo que la cobertura voluntaria no puede alcanzar el mismo nivel de protección con respecto a la cobertura obligatoria.

Figura 3.21 Sistemas de prestaciones monetarias de maternidad consagrados en la legislación nacional: Tipos de regímenes, 2013

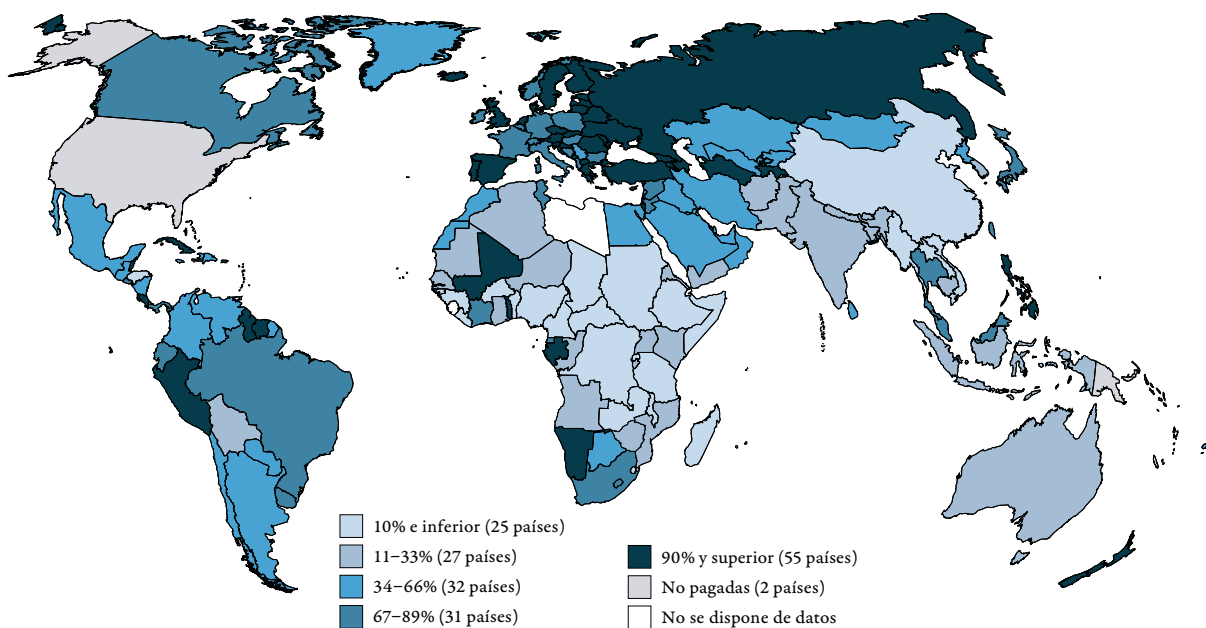


Nota: En Estados Unidos no existe un programa nacional. La Ley Federal sobre Licencia por Motivos Familiares y Médicos, 1993, establece como regla general que la licencia de maternidad es sin goce de sueldo; sin embargo, en virtud de ciertas condiciones, las licencias pagadas acumuladas (tales como la licencia por vacaciones, la licencia por asuntos personales, la licencia médica o la licencia de enfermedad), se pueden utilizar para cubrir parte o la totalidad de la licencia a la que una mujer tiene derecho de conformidad con la ley. Algunas prestaciones monetarias podrían estar disponibles a nivel estatal. Existen disposiciones para proporcionar prestaciones monetarias de maternidad en cinco estados (Nueva York, Nueva Jersey, California, Hawái y Rhode Island), en la categoría del seguro de incapacidad temporal para los empleados. Además, los empleadores pueden conceder la licencia de maternidad remunerada como prestación de la empresa.

Fuentes: Basado en OIT, 2014e; SSA/AISS, 2012; SSA/AISS, 2013a; SSA/AISS, 2013b; SSA/AISS, 2014; Naciones Unidas, 2013c. Véase también el Anexo IV, Cuadro B.5.

Enlace: <http://www.social-protection.org/gimi/gess/RessourceDownload.action?ressource.ressourceld=37055>.

Figura 3.22 Cobertura legal (obligatoria) de las prestaciones monetarias de maternidad: Mujeres ocupadas protegidas por ley ante la pérdida de ingresos durante la maternidad (porcentajes)

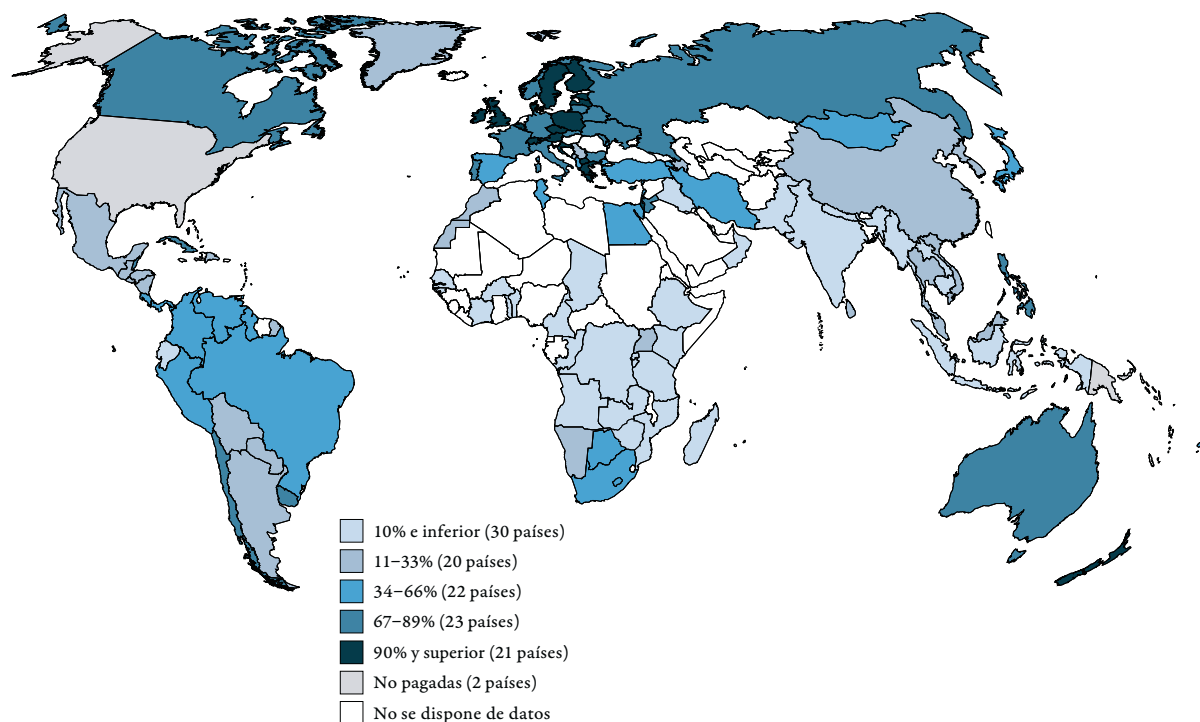


Nota: La cobertura legal se refiere a la legislación de la seguridad social, así también como a la legislación laboral.

Fuente: Basado en datos recogidos e indicadores desarrollados por la OIT, 2014e.

Enlace: <http://www.social-protection.org/gimi/gess/RessourceDownload.action?ressource.ressourceld=42477>.

Figura 3.23 Cobertura efectiva de las prestaciones monetarias de maternidad: Mujeres ocupadas cotizantes en los sistemas de prestaciones monetarias de maternidad o mujeres que por algún otro motivo tienen derecho a dichas prestaciones (porcentajes)



Fuentes: Basado en OIT, 2014e. Datos originales extraídos de fuentes nacionales y la base de datos de la OIT/ESS.

Enlace: <http://www.social-protection.org/gimi/gess/RessourceDownload.action?ressource.ressourceId=42478>.

más bajos, las prestaciones de maternidad están disponibles sólo para una minoría de las mujeres. La figura 3.21 muestra los tipos de regímenes que existen en los 188 países de los que se dispone información. Los regímenes de seguro social forman la gran mayoría de dichos regímenes, imperantes en 134 países, de los cuales 11 también operan regímenes de asistencia social.⁴⁸

3.5.3 El alcance de la cobertura legal

A nivel mundial, la gran mayoría de las mujeres ocupadas aún no están protegidas contra la pérdida de sus ingresos en caso de maternidad. Sólo el 35.3 por ciento de las mujeres ocupadas se benefician de la cobertura legal obligatoria quienes, por lo tanto, tienen el derecho legal a prestaciones monetarias periódicas como sustitución de sus ingresos durante su licencia de maternidad.⁴⁹ En 55 países (67 países si se incluye la cobertura voluntaria), más del 90 por ciento de las mujeres ocupadas gozan del derecho legal a cobrar prestaciones de maternidad con carácter obligatorio (véase la figura 3.22).

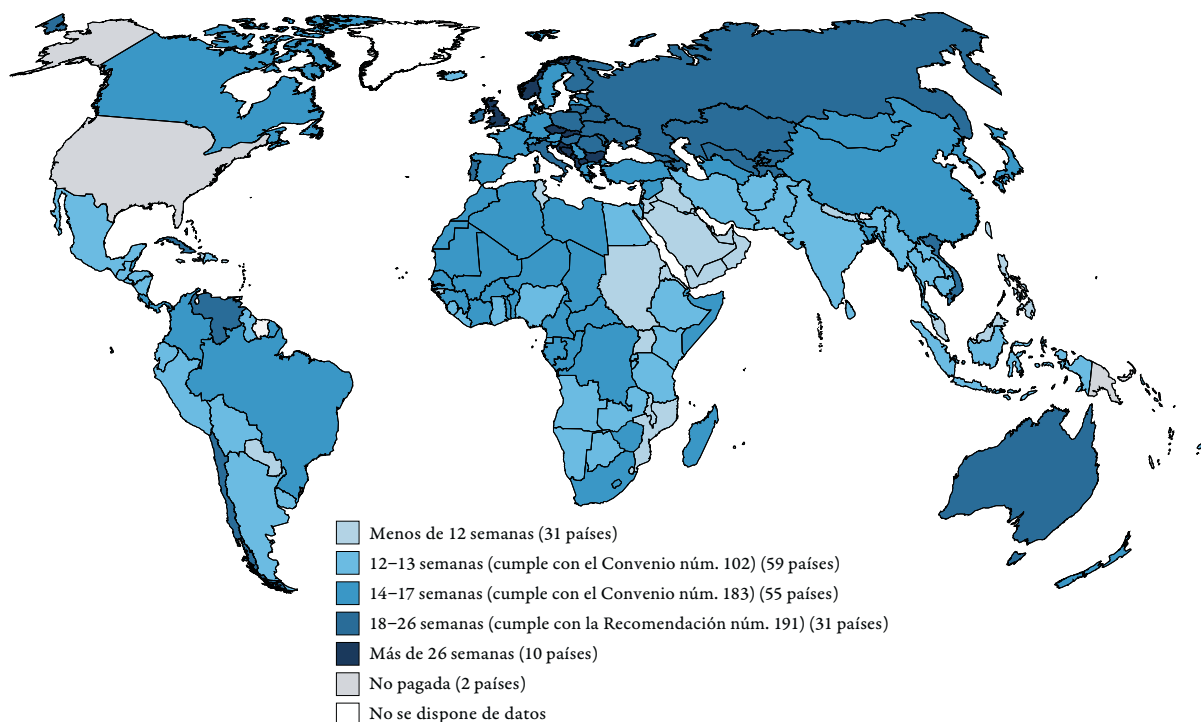
En el otro extremo del espectro, en 25 países,⁵⁰ la mayoría de ellos en el África Subsahariana, menos del 10 por ciento de las mujeres ocupadas tienen derecho a prestaciones monetarias de maternidad.

3.5.4 Alcance de la cobertura efectiva

Independientemente de los requisitos legales, podría haber obstáculos que impidan a las mujeres percibir las prestaciones a las que tienen derecho. De hecho, apenas más de una cuarta parte (el 28.4 por ciento) de las mujeres ocupadas a nivel mundial, están protegidas de manera efectiva en la maternidad mediante prestaciones monetarias contributivas o no contributivas. En gran parte de África y el Asia Meridional, una pequeña minoría de mujeres ocupadas (menos del 10 por ciento), está protegida de manera efectiva mediante formas contributivas o no contributivas de prestaciones monetarias de maternidad (véase la figura 3.23). En muchos de estos países, imperan los regímenes de responsabilidad de los empleadores (véase la figura 3.21), el empleo informal desempeña un papel destacado en la economía y las tasas de mortalidad materna siguen siendo muy altas. La cobertura de más del 90 por ciento de las mujeres ocupadas se alcanza en sólo 21 países, la mayoría de ellos en Europa.

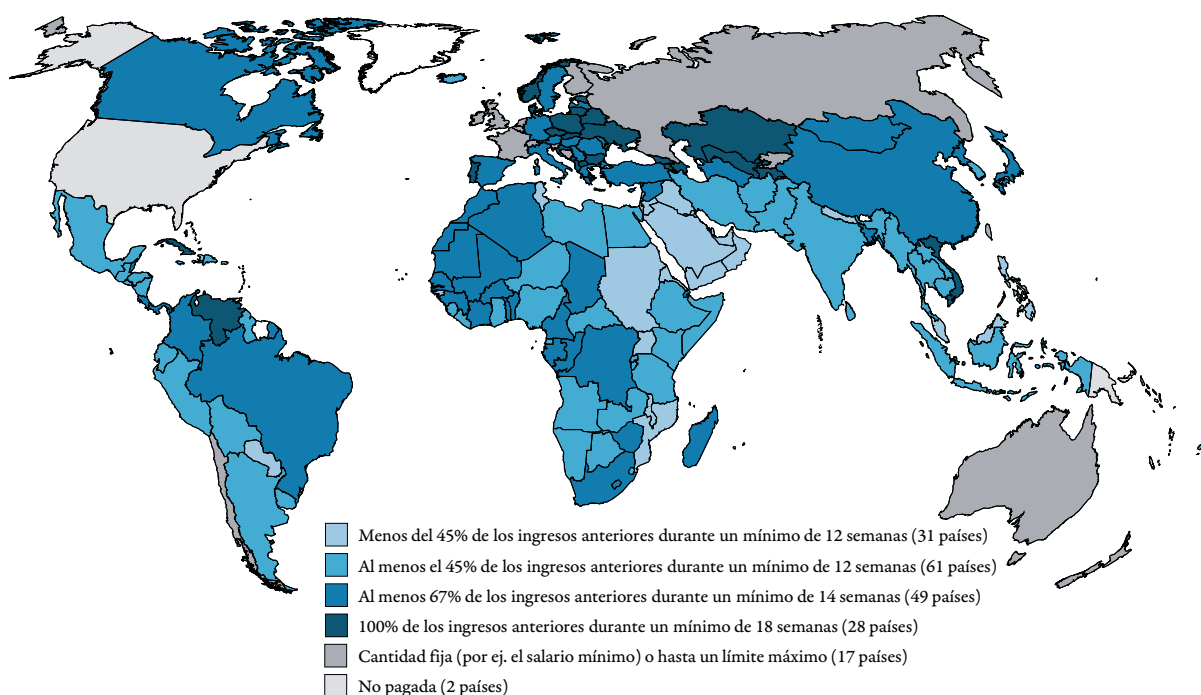
⁵⁰ 21 países, si se incluye la cobertura voluntaria.

Figura 3.24 Duración de la licencia de maternidad remunerada en la legislación nacional, 2013 (semanas)



Fuentes: Basado en la base de datos de la OIT sobre las Leyes relacionadas con las Condiciones de Trabajo y del Empleo; OIT, 2014e; legislación nacional.
 Enlace: <http://www.social-protection.org/gimi/gess/RessourceDownload.action?ressource.ressourceId=37056>.

Figura 3.25 Nivel de las prestaciones monetarias de maternidad como proporción de los ingresos previos, 2013 (porcentaje)



Nota: Cuando el nivel de las prestaciones de maternidad cambia en algún momento durante la licencia de maternidad (ejemplo hipotético: el 100 por ciento de los ingresos anteriores durante las primeras cuatro semanas y el 80 por ciento durante las semanas posteriores), la figura muestra el nivel promedio durante toda la licencia de maternidad.
 Fuente: Basado en la base de datos de la OIT sobre las Leyes relacionadas con las Condiciones de Trabajo y del Empleo.
 Enlace: <http://www.social-protection.org/gimi/gess/RessourceDownload.action?ressource.ressourceId=42013>.

3.5.5 La suficiencia de las prestaciones por maternidad para garantizar la seguridad de los ingresos durante la licencia de maternidad

La suficiencia de las prestaciones monetarias proporcionadas durante la licencia de maternidad para satisfacer las necesidades de las madres y sus bebés puede ser evaluada en términos de duración y cantidad. Con el fin de permitir que las mujeres se recuperen totalmente después del parto, 96 países de los 188 proporcionan al menos 14 semanas de licencia de maternidad remunerada, cumpliendo con las normas del Convenio núm. 183; de estos, 31 países proporcionan 18-26 semanas, y 10 proporcionan más de 26 semanas (véase la figura 3.24). En 59 países, la duración de la licencia de maternidad remunerada es de 12 a 13 semanas, lo que aún cumple con la norma mínima establecida en el Convenio núm. 102. En 31 países, la licencia de maternidad con prestaciones monetarias es inferior a 12 semanas.

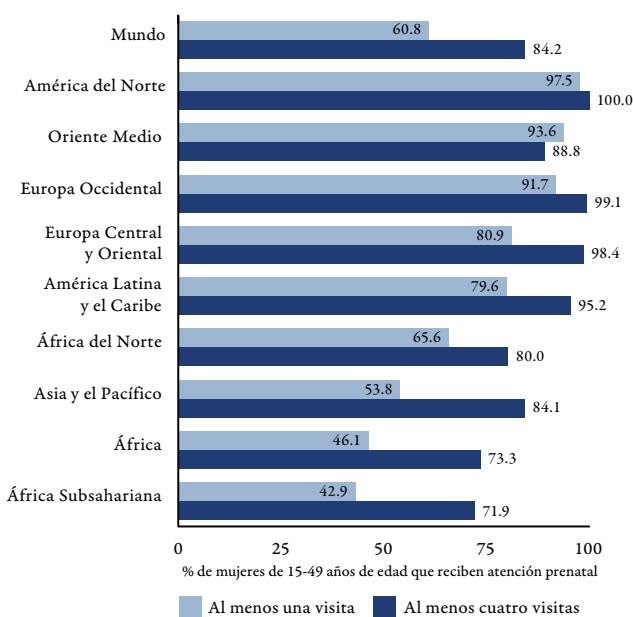
El nivel de la prestación monetaria de maternidad, calculado como porcentaje de los ingresos anteriores por un número mínimo de semanas de licencia de maternidad remunerada, varía mucho de un país a otro (véase la figura 3.25). En 77 de los 188 países, las mujeres tienen derecho a una licencia de maternidad remunerada equivalente al menos a dos tercios de su salario regular por un período mínimo de 14 semanas, cumpliendo con los criterios del Convenio núm. 102. En 28 países (casi el 15 por ciento del total examinado), las mujeres tienen derecho al 100 por ciento de su salario regular durante al menos 18 semanas, cumpliendo con el requisito más alto establecido en la Recomendación núm. 191. Otros 17 países proporcionan una prestación fija (por ej., el salario mínimo). Esto deja un gran número de países (61) en los que las mujeres tienen derecho a una prestación inferior al 67 por ciento de los ingresos anteriores durante un período de 12 a 13 semanas, que no llega al nivel de referencia del Convenio núm. 183, pero aún cumple con los requisitos mínimos del Convenio núm. 102. En 31 países, la prestación monetaria corresponde a menos del 45 por ciento del salario anterior y/o el período de licencia de maternidad remunerada es inferior a 12 semanas.

3.5.6 El acceso a la asistencia de salud materna

El acceso a la atención y servicios de salud prenatales y postnatales gratuitos, accesibles y apropiados para las mujeres embarazadas y las madres con recién nacidos, es un componente esencial de la protección de la maternidad. El acceso a la atención de salud materna está estrechamente asociado con el acceso a los servicios de salud en general, que se discuten en el Capítulo 5.

La importancia del acceso garantizado a la asistencia de salud materna en la salvaguarda de la salud materno-infantil se destaca en los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM), en particular el ODM 5 sobre la mejora de la salud materna y el ODM 3 sobre la reducción de la mortalidad infantil. Si bien se ha logrado progresos notables en muchos países en cuanto a la reducción de la mortalidad materno-infantil, algunos países

Figura 3.26 Cobertura de la atención prenatal por región, al último año con datos disponibles (porcentaje de nacidos vivos)

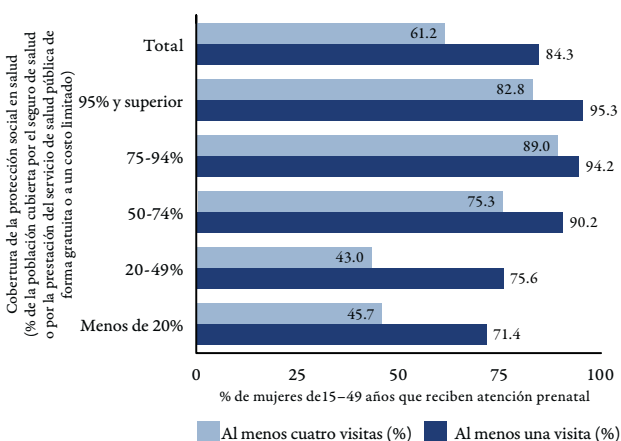


Notas: La cobertura de la asistencia prenatal se mide por el porcentaje de mujeres de 15-49 años con un nacido vivo en un período de tiempo determinado, que recibieron atención prenatal de personal de salud calificado (médicos, enfermeras o parteras) al menos una vez durante el embarazo. Promedio mundial ponderado por población total (Naciones Unidas, Previsiones Demográficas Mundiales, Revisión de 2012; valor para 2012).

Fuente: Cálculos de la OIT basados en la base de datos del Observatorio Mundial de la Salud de la OMS (para diversos años; consultada en diciembre, 2013).

Enlace: <http://www.social-protection.org/gimi/gess/RessourceDownload.action?ressource.ressourceld=42481>.

Figura 3.27 Acceso a la atención prenatal por cobertura de salud, al último año con datos disponibles



Notas: El acceso a la atención prenatal se mide por el porcentaje de mujeres de 15-49 años con un nacido vivo en un período de tiempo dado, que recibieron atención prenatal de personal de salud calificado (médicos, enfermeras o parteras) al menos una vez durante el embarazo. Para obtener información sobre la cobertura de salud, sírvase consultar la información detallada por país disponible en el anexo IV, cuadro B.11. Promedio mundial ponderado por población total (Naciones Unidas, Previsiones Demográficas Mundiales, Revisión de 2012; valor para 2012).

Fuentes: Cálculos de la OIT con arreglo a datos del Observatorio Mundial de la Salud de la OMS (para diversos años); fuentes nacionales.

Enlace: <http://www.social-protection.org/gimi/gess/RessourceDownload.action?ressource.ressourceld=37053>.

todavía se enfrentan a grandes retos en este sentido (Naciones Unidas, 2013b).

Es ampliamente reconocido que uno de los factores facilitadores esenciales para la salud materno-infantil es el acceso a la atención prenatal, que sigue siendo desigual y está lejos de ser universal en muchas regiones (véase la figura 3.26). De acuerdo con los últimos datos disponibles, mientras que el 84.2 por ciento de las mujeres en edad fértil recibe atención prenatal proporcionada por personal calificado durante al menos una visita a un centro de salud, sólo el 60.8 por ciento de ellas fueron monitoreadas durante al menos cuatro visitas. En el África Subsahariana, más de una cuarta parte de las mujeres en edad fértil no recibió ningún cuidado prenatal proporcionado por personal de salud capacitado; lo mismo es cierto para una de cada cinco mujeres en el África Septentrional y una de cada seis mujeres en Asia y el Pacífico.

La cobertura de salud es un factor clave para facilitar el acceso a la atención de salud materna (véase la figura 3.27). El acceso a la atención prenatal es alta allí donde la protección de la salud está disponible para la mayoría de la población, pero es baja donde una gran proporción de la población no está protegida.

En muchas partes del mundo, el acceso a la atención de salud materna es desigual y está sujeta a importantes disparidades entre las zonas urbanas y rurales, y entre los grupos más pobres y los más ricos de la población (véase, por ejemplo, Nawal, Sekher y Goli, 2013). En muchos países en desarrollo, tales disparidades están estrechamente asociadas con la falta de acceso universal a los servicios de salud disponibles y asequibles de calidad adecuada; sin embargo, la falta de protección financiera que permita a las mujeres beneficiarse de los servicios existentes es también un factor importante.

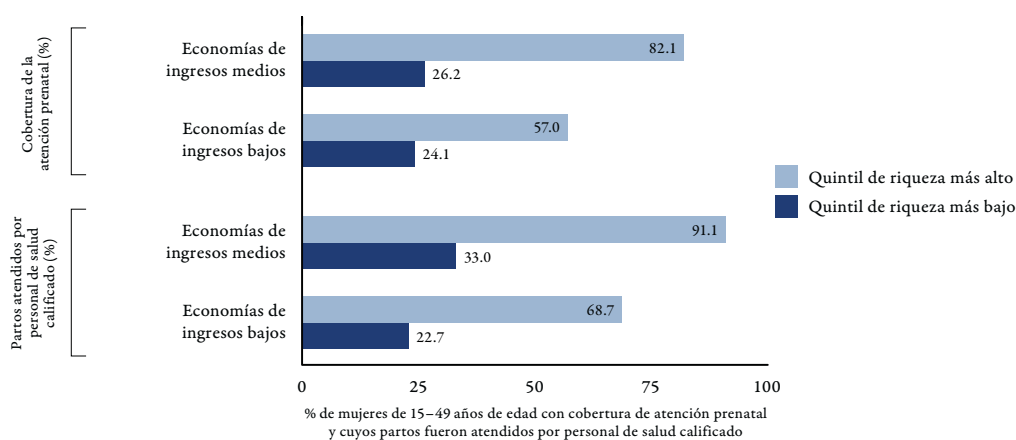
Las desigualdades en el acceso a los servicios de salud materna (tanto la atención prenatal como la asistencia médica durante y después del parto), ponen en peligro nuevos progresos con respecto a la salud materno-infantil en países tanto de ingresos medios como bajos. En la mayoría de estos países se observa importantes niveles de inequidad en el acceso a la asistencia de salud materna entre una región y otra y entre los residentes de las zonas urbanas y rurales, con poblaciones urbanas que tienden a tener un mejor acceso. Si bien las desigualdades entre las zonas urbanas y rurales se observan en los países de todas las regiones del mundo, la diferencia es mucho mayor en África y en Asia y el Pacífico que en otras regiones. Estas diferencias se asocian a menudo con una densidad más baja de los servicios de atención de salud en las zonas rurales.

Otro factor importante de la desigualdad de acceso a la protección de la salud materna es la riqueza del hogar. En países tanto de ingresos bajos como medios, sólo una pequeña fracción de las mujeres en el quintil más bajo de riqueza tiene acceso a la protección de la salud materna en comparación con las mujeres en el quintil más alto de riqueza (véase la figura 3.28). Tales desigualdades tienen efectos adversos en la salud materno-infantil, con consecuencias a menudo perjudiciales a largo plazo, tanto para los individuos como para las sociedades.

La figura 3.29, ilustra la importancia de la prestación de servicios de salud materna de calidad, mostrando la correlación inversa en todos los países entre el porcentaje de nacimientos supervisados por parteras calificadas y la tasa de mortalidad materna.

Por otra parte, la evidencia disponible sugiere que la seguridad de los ingresos también contribuye al bienestar de las mujeres embarazadas, las nuevas madres y sus hijos. Los países que tienen un mayor nivel de cobertura de las prestaciones monetarias de maternidad también

Figura 3.28 Desigualdades en el acceso a los servicios de salud materna por quintil de riqueza y nivel nacional de ingresos, al último año con datos disponibles

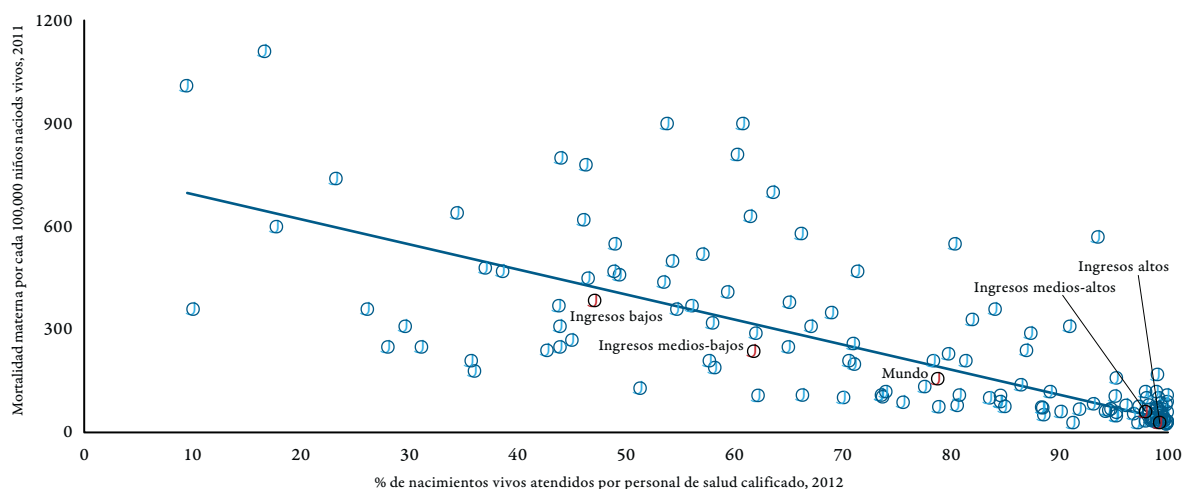


Notas: Las desigualdades en el acceso a los servicios de salud materna se miden por los partos atendidos por personal de salud calificado como porcentaje del total de nacidos vivos en el mismo período. La cobertura de la asistencia prenatal se mide por el porcentaje de mujeres de 15-49 años con un nacido vivo en un período de tiempo dado que recibieron atención prenatal cuatro o más veces. Debido a las limitaciones de los datos, no es posible determinar el tipo de proveedor para cada visita. Información detallada y las definiciones están disponibles en el archivo de Excel (véase el enlace más abajo). Promedio mundial ponderado por población total (Naciones Unidas, Previsiones Demográficas Mundiales, Revisión de 2012; valor para 2012). Se debe considerar los promedios globales con cautela debido al pequeño tamaño de la muestra.

Fuente: Cálculos de la OIT con arreglo a datos del Observatorio Mundial de la Salud de la OMS (para diversos años).

Enlace: <http://www.social-protection.org/gimi/gess/RessourceDownload.action?ressource.ressourceId=42882>.

Figura 3.29 Tasa de mortalidad materna (por cada 100,000 nacidos vivos) y nacidos vivos atendidos por personal de salud calificado, según el nivel nacional de ingresos, 2011



Nota: $R^2 = 0.6009$.

Fuentes: Con arreglo a datos del Observatorio Mundial de la Salud de la OMS y los Indicadores del Desarrollo Mundial, Banco Mundial.

Enlace: <http://www.social-protection.org/gimi/gess/RessourceDownload.action?ressource.ressourceId=42483>.

tienden a obtener mejores resultados con respecto a las tasas de mortalidad materna. Dichos resultados exigen un enfoque integral de la protección de la maternidad que combine la atención de salud materna y la seguridad de los ingresos, así como medidas de seguridad y salud en el trabajo, conforme a lo estipulado en las normas protección de la maternidad de la OIT.

3.5.7 Avances recientes

La protección de la maternidad se reconoce a nivel mundial como un componente decisivo de la protección social –efectivamente, como una inversión para garantizar el futuro del capital humano de cada país– como lo demuestra el número y la variedad de iniciativas políticas recientes y existentes.

Los cambios en los regímenes de protección de la maternidad en diferentes países se pueden clasificar de la siguiente manera:

- extensión de la cobertura, ampliación del ámbito de aplicación de los regímenes existentes o la introducción de nuevos regímenes contributivos o no contributivos;
- ajustes en el nivel de las prestaciones/subsidios de maternidad (monetarias); o
- ajustes en la duración de las prestaciones.

Extensión de la cobertura de la protección de la maternidad

Muchos países (por ejemplo, Australia, Jordania y Sudáfrica) han promulgado reformas que amplían el alcance de la cobertura de maternidad a categorías de mujeres que antes estaban sin protección. Esto se ha logrado a través de una variedad de medidas (véase el recuadro 3.15).

Varios países, incluyendo Argentina, Bangladesh, el Estado Plurinacional de Bolivia, India e Indonesia, han introducido o ampliado las prestaciones de maternidad no contributiva a las trabajadoras de la economía informal o a las mujeres pobres en general. Las prestaciones no contributivas generalmente no se asocian directamente con una interrupción del empleo en la forma de una licencia de maternidad, sino persiguen un objetivo más amplio de proporcionar a las mujeres embarazadas y púerperas una prestación monetaria predecible durante las etapas finales de su embarazo y después del parto.

Algunos de estos programas combinan transferencias monetarias con condiciones relativas a la utilización de los servicios de atención materna, con los objetivos de fomentar la lactancia materna y mejorar la nutrición. En algunos países, las mujeres embarazadas y púerperas se encuentran entre los grupos destinatarios de programas más amplios de transferencias monetarias condicionadas. En otros, existen regímenes específicos de prestaciones de maternidad. Muchos de estos programas tienen como objetivo explícito reducir la mortalidad materno-infantil,

Recuadro 3.15 Prestaciones monetarias de maternidad: Algunos ejemplos recientes de extensión de la cobertura

Varios países han extendido la cobertura de las prestaciones de maternidad en los últimos años.

- En 2011, Jordania estableció una nueva prestación de maternidad que cubre a las trabajadoras del sector privado, financiado a través de la cotización de los empleadores del 0.75 por ciento de los ingresos imponibles. El régimen concede a las mujeres aseguradas el derecho a una licencia de maternidad remunerada al 100 por ciento de los ingresos anteriores por un máximo de diez semanas. Se espera que esta prestación fomente la participación de las mujeres en el mercado de trabajo y elimine los desincentivos a la contratación de mujeres.
- En Australia, el Régimen Nacional de Licencia Parental Remunerada, introducido en 2011, estableció un derecho a 18 semanas de licencia parental con sueldo, financiada por el Gobierno a la tasa del salario mínimo nacional para padres y madres elegibles que trabajan. El régimen está sujeto a una comprobación de recursos relativamente flexible. Junto con un “bono por bebé,” que también se paga a los padres que no trabajan y está sujeto a una comprobación de recursos más estricta, el régimen de licencia parental se acerca a la cobertura universal.
- En Sudáfrica, en 2003, los trabajadores domésticos fueron cubiertos por el Fondo del Seguro de Desempleo, que también es responsable del pago de las prestaciones por maternidad.

Varios países introdujeron prestaciones no contributivas para ampliar la cobertura de las prestaciones de maternidad a quienes por lo general no están cubiertos por los regímenes contributivos.

- Argentina introdujo una asignación universal por nacimiento en 2011, que cubre a las mujeres a partir de la 12ª semana de gestación hasta el nacimiento o interrupción del embarazo. Este programa no contributivo complementa la asignación por nacimiento proporcionada por el régimen del seguro social. El programa cubrió al 22 por ciento de los nacimientos en Argentina en 2011, habiendo protegido en promedio a más de 66,000 mujeres por mes entre mayo de 2011 y junio de 2012.

En algunos países, la percepción de prestaciones de maternidad no contributivas está vinculada al cumplimiento de determinadas condiciones en relación con la atención de salud prenatal y postnatal.

- En Bangladesh, el Programa de Subsidios para Madres Lactantes de Escasos Recursos, introducido en 2008, está dirigido a mujeres de 20 años y más que viven con un ingreso mensual de menos de 1,500 BDT (takas de bangladesh), también cubre a madres con discapacidad y mujeres que son el sostén económico de familias de escasos recursos. De tener derecho, perciben una prestación única de 350 BDT por mes durante el primer o segundo embarazo por un período de dos años.
- En Bolivia, el Bono Madre Niño y el Bono Juana Azurduy de Padilla, están destinados a las mujeres de escasos recursos y sus familias sin seguro médico ni acceso a la subvención por lactancia. Durante el embarazo y los dos primeros años de la vida del niño, los beneficiarios perciben prestaciones monetarias a condición de que tanto la madre como el niño cumplan con un programa de controles periódicos de salud.
- En la India, el programa Indira Gandhi Matritva Sahyog Yojana (IGMSY), introducido en 2010, proporciona prestaciones monetarias a mujeres embarazadas y madres lactantes en 52 distritos piloto, beneficiando aproximadamente a 1.38 millones de mujeres. Una prestación diaria de aproximadamente 1.68 USD para todas las mujeres de 19 años y más (limitada a los primeros dos embarazos; y con exclusión de las mujeres cubiertas por prestaciones para los empleados del sector público) por aproximadamente 40 días, tiene por objeto proporcionar una indemnización parcial por la pérdida de los ingresos y alentar a las mujeres a hacer uso de un descanso adecuado antes y después del parto. Además, todas las mujeres con derecho, perciben un incentivo en efectivo de INR (rupias indias) 4,000 en tres cuotas a partir del final del segundo trimestre del embarazo hasta que el niño cumple seis meses de edad, supeditado al cumplimiento de diversas condiciones relativas a la inscripción, los controles médicos, las vacunas y la práctica de la lactancia materna.
- En 2012, el programa de transferencias monetarias condicionadas Keluarga Harapan (PKH) de Indonesia concedió prestaciones monetarias periódicas a 1.5 millones de hogares pobres en 33 provincias; sus condiciones incluyen el que las mujeres embarazadas y las madres lactantes acudan regularmente a los centros de salud para pasar controles médicos. El programa complementa al Programa Jampersal, introducido en 2011, que proporciona atención del parto universal y gratuita, incluidas las consultas prenatales y postnatales.
- El programa piloto de Fideicomiso Social de Ghana, implementado en dos distritos a partir de 2009, ofrece transferencias monetarias periódicas cada dos meses para las madres pobres hasta que sus hijos llegan a la edad de cinco años, a condición de que se afilien ellas mismas y a sus familias en el Régimen Nacional de Seguro Médico (en virtud del cual los derechos de afiliación y las cotizaciones anuales están subvencionados total o parcialmente), que sigan un programa de atención prenatal y postnatal, atención de salud y vacunaciones infantiles, que el parto sea asistido por personal de salud especializado y que registren el nacimiento de sus hijos. Además, se incentiva a las mujeres a participar en las sesiones de educación para la salud.

Fuentes: BasD [ADB], 2013; Aleksynska et al., 2013; Barrientos, Niño-Zarazúa y Maitrot, 2010; Ahluwalia, de próxima publicación; Fultz y Francis, 2013; fuentes nacionales.

Recuadro 3.16 Medidas para facilitar el regreso de los padres al trabajo

En Japón y la Federación de Rusia, se implementó disposiciones de estímulo de la oferta para facilitar el retorno de las madres al trabajo después del parto a través de la ayuda a la formación y la búsqueda de empleo. En la Federación de Rusia, el acceso a programas de formación destinados a los solicitantes de empleo se extendió a las mujeres ausentes con licencia parental para cuidar de un hijo a cargo menor de tres años. En 2011, 26,200 mujeres se beneficiaron de estos programas, de las cuales 15,700 encontraron empleo. Otras medidas incluyeron la introducción de formas de trabajo flexibles, programas de autoempleo destinados a las mujeres, y educación preescolar para niños de 3-7 años de edad. En Japón, se revigorizó un programa de apoyo a las madres de niños pequeños en busca de empleo a través de servicios de guardería y servicios de información, entre otros. En 2011, 69,000 mujeres utilizaron el programa y tuvieron éxito en encontrar un empleo.

En Italia, se introdujo un sistema de vales que dan acceso a servicios de guardería para fomentar el empleo femenino. El número de beneficiarios de los servicios de guardería formales se incrementó significativamente de 1 millón de niños en 2011 a un proyectado de 1.4 millones para 2016/17, en gran parte mediante la asistencia financiera directa a las familias para ayudarles a sufragar los gastos del cuidado infantil y mediante la asistencia para el cuidado infantil a padres y madres que perciben transferencias de ingresos y están en formación o estudian con el fin de encontrar empleo. En 2012, se introdujo una licencia de paternidad remunerada de un día.

En Australia, se creó un Fondo para complementar los Servicios de Prueba de Guardería Flexibles con el fin de mejorar el acceso a la atención infantil, sobre todo fuera de las horas normales, y por lo tanto permitir a las mujeres tener una participación más flexible en el mercado de trabajo. Además de estas medidas por el lado de la oferta, Australia también introdujo la licencia de paternidad remunerada con el salario mínimo nacional y el pago de dos semanas a los padres o sus parejas que trabajan. Desde su implementación en enero de 2011, 240,000 personas se han beneficiado de esta medida. También se ofreció servicios de guardería flexibles destinados a las familias que requieren de dicha atención fuera del horario de trabajo normal.

Fuentes: Basado en datos de la OIT y la OCDE, 2013; Aleksynska et al., 2013.

Recuadro 3.17 Medidas de contracción recientes

Algunas reformas recientes han dado lugar a una reducción importante de los niveles de prestaciones para ciertas categorías de beneficiarios.

- En la República Checa, el nivel de prestaciones de maternidad se redujo temporalmente del 69 al 60 por ciento de la base diaria reguladora por cada día natural en 2010; sin embargo, esta tasa se ha elevado nuevamente desde entonces.
- Alemania, redujo las prestaciones de maternidad del 67 al 65 por ciento del salario anterior para quienes percibían una renta neta de más de 1,200 EUR por mes.
- Irlanda, redujo la prestación máxima de maternidad para las nuevas solicitantes de 262 a 230 EUR por mes desde enero de 2014, con el objetivo de ahorrar 30 millones EUR. Desde 2013/14, las prestaciones de maternidad se tratan como renta imponible. En consecuencia, alrededor de 48,000 mujeres pagarán al año un promedio de 833 EUR adicionales cada una en imposiciones, lo que generará un ahorro de 40 millones EUR.
- En Letonia, la tasa de sustitución de las prestaciones de maternidad se redujo del 100 al 80 por ciento de la remuneración sujeta a seguro en 2011. Asimismo, el Gobierno decidió ampliar el límite del monto de las prestaciones de enfermedad, maternidad, paternidad y desempleo pagadas hasta el 31 de diciembre de 2014. Con estas medidas se espera generar un ahorro de 25.83 millones de lats letones (LVL) en 2013 y 26.42 millones LVL en 2014.
- En Lituania, la Ley de Enfermedad y Maternidad fue enmendada en 2010 para reducir temporalmente las tasas de sustitución de la prestación de maternidad/paternidad del 100 al 90 por ciento de los ingresos anteriores.
- En Rumania, se implementó un recorte del 15 por ciento a las prestaciones de maternidad como una medida de emergencia en 2010. La ley por la que se incorpora esta reducción también cambió la política sobre las prestaciones de maternidad: la prestación consiste ahora en el 75 por ciento de los ingresos anteriores hasta un límite máximo de 3,400 leus rumanos (RON) por mes por un período de un año de licencia, y 1,200 RON por un período de dos años de licencia. Se concede una bonificación de 500 RON por mes a aquellos trabajadores que perciben alguna renta imponible antes del término de la licencia de un año.
- En el Reino Unido, la subvención condicionada para Asistencia de Salud en la Maternidad de 190 GBP para cada mujer embarazada, fue abolida en 2011 con el fin de reducir el déficit público. Se ha reemplazado con una subvención de 500 GBP para padres primerizos que reclaman otro tipo de prestaciones sociales tales como el apoyo a los ingresos o la desgravación fiscal para los trabajadores (working tax credit).

Fuentes: Gauthier, 2010; SSA/AISS, 2012; SSA/AISS, 2013a; SSA/AISS, 2013b; SSA/AISS, 2014; Red de Legislación Laboral; base de datos de la OIT sobre Leyes relacionadas con las Condiciones de Trabajo y Empleo; Leschke y Jepsen, 2011; Leschke y Jepsen, 2012; fuentes nacionales.

de acuerdo con los ODM y con las estrategias nacionales de reducción de la pobreza o protección social. Algunos programas tienen como objetivo explícito incrementar la aceptación de métodos de planificación familiar y la reducción de la incidencia del matrimonio infantil. Las prestaciones se proporcionan por lo general sólo a las mujeres mayores de una cierta edad mínima, y sólo por un cierto número de embarazos. Programas específicos de transferencias monetarias condicionadas han surgido recientemente en Bangladesh, Est. Plur. de Bolivia, India e Indonesia (véase el recuadro 3.16)

Aumento de la duración y el alcance de las prestaciones de maternidad

Varios países han ampliado la duración de la licencia de maternidad remunerada en sus legislaciones tras la adopción del Convenio núm. 183 en el año 2000. A pesar de no haber ratificado aún el Convenio, China, Colombia y Malta, ahora cumplen con los requisitos del nivel mínimo de las prestaciones establecidas por dicho instrumento, y varios países, incluyendo Chile y la República Bolivariana de Venezuela, han ido más lejos. Varios otros países (como Finlandia e Irlanda) han aumentado la tasa mínima de los niveles de prestaciones y los mecanismos de indexación.

Además, varios países han fortalecido las disposiciones complementarias relativas a la asistencia a las madres que desean volver al trabajo (incluyendo Japón y la Federación de Rusia) y las relativas a los servicios de guardería (incluyendo Australia e Italia; véase el recuadro 3.16).

Medidas de contracción

En el contexto de la crisis financiera y económica, varios países han adoptado medidas que han reducido el nivel de protección de la maternidad (véase el recuadro 3.17). En países como la República Checa, Alemania, Irlanda y el Reino Unido, el nivel de prestaciones de maternidad se ha reducido. Además, en Irlanda las prestaciones de maternidad ahora se tratan como ingresos imposables.

Algunas de estas medidas de consolidación fiscal han disminuido significativamente el nivel de protección de la maternidad disponible para ciertos grupos de mujeres embarazadas y puérperas. Aunque en algunos países se han adoptado medidas para proteger los niveles de protección disponibles para las personas de menores ingresos, otros grupos aún podrían sufrir notables reducciones en las prestaciones que perciben, lo que pondría en peligro la seguridad de sus ingresos durante este período crítico de sus vidas. Además, el acceso a la atención de salud materna también podría haberse visto afectado debido a los cortes al interior del sistema de atención de salud (véase el capítulo 5).

En momentos en que muchos gobiernos europeos están considerando o implementando medidas para alentar tasas de natalidad más altas, medidas de consolidación fiscal mal diseñadas podrían tener efectos negativos no deseados. Por tanto, es necesario considerar cuidadosamente los efectos a corto y largo plazo de las reformas de políticas en esta área.

La protección social para las mujeres y los hombres de edad

4

Las pensiones y otras prestaciones no relacionadas con la salud

IDEAS FUNDAMENTALES

- El derecho a la seguridad del ingreso en la edad avanzada, consagrado en los instrumentos de derechos humanos y en las normas internacionales del trabajo, incluye el derecho a una pensión de seguridad social adecuada. En muchos países donde la proporción de empleo en la economía informal es elevada, únicamente una minoría percibe una pensión de vejez, y muchos adultos mayores dependen solamente del apoyo familiar.
- Aproximadamente la mitad (el 48 por ciento) de las personas que superan la edad que da derecho a la pensión no percibe pensión alguna. Para muchos que sí lo hacen, los niveles de la misma no son adecuados. Como resultado, la mayoría de las mujeres y los hombres de edad no cuentan con una seguridad de los ingresos, carecen del derecho a jubilarse y deben continuar trabajando por el mayor tiempo que les sea posible –a menudo mal remunerados y en condiciones precarias.
- En virtud de las leyes y normas vigentes, sólo el 42 por ciento de las personas en edad activa hoy en día pueden esperar percibir pensiones de seguridad social en el futuro, y la cobertura efectiva es incluso más baja. Esta brecha en la cobertura tendrá que ser cubierta mediante la extensión de las pensiones no contributivas.
- Muchos países han realizado esfuerzos recientes por ampliar la cobertura de los regímenes de pensiones contributivas y establecer pensiones no contributivas para garantizar al menos la seguridad básica de los ingresos en la vejez para todos.
- Al mismo tiempo, existe una constante presión a nivel mundial por –con el pretexto de garantizar la sostenibilidad de las pensiones en sociedades que envejecen y consolidar las finanzas públicas– reducir la responsabilidad del Estado de garantizar la seguridad de los ingresos en la vejez y trasladar gran parte de los riesgos económicos asociados con el pago de pensiones a las personas, lo que disminuye la capacidad de los sistemas de pensiones de prevenir la pobreza en la vejez. En algunos países, las revocaciones recientes de reformas anteriores, incluyendo privatizaciones pasadas de los sistemas de pensiones, han abordado estos desafíos, incluyendo el deterioro de la suficiencia de las pensiones.
- La seguridad de los ingresos de las mujeres y los hombres de edad depende también de su acceso a los servicios sociales, incluyendo la asistencia de salud y los cuidados de largo plazo.

4.1 El papel decisivo de las pensiones para garantizar la seguridad de los ingresos y el bienestar de las personas de edad

Es esencial que las personas cuenten con fuentes confiables de seguridad de los ingresos a lo largo de su vejez. Al avanzar en edad, las personas pueden depender cada vez menos de los ingresos del empleo por una serie de razones: si bien los profesionales altamente calificados a menudo pueden seguir desempeñando ocupaciones bien remuneradas hasta tarde en la vida, la mayoría de la población por lo general no tiene acceso a empleos bien remunerados en edades más avanzadas. Los ahorros y activos privados (incluyendo la propiedad de la vivienda) marcan una diferencia, pero para la mayoría de las personas por lo general no son suficientes para garantizar un nivel adecuado de seguridad de los ingresos hasta el final de sus vidas. Las transferencias intrafamiliares privadas pueden ser importantes como una fuente adicional de seguridad de los ingresos, ahora bien, muy a menudo están lejos de ser suficientes y no siempre son fiables, en particular para las familias que ya están luchando para vivir con un ingreso bajo.

Por todas estas razones, en muchos países los sistemas públicos de pensiones han constituido el fundamento sobre el cual se ha construido al menos la seguridad básica de los ingresos. La seguridad de los ingresos en la vejez depende también de la disponibilidad y del acceso a los servicios sociales prestados públicamente –proporcionados gratuitamente o a bajo costo– incluyendo atención de salud y los cuidados de largo plazo. Si no se proporciona un acceso seguro y asequible a estos servicios, las personas de edad y sus familias se verán obligadas a la pobreza extrema.

4.2 Tipos de regímenes de pensiones

Las pensiones públicas de la seguridad social se han convertido en importantes soluciones institucionales para garantizar la seguridad de los ingresos en la vejez. Las pensiones públicas suelen ser complementadas en esa tarea mediante el suministro de prestaciones privadas reguladas públicamente. En los países de la OCDE, el 59 por ciento de los ingresos de los hogares de hombres y mujeres de 65 años y más, procede de las transferencias de pensiones públicas (el 24 por ciento proviene de los ingresos del trabajo por cuenta ajena y propia, y el 17 por ciento restante proviene de los ingresos de capital –principalmente las pensiones privadas) (OCDE, 2013a; véase la figura 4.1).¹ Esta visión general, sin embargo, esconde grandes diferencias entre y dentro de los países. Mientras que en la mayoría de los países europeos, las pensiones públicas son la fuente de más del 60 por ciento de los ingresos de las personas mayores, en otras

regiones –a menudo debido a la cobertura limitada de las pensiones públicas– esta proporción es mucho menor. En muchos países del mundo, el patrón es similar al que es evidente en los países de la OCDE, tales como en la República de Corea, México y Chile, donde la mayoría de los ingresos de las personas de edad proviene del trabajo.

En muchos países de la OCDE, las pensiones públicas son la principal fuente de ingresos para personas de edad, en particular entre la parte más pobre de la población: en promedio, las pensiones públicas representan más del 80 por ciento de los ingresos para quienes están en los cuatro deciles más bajos de distribución de ingresos, mientras que los ingresos del trabajo oscilan entre el 5 y el 9 por ciento de los ingresos totales de estos grupos. Por otra parte, en los cuatro deciles superiores, los ingresos del trabajo representan entre el 20 y el 40 por ciento de los ingresos totales de las personas de edad. Quienes perciben los ingresos más elevados en empleos de alta calidad, por lo general también gozan de un buen estado de salud, están en forma y están deseosos de continuar en sus ocupaciones, al menos a tiempo parcial; quienes se desenvuelven en trabajos precarios a menudo tienen que dejar el empleo de manera relativamente prematura debido a problemas de salud o porque han sido despedidos. Además, al avanzar en edad, se ven excluidos de las oportunidades de obtener mayores ingresos a fin de complementar sus bajas pensiones.

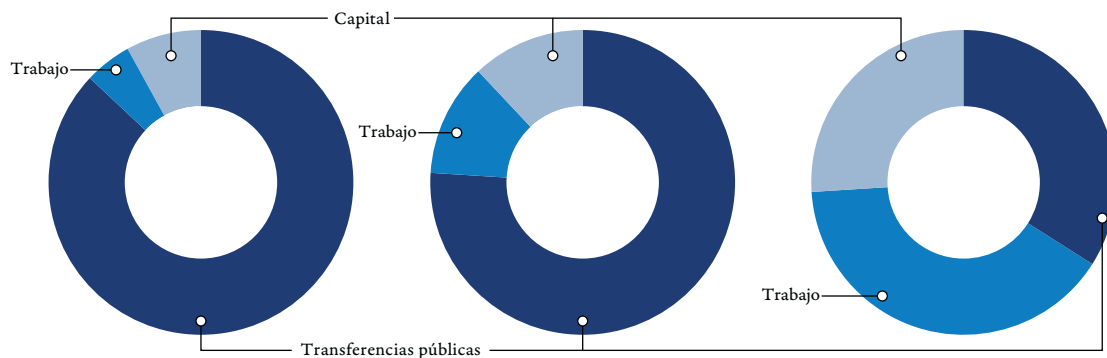
Los ingresos en concepto de pensiones privadas y otros ingresos en concepto de capital, constituyen menos del 10 por ciento de los ingresos totales de las personas que se encuentran en los tres deciles más bajos, tras lo cual dicha proporción crece con el ingreso hasta alcanzar una cuarta parte en el decil superior.

En algunas partes del mundo fuera de la OCDE, la cobertura de las pensiones públicas es baja y las pensiones desempeñan un papel menos importante como fuente de ingresos para los grupos de menor poder adquisitivo de la población. La mayoría de las mujeres y hombres de edad en estos países, continúan trabajando mientras les sea físicamente posible –no obstante, esto no evita necesariamente que vivan en la pobreza. En los países de la OCDE, como lo indica la figura 4.2, la pobreza será tanto menor cuanto mayor sea la cobertura de las pensiones públicas y –por ende– cuanto mayor sea la proporción de las pensiones públicas en los ingresos de las personas de edad. En otros países, donde la economía informal es grande, el mismo patrón se sigue únicamente cuando la cobertura de las pensiones no contributivas está a un nivel elevado (por ej., en Sudáfrica).

La riqueza inmobiliaria también tiene un impacto significativo en los niveles de vida y la magnitud de la pobreza entre las personas de edad. La propiedad de la vivienda suele ser mucho menor entre

¹ El ingreso por el trabajo incluye las ganancias e ingresos del autoempleo. Los ingresos de capital incluyen las pensiones privadas, así también como los ingresos en concepto de ganancias de los ahorros no relacionados con las pensiones. La figura 4.1 muestra la composición del ingreso del trabajo, capital y transferencias públicas entre las personas mayores de 65 años, centrándose en los deciles primero, quinto y décimo de ingresos (inferior, medio y superior, respectivamente). Para obtener más información, sírvase consultar OCDE, 2013a, pág. 72.

Figura 4.1 Fuentes de ingresos de las personas mayores de 65 años, países de la OCDE

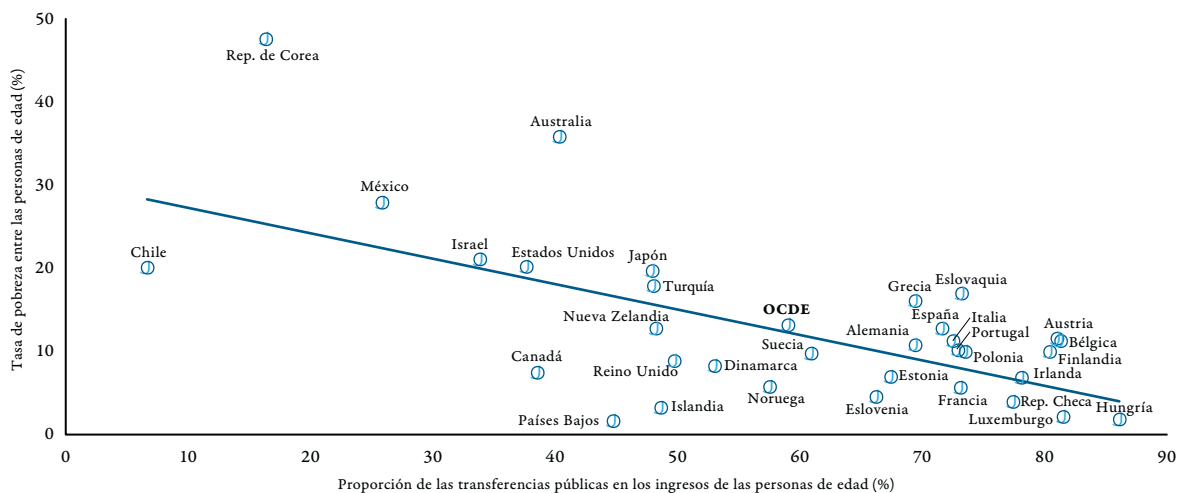


Notas: Composición de ingresos por el trabajo, capital y transferencia públicas de las personas de edad (individuos), teniendo en cuenta los deciles primero, quinto y décimo de ingresos (inferior, medio y superior, respectivamente). El ingreso por el trabajo incluye las ganancias (ingresos salariales) e ingresos del autoempleo. Los ingresos de capital incluyen las pensiones privadas, así también como los ingresos en concepto de ganancias de los ahorros no relacionados con las pensiones.

Fuente: OCDE, 2013a, Capítulo 2.

Enlace: <http://www.social-protection.org/gimi/gess/RessourceDownload.action?ressource.ressourceld=43157>.

Figura 4.2 Correlación entre un mayor otorgamiento de pensiones públicas y menores niveles de pobreza, países de la OCDE



Nota: $R^2 = 0.3952$.

Fuente: Datos de la OCDE.

Enlace: <http://www.social-protection.org/gimi/gess/RessourceDownload.action?ressource.ressourceld=43158>.

los hogares de menores ingresos, y por lo tanto sólo tiene un impacto limitado en el riesgo de pobreza: en los países de la UE, por ejemplo, la inclusión de las estimaciones de la llamada “renta inmobiliaria imputada” (renta que los propietarios no pagan porque son dueños de su casa), disminuye la incidencia relativa del riesgo de pobreza en sólo 3.5 puntos porcentuales (OCDE, 2013a, p. 104).

La suficiencia de los ingresos monetarios de las pensiones u otras transferencias para garantizar la seguridad de los ingresos depende de muchos otros factores, tal como la necesidad de pagar por servicios de salud, vivienda, cuidados de largo plazo y otros bienes y servicios, de ser necesario. La manera como se garantiza y financia la prestación de tales servicios, también determina los niveles de seguridad de los ingresos en la vejez. Un estudio de la OCDE (OCDE, 2013a, capítulo 2), muestra, por ejemplo, que los servicios en especie

proporcionados por el Estado (incluyendo la atención de salud y los cuidados a largo plazo), añaden en promedio un 40 por ciento al valor de los ingresos monetarios de las personas de 65 años o más en los países de la OCDE (en comparación con sólo el 24 por ciento para las personas en edad activa). En los países con un mayor acceso a servicios públicos de calidad, la pobreza en la vejez también es significativamente menor. En la mayoría de los países no miembros de la OCDE, no obstante, la disponibilidad y el acceso a los servicios públicos son a menudo muy limitados y por lo tanto no desempeñan un papel similar en mejorar los ingresos y reducir la pobreza entre las personas de edad.

Existe una amplia gama de regímenes que proporcionan diferentes tipos de prestaciones monetarias o en especie a las personas de edad. Además de los servicios sociales públicos antes mencionados, las

prestaciones en especie pueden incluir subsidios a la vivienda y la energía, servicios de ayuda y cuidados a domicilio y atención residencial.

Las prestaciones monetarias pueden ser pagos periódicos otorgados al llegar a una edad determinada (y también a menudo al cumplir con otras condiciones prescritas para percibir ayuda social), que luego se pagan durante el resto de la vida del beneficiario. Tales pagos periódicos se llaman pensiones (o rentas vitalicias) y se pueden clasificar en dos tipos principales:

- Pensiones de vejez de regímenes contributivos del seguro social público obligatorio y/o planes privados de pensiones profesionales voluntarios u otros regímenes privados de pensiones.
- Pensiones de vejez de regímenes públicos no contributivos, que pueden ser: (a) universales, con cobertura para todas las personas que alcanzan la edad exigida y que reúnen o bien una condición de nacionalidad o de tiempo mínimo de residencia; (b) sujetas a una verificación de recursos (indexadas en función de otros ingresos previsionales);² o (c) sujetas a una verificación de recursos (supeditadas a la comprobación de recursos económicos del beneficiario).³ La mayoría de los regímenes no contributivos son nacionales, pero algunos se limitan a ciertas áreas geográficas.⁴

Las normas de la OIT –tales como el Convenio sobre la seguridad social (norma mínima), 1952 (núm. 102) y el Convenio sobre las prestaciones de invalidez, vejez y sobrevivientes, 1967 (núm. 128)– reconocen sólo a las pensiones (es decir, pagos periódicos principalmente en la forma de rentas vitalicias, pero también las prestaciones supeditadas a la comprobación de recursos) como prestaciones que son potencialmente capaces de proteger adecuadamente a los individuos contra el riesgo de la supervivencia respecto de sus propios ahorros o activos. Ahora bien, en ocasiones los regímenes de pensiones contributivos pagan parte de la prestación en forma de capital pagado en una sola vez. En tales situaciones, es importante asegurar que la parte de la anualidad de la prestación general sea adecuada. En muchos países sólo está disponible el pago de un capital en una sola vez, o (como por ejemplo, en Chile) se puede optar en el momento de la jubilación por el llamado “retiro programado” (en virtud del cual las pensiones no se pagan como una renta vitalicia, sino sólo durante un número limitado

de años); tales arreglos no garantizan el nivel de seguridad requerido por las normas internacionales.

Los datos sobre los gastos en prestaciones que se presentan en este capítulo, pretenden cubrir, hasta donde se dispone de la evidencia, todos los tipos de prestaciones que brindan los regímenes obligatorios o cuasi-obligatorios (voluntarios pero con una cobertura muy amplia) establecidos por ley, reglamentación o convenios colectivos. Los indicadores del ámbito y el alcance de la cobertura sólo tienen en cuenta la cobertura de las prestaciones periódicas monetarias o en especie (pensiones); no califican los regímenes que proporcionan un pago de capital en una sola vez.

La amplia mayoría de los países (166 de 178 países de los que se dispone de información), proporcionan pensiones a través de al menos un régimen y a menudo a través de una combinación de diferentes tipos de regímenes contributivos y no contributivos (véase la figura 4.3). Los 12 países restantes sólo proporcionan prestaciones consistentes en el pago de un capital en una sola vez a través de los fondos de previsión o programas similares.

Sin embargo, en 77 países (más del 43 por ciento del número total de países, pero casi el 70 por ciento de los países de ingresos bajos), existen regímenes que cubren, sobre una base contributiva, sólo a los trabajadores de la economía formal y excepcionalmente también a ciertos grupos de trabajadores por cuenta propia. En un mismo número de países, tales regímenes de pensiones contributivos relacionados con el empleo se complementan con regímenes no contributivos, ya sea destinados a todas las personas de edad (27 países) o sólo a aquellas por debajo de un umbral de ingresos determinado (50 países). En sólo un pequeño número se paga pensiones con carácter no contributivo a todas las personas de edad (9 países) o a todos aquellos que pasan una prueba de recursos (tres países).

A nivel mundial, más de la mitad del total de gasto público en la seguridad social no relacionado con la salud, que representa el 3.3 por ciento del PIB mundial, se asigna a la seguridad de los ingresos para las personas de edad (véase las figuras 4.4 y 4.5).⁵ Las variaciones entre las regiones obviamente están influenciadas por las diferencias en la estructura demográfica de la población, y también por las variaciones en la combinación de políticas de suministro público y privado de pensiones y servicios sociales. El gasto público en protección social no relacionada con la salud para las personas de edad, se lleva la mayor

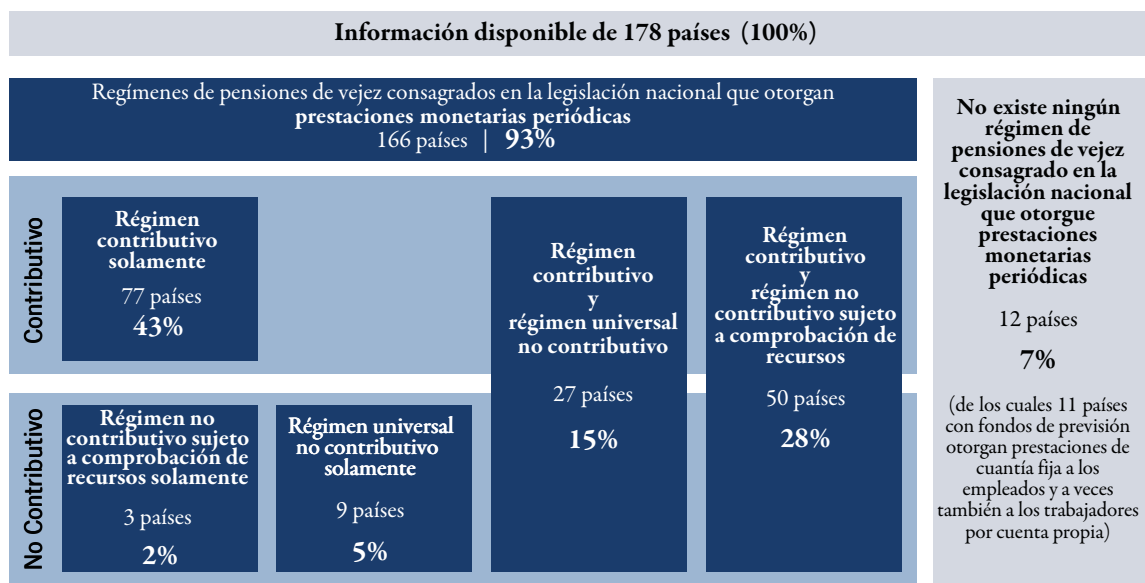
² Las pensiones no contributivas de este tipo están destinadas a las personas de edad que no perciben una pensión contributiva en absoluto, o cuya pensión contributiva está por debajo de cierto umbral mínimo; otros tipos de ingresos no se tienen en cuenta (como sería el caso de las pensiones sujetas a la comprobación de otros ingresos previsionales). Ejemplos de este tipo de régimen incluyen la Pensión Social de Vejez en Armenia y pensiones similares en la mayoría países de la CEI, así también como el régimen “100 a los 70” de Panamá, la Asignación de Vejez de Nepal, y la Asignación para Personas de Edad de Tailandia.

³ Las pensiones sujetas a comprobación de recursos se proporcionan únicamente a las personas de edad cuya pensión y otros ingresos se mantienen por debajo de un umbral determinado. Las pensiones supeditadas a la comprobación de ingresos no son, en sentido estricto, rentas vitalicias en caso de ser diseñadas e implementadas de manera tal que incluyan a todos los necesitados y a un nivel “suficiente para garantizar a la familia condiciones de vida sanas y convenientes,” de conformidad con los requerimientos de las normas de la OIT. La Subvención para las Personas de Edad en Sudáfrica, por ejemplo, aunque sujeta a la comprobación de recursos, cubre efectivamente a la mayoría de las personas de edad en el país y evita efectivamente que los beneficiarios y sus familias caigan en la pobreza.

⁴ Por ejemplo, el Programa Colombia Mayor.

⁵ Si bien los datos incluyen no sólo las pensiones sino, en la medida de lo posible, también otras prestaciones monetarias y en especie para las personas de edad, no suelen incluir los gastos en cuidados de larga duración, cuyo costo en muchos países es ya importante y es probable que aumente aún más en el futuro debido al cambio demográfico.

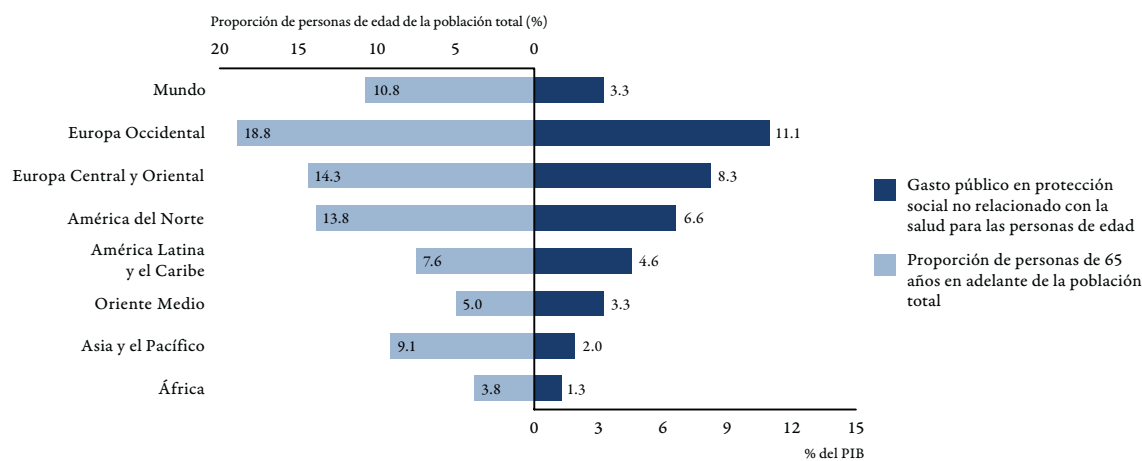
Figura 4.3 Sinopsis de los regímenes de pensiones de vejez consagrados por la legislación nacional, por tipo de régimen, 2012/13



Fuentes: Datos de la SSA/AISS, 2012; SSA/AISS, 2013a; SSA/AISS, 2013b; SSA/AISS, 2014; Sistema de Información Mutua sobre Protección Social de la Comisión Europea (MISSOC).

Enlace: <http://www.social-protection.org/gimi/gess/RessourceDownload.action?ressource.ressourceId=37157>.

Figura 4.4 Gasto público en protección social no relacionada con la salud en materia de pensiones y otras prestaciones para las personas de edad, y proporción de la población de 65 años y más en la población total, 2010/11



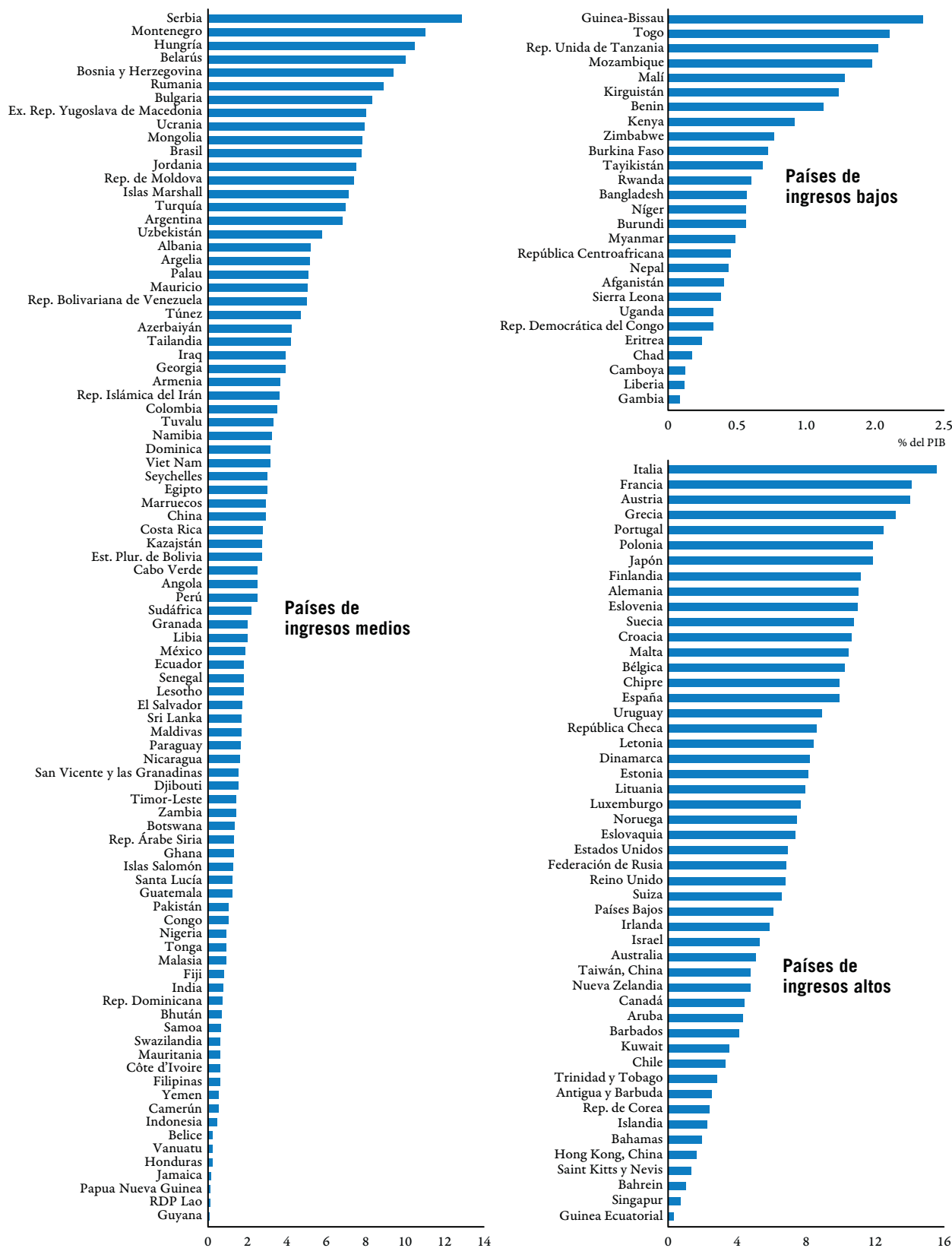
Fuentes: Base de datos del Departamento de Protección Social de la OIT. Para mayores detalles sobre las fuentes, sírvase consultar el anexo IV, cuadro B.13.

Enlace: <http://www.social-protection.org/gimi/gess/RessourceDownload.action?ressource.ressourceId=39237>.

proporción del PIB en Europa Occidental, con el 11.1 por ciento, seguido de Europa Central y del Este con el 8.3 por ciento y América del Norte con el 6.6 por ciento; no obstante, en África, donde la proporción de las personas de edad en la población total es significativamente menor, es de sólo el 1.3 por ciento. En América Latina y el Oriente Medio, el 4.6 por ciento y el 2.0 por ciento del PIB, respectivamente, se asigna a suplir las necesidades de seguridad de los ingresos de las personas de edad, mientras que en Asia y el Pacífico, donde la proporción de la población de edad es significativamente más alta,

sólo se asigna el 2.0 por ciento del PIB, o el 52.8 por ciento del gasto total en protección social no relacionada con la salud. Teniendo en cuenta que más de la mitad de personas de edad del mundo vive en la región de Asia y el Pacífico, y que su número aumentará rápidamente en los próximos años, esta cifra sugiere una asignación de recursos desproporcionadamente baja (en relación con el tamaño de la población de edad) a la seguridad de los ingresos en la vejez, como un elemento de una necesidad más amplia de invertir más en la protección social (ONU, 2013e).

Figura 4.5 Gasto público en protección social no relacionada con la salud en materia de pensiones y otras prestaciones para las personas de edad, 2010/11 (como porcentaje del PIB)



Fuentes: Base de datos del Departamento de Protección Social de la OIT. Para mayores detalles sobre las fuentes, sírvase consultar el anexo IV, cuadro B.13.
 Enlace: <http://www.social-protection.org/gimi/gess/RessourceDownload.action?ressource.ressourceId=44419>.

Recuadro 4.1 Normas internacionales relativas a las pensiones de vejez

Los derechos de las personas de edad a la seguridad social y a un nivel de vida adecuado para la salud y el bienestar, incluida la atención médica y los servicios sociales necesarios, están establecidos en los principales instrumentos internacionales de derechos humanos, la Declaración Universal de los Derechos Humanos (DUDH), 1948, y en términos más generales en el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC), 1966.¹ El contenido de estos derechos se especifica en el cuerpo normativo desarrollado por la OIT, el cual proporciona a los países una orientación concreta para hacer realidad el derecho de las personas de edad a la seguridad social, desde niveles básicos hasta su realización plena.²

El Convenio sobre la seguridad social (norma mínima), 1952 (núm. 102), el Convenio sobre las prestaciones de invalidez, vejez y sobrevivientes, 1967 (núm. 128) y la Recomendación núm. 131 que le acompaña, y la Recomendación sobre los pisos de protección social, 2012 (núm. 202), proporcionan un marco de referencia internacional que establece el alcance y los niveles de las prestaciones de la seguridad social que son necesarios y adecuados para garantizar el mantenimiento y la seguridad de los ingresos, así como el acceso a la atención de salud en la vejez. La extensión de la cobertura a todas las personas de edad es un objetivo fundamental de dichas normas, con el propósito de lograr la universalidad de la protección, como se indica explícitamente en la Recomendación núm. 202.

Los Convenios núm. 102 y núm. 128 y la Recomendación núm. 131, contemplan el pago de pensiones en la vejez, a niveles garantizados, al término de un período de calificación, y su ajuste periódico para mantener el poder adquisitivo de los pensionistas. Más específicamente, los Convenios núm. 102 y 128, prevén la garantía de la seguridad de los ingresos a personas que han alcanzado la edad de jubilación mediante pensiones contributivas vinculadas a los ingresos (garantizando los niveles mínimos de las prestaciones, o tasas de sustitución, correspondientes a un porcentaje prescrito de los ingresos anteriores de la persona –particularmente a quienes obtienen menores ingresos) y/o mediante pensiones no contributivas de cuantía fija que pueden ser universales o sujetas a la comprobación de recursos. Los niveles mínimos garantizados para estos últimos deben ser un porcentaje prescrito de los ingresos promedio de un trabajador típico no calificado, y el “total de la prestación y de los demás recursos ... deberá ser suficiente para asegurar a la familia condiciones de vida sanas y convenientes” (Convenio núm. 102, Art. 67(c)).

La Recomendación núm. 202, completa este marco haciendo un llamado a garantizar la seguridad básica de los ingresos para todas las personas en la vejez, dando prioridad a las personas necesitadas y a las que no están cubiertas en virtud de los regímenes vigentes. Tal garantía actuaría como una protección contra la pobreza, la vulnerabilidad y la exclusión social en la vejez para las personas que no están cubiertas por los regímenes de pensiones contributivos. También es muy pertinente para los pensionistas cuyas prestaciones se ven afectadas por las pérdidas económicas sufridas por los fondos de pensiones, para aquellos cuyas pensiones no se ajustan periódicamente a los cambios en el costo de vida, o aquellos cuyas pensiones son simplemente inadecuadas para garantizar el acceso efectivo a los bienes y servicios necesarios y permitir vivir una vida digna. Por tanto, las normas de seguridad social de la OIT proporcionan un amplio conjunto de referencias y un marco para el establecimiento, desarrollo y mantenimiento de los sistemas de pensiones de vejez a nivel nacional.

Un desafío importante en materia de política social para las sociedades que envejecen es garantizar un nivel adecuado de los ingresos para todas las personas en la vejez sin sobrecargar las capacidades de las generaciones más jóvenes. En vista de los desafíos de financiación y sostenibilidad que afrontan los sistemas de seguridad social en el contexto del cambio demográfico, el Estado tiene un papel vital que desempeñar en la predicción del equilibrio a largo plazo entre los recursos y los gastos a fin de garantizar que las instituciones cumplan con sus obligaciones para con las personas de edad. El principio de la responsabilidad general y primordial del Estado en este sentido, contenido en las normas de seguridad social de la OIT y reafirmado de manera enérgica recientemente por la Recomendación núm. 202, sin duda desempeña un papel importante en cómo se considera a los gobiernos futuros responsables de la sostenibilidad de los sistemas nacionales de seguridad social nacional en vista del cambio demográfico, entre otros factores.

¹ DUDH, Arts. 22 y 25(1), y PIDESC, Art. 9. ² Véase ONU, 2008.

Estas variaciones regionales en los niveles de gasto reflejan la situación que prevalece en la actualidad, en la que la mayoría de las personas de edad en los países de renta más alta disfrutaban de sus derechos a la jubilación y la seguridad de los ingresos en la vejez (véase el recuadro 4.1), mientras que en los países de renta más baja estos derechos son otorgados sólo a una minoría.

Como se indica claramente en la Recomendación núm. 202, los pisos nacionales de protección social deben garantizar, además de la seguridad de los ingresos, como mínimo el “acceso a un conjunto de bienes y servicios definido a nivel nacional, que constituyen la atención de salud esencial” (Parte II, párr. 5 (a)). Esto es particularmente importante para las personas de edad, no sólo para garantizar su buena salud,

sino también porque tiene un papel que desempeñar en la protección contra la pobreza relacionada con la salud, debido a que las personas de edad generalmente tienen necesidades de atención de salud mayores y específicas y podrían tener que depender de cuidados de largo plazo. Esto afecta especialmente a las mujeres de edad, que en muchos países tienden a vivir solas en las últimas etapas de su vida (Scheil-Adlung y Bonan, 2012). Por lo tanto, las pensiones de vejez deben estar estrechamente coordinadas con otros regímenes de protección social, especialmente en los ámbitos de la protección social de la salud, los cuidados de largo plazo (véase el recuadro 4.2) y la discapacidad, con el fin de atender las necesidades particulares de las personas de edad.

Recuadro 4.2 La crisis de la economía asistencial: Los riesgos asociados con la falta de atención a las necesidades asistenciales de larga duración en tiempos de consolidación fiscal¹

La necesidad de los cuidados de larga duración crece constantemente a medida que aumenta el número de personas de edad en todo el mundo. En la actualidad, en todo el mundo tales cuidados son prodigados predominantemente por familiares, principalmente las mujeres. Sin embargo, este trabajo a menudo no se valora suficientemente ni se remunera adecuadamente, en caso de que se lo remunere. En los últimos años, la situación se ha exacerbado, no sólo a causa del envejecimiento de la población, lo que da lugar a un número cada vez mayor de personas de edad que sufren enfermedades crónicas, sino también porque es más probable que las mujeres jóvenes participen en el mercado de trabajo a edades más tempranas, y por lo tanto es menos probable que estén disponibles para el cuidado de la familia.

En vista de estos cambios en el perfil de salud y los patrones de estilo de vida de las familias, los regímenes de protección social para los cuidados de larga duración son insuficientes en muchos casos. Sin embargo, el problema va mucho más allá de las familias y las políticas nacionales; en efecto, se trata de una crisis global de la economía asistencial. La falta de personal de enfermería y otros profesionales de la salud que atiendan la demanda cada vez mayor en los países desarrollados, se ha traducido en un factor de atracción de la mano de obra procedente de los países en desarrollo. Se basa en “cadenas internacionales de suministro de mano de obra” que involucran a trabajadores migrantes, en su mayoría mujeres, procedentes de familias pobres que prestan servicios de cuidados para satisfacer las necesidades físicas y emocionales de personas de edad. A menudo, los salarios, las condiciones de trabajo y la cobertura de la seguridad social de los cuidadores en los países receptores son insuficientes, lo que ocasiona un impacto negativo en la calidad de los cuidados y da lugar al descontento tanto de los cuidadores como de las personas a las que se prestan los servicios.

En Tailandia, Viet Nam y otros países, se está llevando a cabo debates sobre la forma de mejorar los cuidados institucionales y domiciliarios, a menudo con la intención de que los cuidadores voluntarios y los grupos de autoayuda puedan tener un papel más importante y con la esperanza de minimizar las exigencias en el gasto público trasladando el impacto financiero al sector privado (véase, por ej., HelpAge International, 2014). Se siguen enfoques similares en India y Singapur, y también en China, donde se ha legislado que los hijos adultos asuman la responsabilidad de proporcionar los cuidados que necesitan sus padres, bajo pena de encarcelamiento o multa. En otras regiones del mundo, como África y América Latina, las políticas también se sustentan en el supuesto de que las redes privadas –las comunidades o las familias– pueden asumir la carga de los cuidados de las personas de edad, a veces sin tener en cuenta las limitaciones respecto de las capacidades de los cuidadores familiares (la mayoría de los cuales son mujeres) y los impactos de este tipo de trabajo no remunerado en la calidad de los cuidados, los ingresos de las familias de guarda y la salud y la empleabilidad futura de los cuidadores. La desatención general de las necesidades asistenciales de las personas de edad se refleja en las actitudes generales hacia las personas de edad y también se puede observar en otros sistemas de protección social que deberían prevenir y atender necesidades de cuidados de larga duración. En la atención de salud, por ejemplo, el número de geriatras es a menudo insuficiente para satisfacer la demanda.

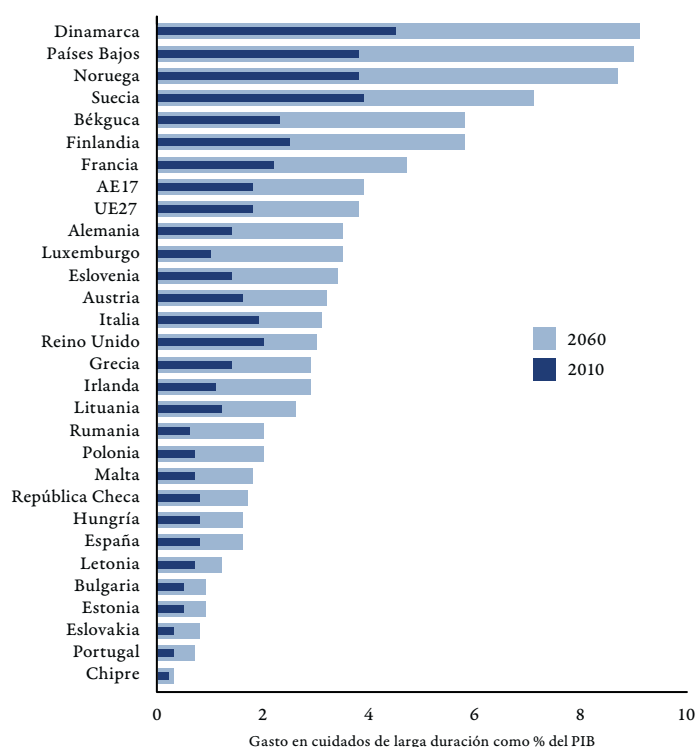
Sólo unos pocos países han implementado regímenes específicos que proporcionan prestaciones de cuidados de larga duración. La mayoría de éstos utilizan la financiación basada en impuestos, como es el caso en Dinamarca, Noruega y Suecia. Sólo un pequeño número de países, entre ellos Alemania, Japón, Países Bajos y Taiwán (China), utilizan los regímenes del seguro social para cubrir los costos relacionados. Dada la complejidad tanto de las necesidades como de los regímenes vigentes, las personas de edad deben asesorarse adecuadamente para sortear el laberinto de reglas para optar a las prestaciones de cuidados de larga duración que necesitan. Dichas prestaciones pueden ser monetarias, para el apoyo financiero de los cuidadores familiares, o en especie, tales como la atención institucional o la atención domiciliaria. Los criterios de elegibilidad varían ampliamente y conllevan frecuentemente la comprobación de medios, edad y necesidades.

En general, aunque el gasto público en cuidados de larga duración sigue siendo muy bajo en comparación con el gasto en salud y las pensiones de vejez, las proyecciones de la Unión Europea –aunque admiten incertidumbre sobre la magnitud de las consecuencias fiscales y tienen en cuenta una serie de escenarios alternativos– prevén al menos una duplicación de los niveles del gasto corriente para 2060 (Figura 4.6).

Dada la limitada disponibilidad de recursos públicos, todos los regímenes y sistemas vigentes se caracterizan por una excesiva dependencia de co-pagos de fuentes tanto públicas como privadas. Como resultado, los pagos directos para los cuidados de larga duración, tendrán un impacto importante en los ingresos disponibles de las personas de edad: una investigación reciente de la OIT (Scheil-Adlung y Bonan, 2012), ha concluido que incluso en los países europeos, los pagos directos en los cuidados de larga duración constituyen en promedio el 9.6 por ciento de los ingresos familiares de las personas de edad y pueden llegar a ser hasta del 25 por ciento. Los pobres, las mujeres y los ancianos son los más afectados. De hecho, los ancianos de 80 años y más, hacen frente a pagos directos hasta siete veces más elevados que los beneficiarios de edades comprendidas entre 65 y 79 años. En este contexto, dada la disponibilidad variable de cuidadores y la asequibilidad de los servicios, hay que señalar que las estadísticas sobre los pagos directos incluyen sólo a aquellos que tienen acceso efectivo a tales servicios, y excluye a aquellos que son demasiado pobres para adquirir dichos servicios o no pueden obtenerlos debido a la falta de personal cuidador.

¹ En el presente Informe, “consolidación fiscal” se refiere a la amplia gama de medidas de ajuste adoptadas para reducir los déficits públicos y la acumulación de la deuda. A las políticas de consolidación fiscal se les denomina a menudo “políticas de austeridad.”

Figura 4.6 Gasto en cuidados de larga duración como proporción del PIB, 2010 y proyecciones para 2060 (porcentajes)



Fuente: Comisión Europea, 2012c.

Enlace: <http://www.social-protection.org/gimi/gess/RessourceDownload.action?ressource.ressourceId=43302>.

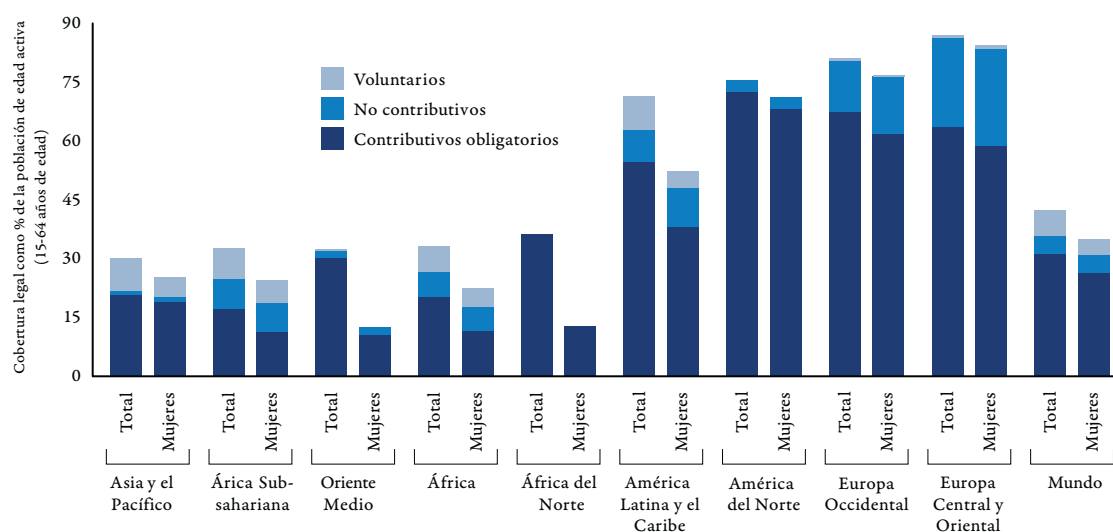
El doble objetivo de la protección es el de alcanzar a todas las personas de edad necesitadas y hacerlo a un nivel adecuado en términos de la suficiencia de las prestaciones. Las estadísticas disponibles permiten realizar un análisis mucho más detallado del primer aspecto (la extensión de la cobertura) que del segundo (el nivel de las prestaciones), a pesar de que la evaluación de la seguridad de los ingresos en la vejez requiere al menos que se tenga en consideración estas dos dimensiones. En términos simples, la información disponible proporciona algunos datos cuantitativos por país, así como a nivel de región (u otra desagregación territorial) tanto de la cobertura de las leyes de seguridad social como de su puesta en práctica efectiva. La implementación efectiva puede traducirse en dos mediciones (y realidades complementarias) distintas, a saber, el número de personas en edad activa que realmente cotizan a un régimen de pensiones (enfoque sobre el elemento contributivo de los sistemas de pensiones) y la proporción de las personas de edad que perciben una pensión –ya sea contributiva o no– cada mes, o al menos con regularidad.

4.3 Alcance de la cobertura legal

Para la mayor parte de la población mundial, no se cumple el derecho a la seguridad de los ingresos en la vejez, y persisten desigualdades considerables. A nivel mundial, el 42.2 por ciento de la población en edad activa se encuentra actualmente potencialmente cubierto por las leyes vigentes⁶ y por tanto percibirá una pensión de vejez al cumplir la edad prescrita si se implementa y se hace cumplir dichas leyes adecuadamente (véase la figura 4.7). La cobertura de las mujeres es menor que la de los hombres: sólo una de cada tres mujeres de edad activa tiene algún tipo de cobertura legal. Las tasas de cobertura más bajas de los regímenes contributivos para las mujeres, reflejan en gran medida su menor participación en el mercado de trabajo, su sobrerrepresentación entre los trabajadores por cuenta propia o los trabajadores familiares no remunerados, o en la agricultura u otros sectores con frecuencia no cubiertos por la legislación vigente, y sus

⁶ El alcance de la cobertura legal de la vejez se define como la proporción de la población en edad de trabajar (o alternativamente la población económicamente activa) cubierta de conformidad con la ley por regímenes que proporcionan prestaciones monetarias periódicas al alcanzar la edad legal de jubilación u otra edad mínima prescrita. La población cubierta se calcula utilizando estadísticas demográficas, de empleo y otras para cuantificar el tamaño de los grupos cubiertos tal como lo especifica la legislación nacional. La cobertura efectiva real es a menudo significativamente más baja que la cobertura legal en aquellos países donde las leyes no se aplican o no se hacen cumplir plenamente. Para obtener más detalles, sírvase consultar el glosario en el anexo I, así también como el anexo II.

Figura 4.7 Pensiones de vejez: Alcance de la cobertura legal, por región, al último año con datos disponibles (porcentajes)



Nota: Estimaciones regionales y mundiales ponderadas por la población total. Para más detalles sobre las estimaciones del alcance de la cobertura legal por país, sírvase consultar el anexo IV, cuadro B.6.

Fuentes: Departamento de Protección Social de la OIT, en base a datos de la SSA/AISS, 2012; SSA/AISS, 2013a; SSA/AISS, 2013b; SSA/AISS, 2013; OIT/ LABORSTA; Perspectivas de la Población Mundial de la ONU; textos legislativos nacionales; datos estadísticos nacionales para las estimaciones de la cobertura legal.

Enlace: <http://www.social-protection.org/gimi/gess/RessourceDownload.action?ressource.ressourceId=37085>.

82

mayores probabilidades de tener carreras laborales más cortas y a menudo menos estables en el sector formal, lo que limita su capacidad de cotizar al seguro social (u otras formas de seguro de pensiones). En muchos países, las mujeres cuyos cónyuges estaban cubiertos por regímenes contributivos tienen derecho a las pensiones de sobrevivientes que a menudo se convierten en su única fuente de ingresos.

En general, los niveles de cobertura legal (las cobertura obligatoria y voluntaria juntas) oscilan desde aproximadamente el 30 por ciento en Asia y el Pacífico y el 32.8 por ciento en África –donde predominan la informalidad y los “sectores no organizados”– al 76.4 por ciento en América del Norte y más del 80 por ciento en Europa Occidental, Central y Oriental. A nivel mundial, el 31.5 por ciento de la población en edad activa está obligatoriamente cubierta por ley y puede percibir a futuro pensiones de vejez de los regímenes contributivos; y poco más del 4 por ciento podría ser elegible para percibir una pensión no contributiva.⁷ Las tasas correspondientes de cobertura legal para las mujeres son más bajas (el 26.4 por ciento está cubierto por regímenes contributivos obligatorios, y un 5 por ciento adicional está potencialmente cubierto por regímenes universales o regímenes no contributivos supeditados a la ausencia de otros ingresos previsionales o a la comprobación de recursos).

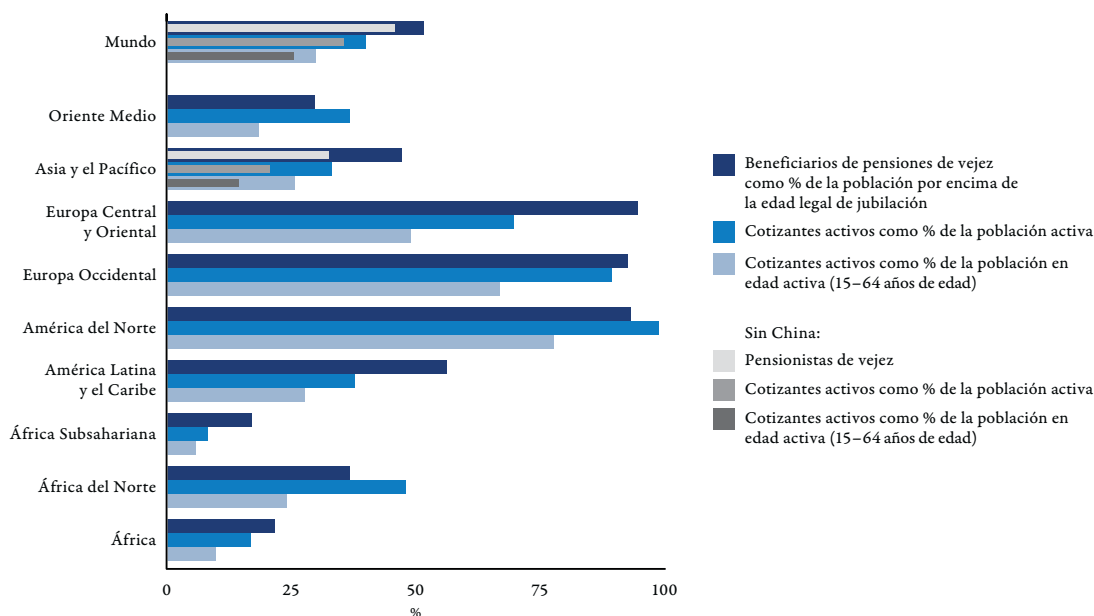
Además, las leyes nacionales pueden contemplar la cobertura voluntaria para complementar los regímenes obligatorios.

4.4 Alcance de la cobertura efectiva

Los indicadores del alcance de la cobertura efectiva pretenden medir el grado en que se implementa en realidad el marco legal existente. La figura 4.8 presenta los resultados globales de dos –o más bien tres– mediciones paralelas de la cobertura efectiva. La primera medición (“tasa de cobertura de los beneficiarios”) muestra el porcentaje de las personas de edad en edad reglamentaria de jubilación que perciben pensiones contributivas o no contributivas. Con un enfoque sobre las pensiones contributivas, la segunda medición (“tasa de cobertura de los cotizantes”), en sus dos variantes, proporciona cierta indicación de la cobertura futura de las pensiones: muestra los porcentajes de quienes se encuentran económicamente activos (“tasa de cobertura cotizantes/población activa”) y quienes están edad activa (“tasa de cobertura cotizantes/población”), respectivamente, que cotizan a los regímenes de pensiones contributivos vigentes.

⁷ El método de estimación adoptado tiende a subestimar la cobertura legal potencial de los regímenes no contributivos de pensiones.

Figura 4.8 Tasas de cobertura efectiva de las pensiones, por región, al último año con datos disponibles (porcentajes)



Nota: El rango de edad considerado es de 15-64 para el denominador y, en la medida de lo posible, también para el numerador en el caso de cotizantes activos. Ponderado por la población total.

Fuentes: Departamento de Protección Social de la OIT, compilación de datos nacionales disponibles recopilados en regímenes nacionales de pensiones de la seguridad social. Datos de la SSA/AISS, 2012; SSA/AISS, 2013a; SSA/AISS, 2013b; SSA/AISS, 2014; Base de Datos de Estadísticas de Renta y Condiciones de Vida de Eurostat; Perspectivas de la Población Mundial de la ONU, rev. 2012.

Enlace: <http://www.social-protection.org/gimi/gess/RessourceDownload.action?ressource.ressourceId=37158>.

4.4.1 La seguridad de los ingresos en la vejez: Un derecho aún sin cumplir para muchos

A escala mundial, sólo un poco más de la mitad de las personas en edad legal de jubilarse (el 51.5 por ciento), perciben una pensión de vejez (es decir, prestaciones monetarias periódicas),⁸ y si se excluye a China, la proporción se reduce al 45.6 por ciento (véase el recuadro 4.3).⁹ A pesar de la impresionante ampliación de la cobertura de las pensiones en muchos países (véase más adelante), aún persisten desigualdades importantes. En el África Subsahariana, menos de una de cada cinco personas de edad (el 16.9 por ciento) percibe una pensión de vejez que le proporcionaría un cierto nivel de seguridad de los ingresos durante la vejez. En el Oriente Medio, el 29.5 por ciento de las personas de edad perciben una pensión; esta proporción es del 36.7 por ciento en el África Septentrional; el 47.0 por ciento en Asia y el Pacífico (32.4 por ciento si se excluye China); y el 56.1 por ciento en América Latina y el Caribe. Solamente en América del Norte y Europa, se alcanza tasas de cobertura regional de más del 90 por ciento de las personas de edad. La tasa de cobertura de los cotizantes da una indicación de la proporción de la población –o

población activa– que tendrá acceso a pensiones contributivas en el futuro. Aunque esta medición no refleja el acceso a las pensiones no contributivas, sí da una señal importante respecto de los niveles futuros de cobertura, teniendo en cuenta que los niveles de las prestaciones de los regímenes de pensiones contributivos tienden a ser más altos que los de los no contributivos. A nivel mundial, menos de una tercera parte de la población en edad activa (el 30.9 por ciento), poco más de una cuarta parte (el 25.4 por ciento) si se excluye China, se encuentra cotizando a un régimen de pensiones (véase la figura 4.8). Las tasas de cobertura eficaz van desde el 5.9 por ciento de la población en edad activa en el África Subsahariana hasta el 77.5 por ciento de la población activa en América del Norte.

Centrándose en las personas económicamente activas, el 41.4 por ciento de la fuerza de trabajo mundial cotiza a un régimen de seguro de pensiones, y por lo tanto puede esperar percibir una pensión contributiva al jubilarse. Debido a la alta proporción de empleo informal en el África Subsahariana, sólo el 8.4 por ciento de la población económicamente activa cotiza al seguro de pensiones y tiene el derecho a una pensión contributiva. En Asia y el Pacífico, cerca de una tercera parte de la población económicamente

⁸ Ponderado por la población total.

⁹ Debido a que los datos disponibles para muchos países no permiten un desglose detallado de la edad de los pensionistas de vejez, el indicador se calcula como el número total de beneficiarios de pensiones de vejez como proporción de la población en edad legal de jubilarse.

Recuadro 4.3. La extensión de la protección social de las personas de edad en China

Antes de 2009, en China sólo existían dos mecanismos institucionales para garantizar la seguridad de los ingresos en la vejez: uno para los trabajadores urbanos, basado en los principios del seguro social, y otro para los funcionarios públicos y otras personas de categoría similar, basado en el enfoque de responsabilidad del empleador. Juntos, cubrían a poco menos de 250 millones de personas (incluidos los pensionistas), alrededor del 23 por ciento de la población de 15 años o más en 2008.

En 2009 y 2011, se introdujo dos nuevos regímenes de pensiones de vejez para los residentes de las áreas urbanas y rurales, respectivamente, que de otro modo no estaban cubiertos. La afiliación es voluntaria. Para incentivar a las personas a afiliarse, el Gobierno empleó una serie de medidas, incluyendo subvenciones a las cotizaciones y pagos inmediatos de las pensiones a los padres y madres ancianos de adultos inscritos en el régimen rural de pensiones. Las pensiones consisten en dos componentes: una pensión social pagada por el Gobierno y una pensión con cargo a la cuenta de ahorro individual financiada conjuntamente por las cotizaciones de los asegurados, entidades colectivas (en su caso) y el Gobierno. La pensión social se fija en un nivel mínimo, que puede ser mayor si los gobiernos locales así lo desean y tienen la posibilidad de financiarla: esta disposición explica en parte las diferencias en los niveles de los pagos de las pensiones en diferentes regiones. Para las cotizaciones con cargo a la cuenta de ahorro individual, se fija un nivel mínimo de subvención del Gobierno, y se establece escalas de cotización personales para permitir que cada asegurado elija el nivel de cotización que él o ella prefiera.

A finales de 2013, 850 millones de personas, casi el 75 por ciento de la población de 15 años y más, estaban cubiertos por los cuatro regímenes de pensiones, de los cuales 498 millones estaban cubiertos por los dos nuevos regímenes, lo que representa el 59 por ciento del total cubierto.

Una expansión esencial también ha tenido lugar dentro del sistema de pensiones para los trabajadores urbanos, en particular, para cubrir a los trabajadores migrantes que se desplazan de las zonas rurales a las urbanas, cuyo número total superó los 260 millones en 2012.

Para consolidar los avances logrados hasta el momento y abordar las cuestiones de la adecuación, la igualdad, la portabilidad y la sostenibilidad de una manera más coherente, eficaz y eficiente, en 2013, China inició el proceso de reforma de todo el sistema de pensiones de vejez, que comprende ahora los cuatro componentes mencionados anteriormente. Los primeros resultados de esta revisión incluyen las políticas anunciadas a principios de 2014, sobre la fusión de los dos nuevos regímenes de pensiones para equiparar sus derechos y oportunidades; la portabilidad de los derechos de pensión entre el régimen fusionado y otros; y la conversión de un régimen de responsabilidad de los empleadores en uno de pensiones del seguro social para los funcionarios públicos.

Fuentes: Base de datos de las reformas de los países de la AISS y fuentes nacionales; véase también Ringen y Ngok, 2013.

activa (el 34.0 por ciento) cotiza al seguro de pensiones; las tasas de cobertura son ligeramente superiores en el Oriente Medio (el 37.1 por ciento), América Latina y el Caribe (el 38 por ciento), y el África Septentrional (47.4 por ciento). Europa Occidental y América del Norte alcanzan tasas de cobertura del 89.2 y del 98.5 por ciento, respectivamente, seguidos de Europa Central y del Este con el 69.7 por ciento de la población económicamente activa.

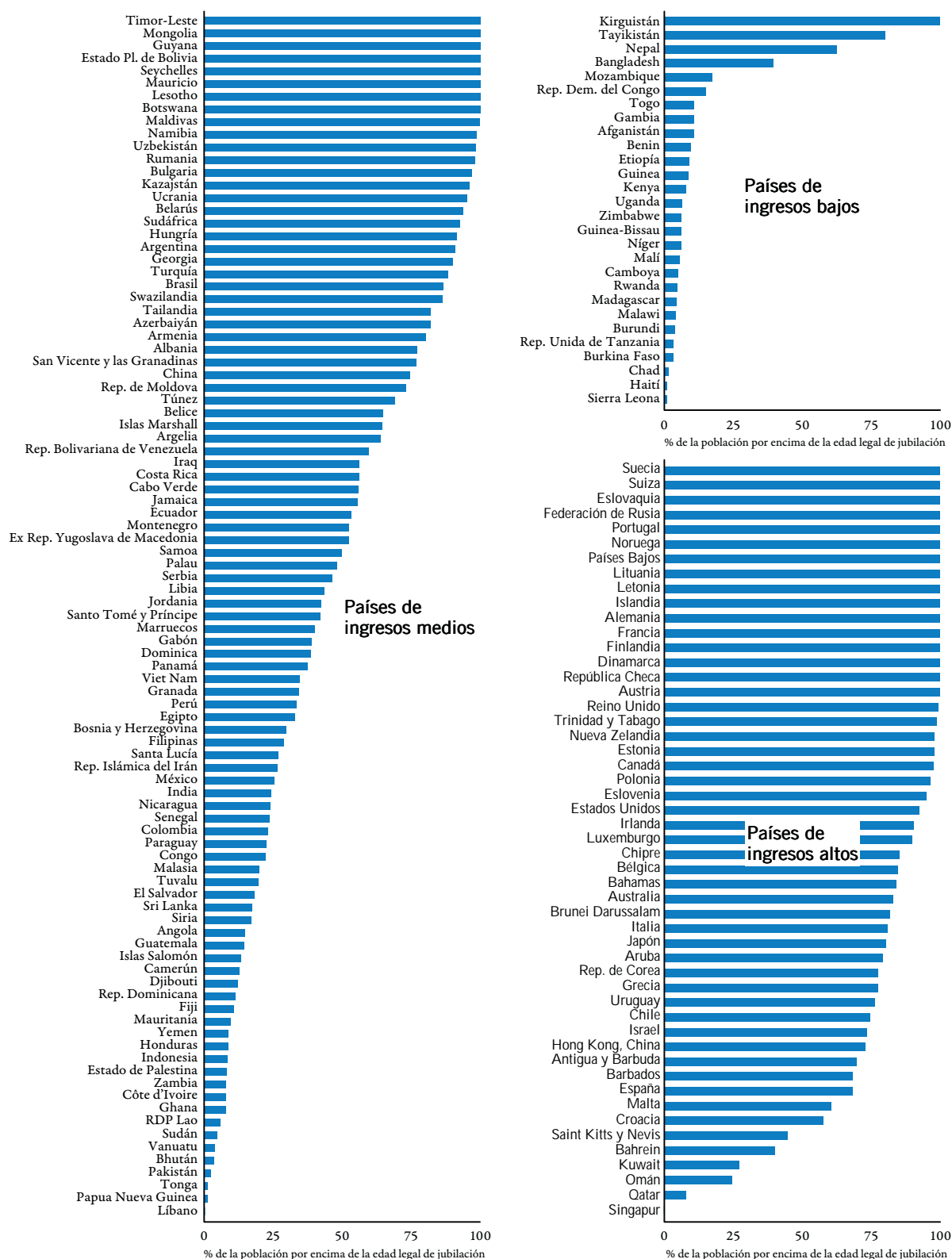
En los países de ingresos más bajos, por lo general sólo una pequeña proporción de la población ocupada consiste de asalariados con contratos de trabajo formales que facilitan relativamente su elegibilidad para la cobertura de las pensiones contributivas. La informalidad, la evasión y la aplicación inadecuada de las leyes también son más frecuentes en los países de ingresos más bajos. Es por ello que la cobertura efectiva de las pensiones parece estar estrechamente asociada con el nivel de ingresos de un país (véase la figura 4.9), aunque son las estructuras del mercado de trabajo, la aplicación de la ley y la gobernanza las que realmente ejercen influencia de forma decisiva. Si bien en las economías de renta alta el 90.8 por ciento de la población activa cotiza a un régimen de pensiones, esto es cierto en sólo el 50.7 por ciento en las economías de renta media-alta, el 15.2 por ciento

en las economías de renta media-baja, y de apenas el 5.7 por ciento en las economías de renta baja. Estas bajas tasas de cobertura tienden a estar asociadas con un bajo grado de formalidad en el mercado de trabajo. A menos que haya disponibilidad efectiva de pensiones no contributivas, las brechas de cobertura también son evidentes en la proporción de personas de edad que se benefician efectivamente de una pensión: las tasas de cobertura de los beneficiarios van desde el 18.1 por ciento en las economías de renta baja y el 24.1 por ciento en las economías de renta media-baja hasta el 71.0 por ciento en las economías de renta media-alta y el 89.1 por ciento en las economías de altos ingresos.

A través de los esfuerzos de extensión de los regímenes contributivos a todos aquellos que poseen cierta capacidad contributiva, y con la introducción de las pensiones no contributivas en un mayor número de países, la cobertura se ha ampliado de manera significativa a los trabajadores del sector informal, proporcionando al menos un nivel mínimo de seguridad de los ingresos en la vejez. Estas tendencias se evaluarán con más detalle en la siguiente sección.

4. La protección social para las mujeres y los hombres de edad: Las pensiones y otras prestaciones no relacionadas con la salud

Figura 4.9 Beneficiarios de pensiones de vejez como proporción de la población en edad legal de jubilarse, al último año con datos disponibles (porcentajes)

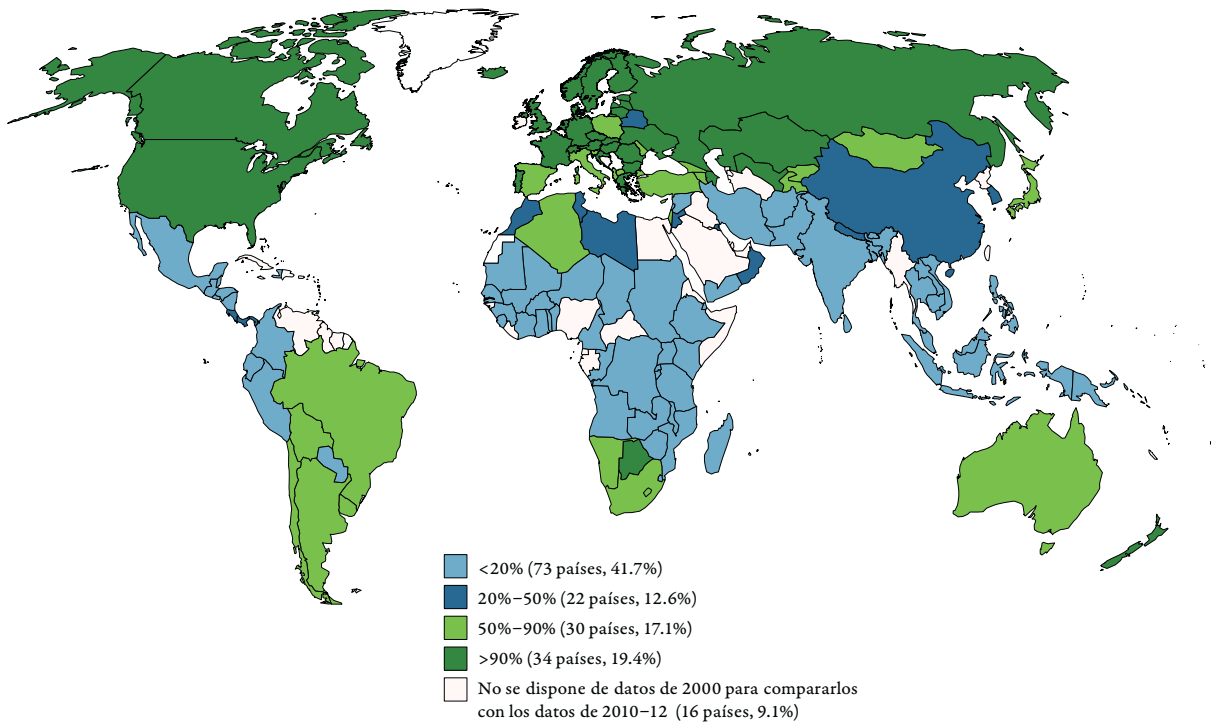


Fuentes: Departamento de Protección Social de la OIT, compilación de datos nacionales disponibles recopilados en regímenes nacionales de pensiones de la seguridad social. Datos de la SSA/AISS, 2012; SSA/AISS, 2013a; SSA/AISS, 2013b; SSA/AISS, 2014; Base de Datos de Estadísticas de Renta y Condiciones de Vida de Eurostat; Perspectivas de la Población Mundial de la ONU, rev. 2012.

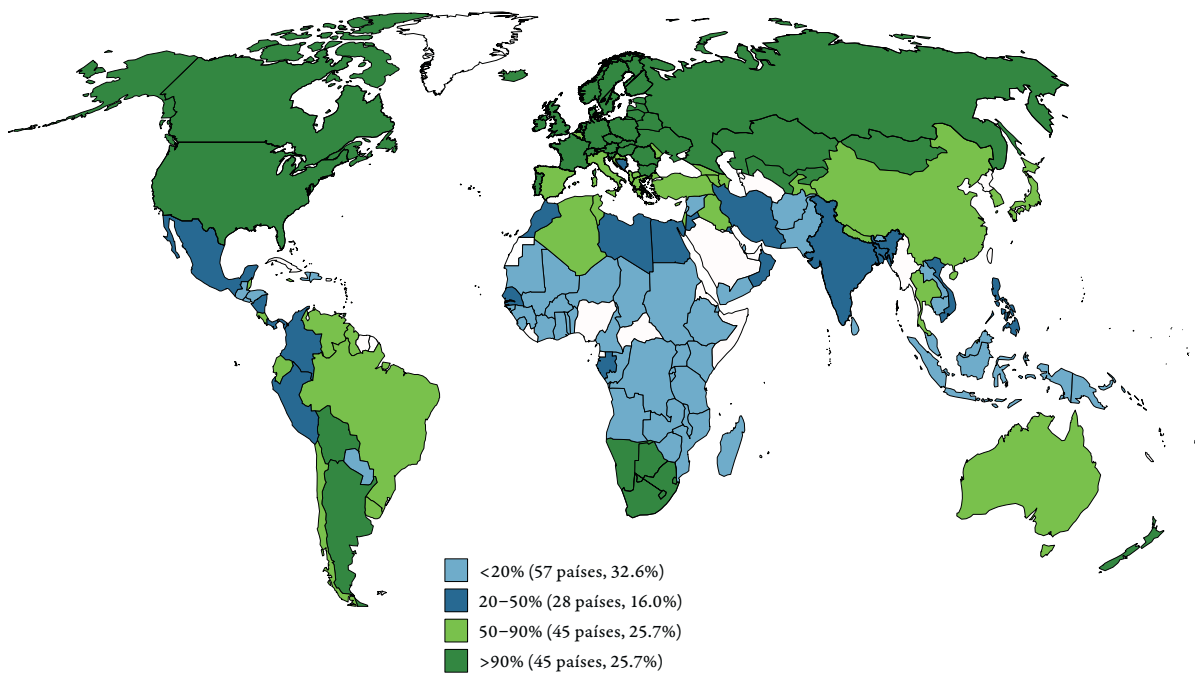
Enlace: <http://www.social-protection.org/gimi/gess/RessourceDownload.action?ressource.ressourceId=44420>.

Figura 4.10 Beneficiarios de pensiones de vejez como proporción de la población por encima de la edad legal de jubilación, 2000 y 2010-12 (porcentajes)

(a) 2000



(b) 2010-12

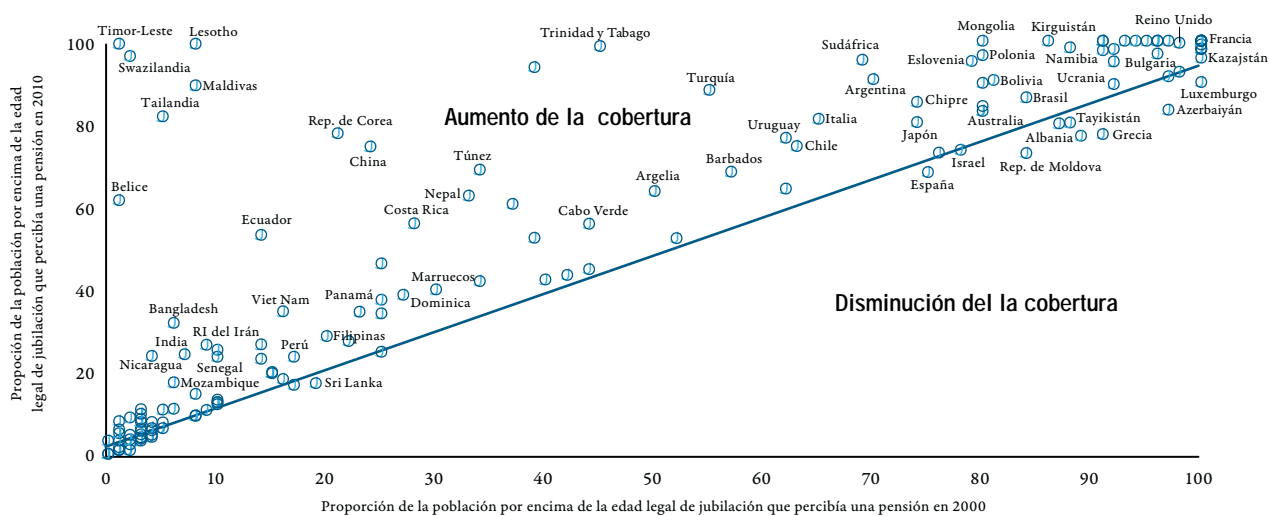


Nota: El mapa "a" incluye los datos de 159 países para el año 2000; el mapa "b" incluye los datos de 175 países para el año 2010. Para los datos de cada país con el año correspondiente, véase el anexo IV, cuadro B.9.

Fuentes: Compilación de la OIT de datos nacionales disponibles recopilados en los regímenes nacionales de pensiones de la seguridad social. Datos de la SSA/AISS, 2012; SSA/AISS, 2013a; SSA/AISS, 2013b; SSA/AISS, 2014; Base de Datos de Estadísticas de Renta y Condiciones; Perspectivas de la Población Mundial de la ONU, rev. 2012.

Enlaces: 2000: <http://www.social-protection.org/gimi/gess/RessourceDownload.action?ressource.ressourceld=42880>; 2010-12: <http://www.social-protection.org/gimi/gess/RessourceDownload.action?ressource.ressourceld=37159>.

Figura 4.11 Comparación de la proporción de personas de edad que perciben una pensión, 2000 y 2010–12 (porcentajes)



Fuentes: Base de Datos de la OIT/ESS; Eurostat (co arreglo a fuentes de datos nacionales; véase el anexo IV, cuadro B.9).

Enlace: <http://www.social-protection.org/gimi/gess/RessourceDownload.action?ressource.ressourceId=42999>.

4.4.2 Los cambios en la cobertura de las pensiones en el mundo: Progreso y regresiones

Aunque las tasas de cobertura efectiva de las pensiones son todavía insuficientes, se ha logrado avances significativos en los últimos años. Mientras que en el año 2000, sólo 34 países alcanzaron una cobertura de más del 90 por ciento de la población en edad legal de jubilarse, 45 países entraron en esta categoría en 2010-12 (véase las figuras 4.10 y 4.11). Según los datos más recientes, en el extremo opuesto de la escala se contaba únicamente a 57 países en los que la cobertura de las pensiones es menor del 20 por ciento de las personas de edad, en comparación con 73 países en el año 2000. En general, los datos indican una mejora visible en la cobertura.

Muchos países experimentaron un aumento importante en la cobertura entre 2000 y 2010. Bolivia, vio un aumento de la proporción de personas de edad que percibían una pensión del 80.7 al 90.5 por ciento entre 2000 y 2009, en gran parte debido a la reforma de su programa Renta Dignidad, que sustituyó al régimen Bonosol en 2008. El régimen de pensiones de vejez de Lesotho, sujeto a la comprobación de otros ingresos previsionales y puesto en marcha en 2004, proporciona una pensión a todas las personas mayores de 70 años, una prestación que en el año 2000 estaba disponible únicamente para el 8.4 por ciento de las personas de edad. La Asignación Universal para la Tercera Edad de Timor Oriental, introducida en 2008, aumentó enormemente las tasas de cobertura del 0.5 por ciento al 100 por ciento de las personas de 60 años o más entre 2000 y 2011. La introducción en 2005 de la Pensión de Vejez en Suazilandia, sujeta a la comprobación de otros ingresos previsionales, amplió

la cobertura entre las personas de 60 años y más del 1.8 por ciento en 2000 al 96.3 por ciento en 2010. Con la ampliación de la subvención de vejez (introducida en 1993) a todos aquellos que no percibían otra pensión en 2009, Tailandia aumentó las tasas de cobertura del 5 por ciento en 2000 al 81.7 por ciento de las personas de 60 años y más en 2011. Al bajar el umbral de la edad de su Asignación por Vejez (introducida en 1995) en 2008, Nepal aumentó su tasa de cobertura del 33 por ciento al 62.5 por ciento de las personas de 58 años o más entre 2000 y 2010. Después de aumentar la cobertura potencial de las pensiones futuras del 24.4 por ciento al 74.4 por ciento de la población al cumplir la edad reglamentaria de jubilación entre 2000 y 2011, China prevé ampliar aún más su sistema de pensiones para avanzar en el camino de la cobertura universal con la decisión en 2012 de extender el “nuevo” régimen de pensiones rurales establecido en 2009 con carácter experimental y el plan piloto del seguro social de pensiones para los residentes urbanos puesto en marcha en 2011 para todos los condados, con miras a duplicar prácticamente la cobertura del seguro obligatorio de pensiones a finales de 2015 (véase el recuadro 4.3). Túnez ha mejorado la cobertura de pensiones para los trabajadores por cuenta propia, los trabajadores domésticos, los agricultores, los pescadores y otros grupos de bajos ingresos en 2002, ayudando a aumentar la proporción de beneficiarios de pensiones entre las personas de 60 años y más del 33.9 por ciento en 2000 al 68.8 por ciento en 2006. En muchos países, la ampliación de la cobertura fue posible principalmente a través de la creación o extensión de los regímenes de pensiones no contributivos que proporcionan al menos un nivel básico de protección para muchas personas de edad, mientras que otros han combinado la extensión de los

regímenes contributivos a grupos de población previamente no cubiertos con otras medidas.¹⁰

La impresionante extensión de la cobertura de pensiones en algunas partes del mundo contrasta con la contracción en otras entre 2000 y 2010 (véase la figura 4.11). Esta última incluye a varios países, entre ellos Albania, Azerbaiyán y Grecia, que previamente habían alcanzado tasas de cobertura cercanas al 90 por ciento o más en 2000, y que sufrieron una disminución significativa a partir de entonces.

4.4.3 Desigualdades persistentes en el acceso a la seguridad de los ingresos en la vejez

El acceso a la seguridad de los ingresos en la vejez está estrechamente relacionado con las desigualdades existentes en el mercado de trabajo y en el empleo. Tales desigualdades se hacen evidentes a partir del examen de la desagregación de las tasas de cobertura por género y área de residencia (rural/urbana), que constituyen la parte central de esta sección (véase las figuras 4.12 y 4.13).¹¹

Las mujeres de edad tienden a enfrentarse a un mayor riesgo de pobreza que los hombres. Hay muchas razones subyacentes para ello. No menos importante es el hecho de que la mayor longevidad de las mujeres da lugar al predominio a edades más avanzadas de mujeres con bajos niveles de apoyo y condiciones de vida (UNFPA y HelpAge International, 2012; UNRISD, 2010). Esto se debe a que los sistemas de pensiones en muchos países no atienden a las necesidades de los hombres y las mujeres de manera equitativa: la cobertura de las mujeres por regímenes de pensiones contributivas tiende a ser significativamente más baja que la de los hombres, y los montos percibidos por las mujeres en promedio tienden a ser menores (Razavi et al., 2012). Si bien dichas desigualdades podrían deberse en parte a un sesgo de género en el diseño de los regímenes de pensiones (por ej., menor edad de jubilación para las mujeres, o la aplicación de tablas de mortalidad diferenciadas por género para el cálculo de los niveles de prestaciones que dan lugar a que las mujeres perciban pensiones más bajas que las de los hombres con el mismo historial de cotización y edad de jubilación), en muchos casos se encuentra un motor más importante de la desigualdad de género en la interacción entre los resultados de la discriminación contra la mujer en el mercado de trabajo y en el diseño de regímenes de pensiones, que no compensa las diferencias derivadas de las condiciones del mercado de trabajo y, a veces incluso las magnifica (Behrendt y Woodall, de próxima publicación). El problema fundamental es que para muchas mujeres no es posible acumular derechos de jubilación en igualdad de

condiciones con los hombres. La proporción de mujeres entre los empleados remunerados, sobre todo en el empleo asalariado formal, ha sido históricamente más baja que la de los hombres y continúa siendo así en muchas partes del mundo (OIT, 2012d). Además, las mujeres que trabajan en empleos asalariados ganan sistemáticamente menos que los hombres (OIT, 2014c), lo que también afecta el nivel de sus cotizaciones a los regímenes de pensiones contributivos. Debido a que las mujeres tienden a asumir una mayor parte de las responsabilidades familiares, son más propensas a acortar o interrumpir sus carreras profesionales y se enfrentan a un mayor riesgo de trabajar en el empleo informal precario, lo que también afecta a su capacidad de acumular derechos de jubilación. Estos factores dan lugar a prestaciones de jubilación relativamente bajas por cuanto éstas se calculan en base a los ingresos, a menos que se adopte medidas eficaces para compensar las desigualdades de género. Las pensiones no contributivas pueden desempeñar un papel clave para garantizar el acceso de las mujeres a al menos una pensión básica; ahora bien, los niveles de las prestaciones a menudo no son suficientes para satisfacer plenamente sus necesidades.

Es evidente, también, que el cierre de la brecha en el suministro de pensiones entre hombres y mujeres está estrechamente vinculado a la cuestión del otorgamiento equitativo para los residentes rurales y urbanos (véase las figuras 4.12 y 4.13). En muchas partes del mundo, las mujeres están representadas de manera desproporcionada entre la población rural, donde el trabajo remunerado, incluso si está disponible, es probable que sea relativamente mal pagado, informal e inseguro, lo que refleja, en parte al menos, el desplazamiento de los hombres a las ciudades en busca de trabajos mejor remunerados en el extremo más formal del espectro del mercado de trabajo. Al mismo tiempo, la creciente importancia de las pensiones no contributivas en el suministro de ingresos en la vejez está ayudando claramente a cerrar la brecha de cobertura entre hombres y mujeres en cierta medida. Por ejemplo, en Cabo Verde, el 41.4 por ciento de las mujeres mayores a la edad de jubilación perciben la pensión no contributiva (frente al 31.6 por ciento de los hombres); la proporción en las zonas rurales es, respectivamente, del 53.6 y el 42.1 por ciento. Al mismo tiempo, las mujeres son menos propensas que los hombres a percibir una pensión contributiva (el 11.4 por ciento para las mujeres frente al 28.2 por ciento para los hombres), especialmente en las zonas rurales (el 8 y 22.2 por ciento, respectivamente).¹² En el caso de Bolivia, la proporción de las mujeres de edad que percibe la pensión no contributiva de la Renta Dignidad únicamente (en lugar de recibir un nivel reducido de la Renta Dignidad, además de una pensión contributiva), es significativamente mayor que la de

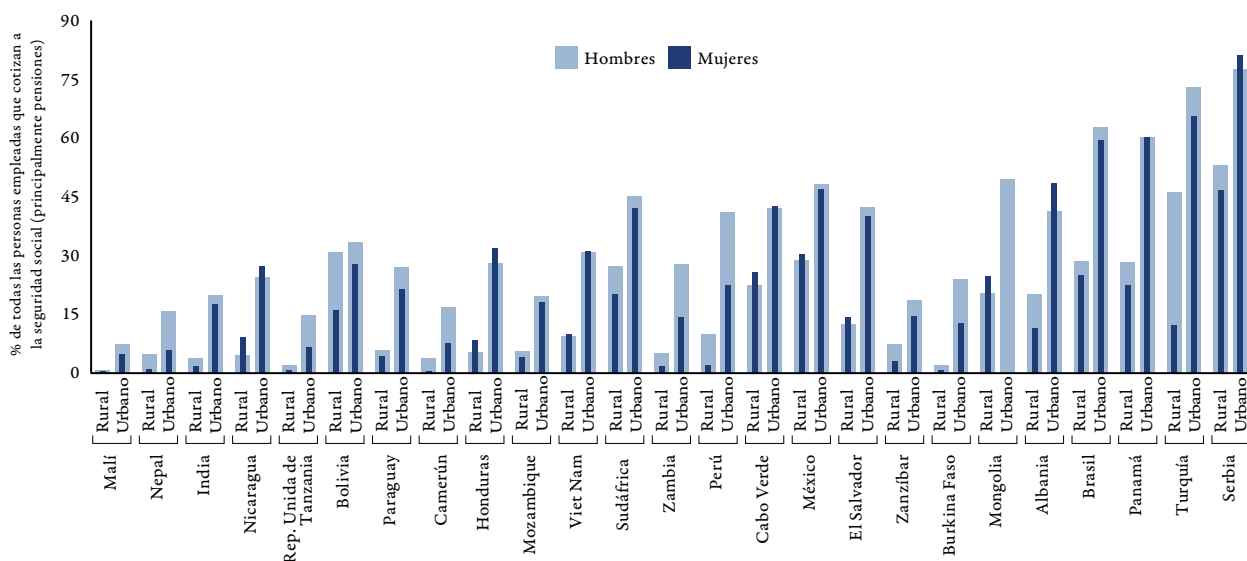
¹⁰ Si bien la extensión de la cobertura constituye un avance significativo hacia la garantía de al menos un nivel básico de seguridad de los ingresos para las personas de edad, queda pendiente el desafío de garantizar la suficiencia de los niveles de las pensiones (véase más adelante).

¹¹ Como parte de la investigación llevada a cabo para preparar el presente Informe, el Departamento de Protección Social de la OIT, elaboró un estudio separado sobre protección social y las mujeres rurales, que incluye un análisis más detallado de la cobertura de pensiones y se publicará por separado.

¹² Con arreglo al análisis de la encuesta de empleo de Cabo Verde de 2009 (proporción de personas de 60 años y mayores que perciben pensiones no contributivas).

4. La protección social para las mujeres y los hombres de edad: Las pensiones y otras prestaciones no relacionadas con la salud

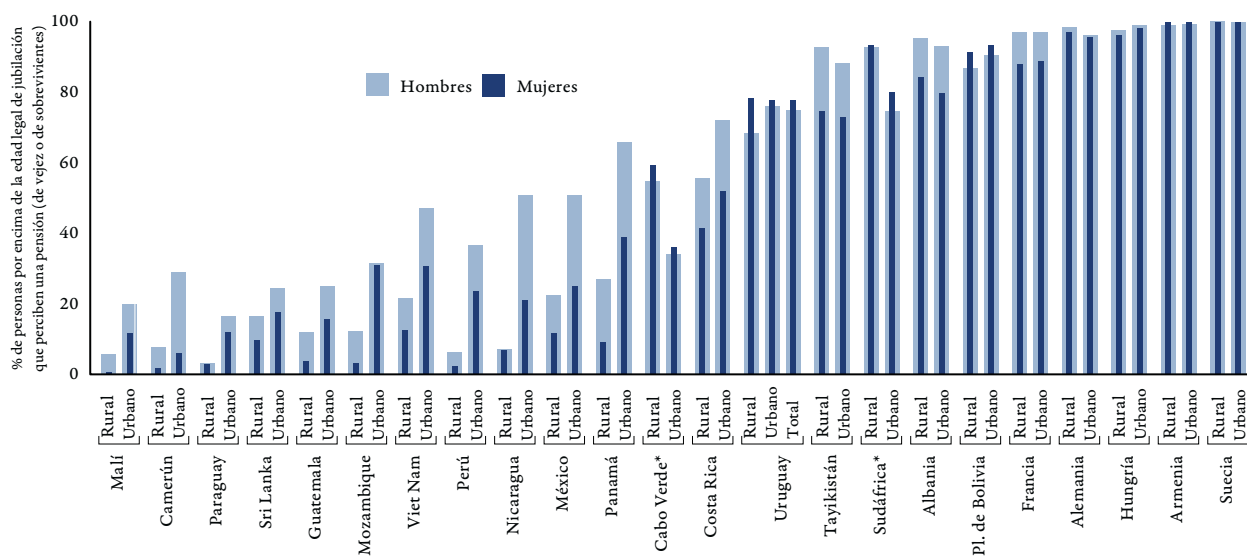
Figura 4.12 Proporción de mujeres y hombres ocupados cotizantes del régimen de pensiones, por área de residencia (porcentajes)



Fuente: Cálculos de la OIT basados en las encuestas nacionales de hogares.

Enlace: <http://www.social-protection.org/gimi/gess/RessourceDownload.action?ressource.ressourceld=43318>.

Figura 4.13 Proporción de mujeres y hombres en edad legal de jubilarse que perciben una pensión de vejez (o de sobrevivientes), por área de residencia



* Porcentajes basados únicamente en la pensión no contributiva.

Fuente: Cálculos de la OIT basados en las encuestas nacionales de hogares.

Enlace: <http://www.social-protection.org/gimi/gess/RessourceDownload.action?ressource.ressourceld=43317>.

los hombres, tanto en el ámbito nacional (el 83.3 por ciento de las mujeres frente a 66.3 por ciento de los hombres) como en las zonas rurales (el 90.6 por ciento de las mujeres frente al 78.4 por ciento de los hombres).¹³

Sin embargo, se puede ver perspectivas más optimistas en una serie de medidas incipientes tendientes al abordaje de la desigualdad en la cobertura de las pensiones. En todas partes, se realizan esfuerzos para extender la cobertura efectiva de los regímenes

¹³ Cálculos de la OIT basados en la Encuesta de Hogares de Bolivia, 2009.

contributivos a al menos algunas categorías de trabajadores por cuenta propia y otros con capacidad contributiva.¹⁴ Las medidas para extender la cobertura de los regímenes contributivos a los trabajadores agrícolas y rurales en algunos países (por ej., Brasil), han contribuido a una mayor reducción de la brecha urbano-rural en la cobertura de las pensiones, a pesar de que persisten importantes desigualdades. Además, el establecimiento a gran escala de los regímenes de pensiones no contributivos en muchos países, ha extendido la cobertura efectiva y reducido las desigualdades tanto entre los sexos como entre las poblaciones rurales y urbanas.

Las consideraciones de igualdad de género están ganando algo de terreno en el debate público en el tema de las pensiones. Algunos países han aplicado medidas proactivas en materia de políticas para reducir el efecto de los diferentes perfiles ocupacionales en los ingresos durante la vejez. Los elementos y parámetros discriminatorios más obvios de los regímenes nacionales de pensiones, tales como las edades de jubilación diferenciales que eran comunes hasta hace poco, están siendo rápidamente eliminados, si bien en el contexto de los aumentos generales en las edades de jubilación para hombres y mujeres.

Otros pasos en la misma dirección incluyen el pago en las cuentas de pensiones durante la licencia de maternidad, de paternidad y parental, y un mejor reconocimiento del trabajo de prestación de cuidados realizado por mujeres y hombres. Las medidas para facilitar la distribución más equitativa de las responsabilidades de cuidado entre las mujeres y los hombres, contribuyen al abordaje de algunas de las desigualdades existentes en el mercado de trabajo y en la protección social más ampliamente, y podrían reflejarse en una reducción de las desigualdades de género en los mercados de trabajo y los sistemas de pensiones en el largo plazo.¹⁵

Como en tantos otros aspectos de la protección social, los relativos a la promoción del trato equitativo de las mujeres y de los hombres deben, si han de abordarse de manera eficaz y con un espíritu de justicia social, ser tratados de manera que se integre plenamente la formulación de políticas del mercado de trabajo y las de protección social.

4.5 La suficiencia de las pensiones para garantizar una genuina seguridad de los ingresos para las personas de edad

En cualquier sociedad, el tipo de regímenes de jubilación que se considera adecuados, depende de las actitudes prevaletentes sobre asuntos tales como la distribución de las responsabilidades entre los

ciudadanos y el Estado, la redistribución y el apoyo que se ha de proporcionar a los pobres y vulnerables, y la solidaridad intergeneracional. ¿A qué edad se alcanza la jubilación? ¿Qué nivel de seguridad de los ingresos debe estar garantizado y para quién? ¿Qué grado de solidaridad intergeneracional se debe esperar al financiar las pensiones? Estos son los temas que por lo general se conviene sustentan los contratos sociales parcialmente implícitos y parcialmente explícitos. Dichos contratos sociales y las actitudes subyacentes, evolucionan con el tiempo a medida que cambian las condiciones sociales, culturales, demográficas y económicas. También se reflejan en las normas internacionales del trabajo o en los instrumentos de derechos humanos.

4.5.1 La garantía de sustitución de los ingresos

Cualquier intento de hacer una evaluación comparativa del desempeño de los sistemas nacionales de pensiones en el cumplimiento de sus objetivos propuestos se verá hoy en día acuciado por muchas complicaciones. La primera es que, es muy difícil encontrar un punto común de comparación. Una posible solución consiste en comparar el nivel promedio de las pensiones percibidas con el nivel promedio de los ingresos en la economía, como una instantánea nacional en un punto determinado en el tiempo de la situación económica de los pensionistas, en comparación con la situación de la población ocupada. Desafortunadamente, si bien los datos necesarios para tal comparación están disponibles y ampliamente documentados en varios informes de la OCDE y la UE, sigue siendo prácticamente imposible reproducir el ejercicio a una escala más amplia en los países al exterior de estos grupos, debido principalmente a la falta de estadísticas de ingresos comparables así también como a la escasa disponibilidad de datos de las encuestas de hogares que permita hacer tales comparaciones.¹⁶

Estas estimaciones de las tasas de sustitución de los ingresos proporcionadas por los regímenes de pensiones tras la jubilación constituyen, sin embargo, mediciones importantes del grado de adecuación de las prestaciones para los pensionistas (véase el recuadro 4.4). Otros indicadores podrían relacionar los montos de las pensiones a los ingresos promedio de los hogares, al PIB per cápita o a los umbrales de pobreza. El problema es que, si bien podrían ser útiles en el análisis de la suficiencia de los sistemas de pensiones dentro de los respectivos países, y en la comparación de la calidad de la cobertura de los diferentes grupos proporcionada por los distintos regímenes, tales indicadores no son comparables entre países con diferentes grados y patrones

¹⁴ En sí misma, la apertura de la condición jurídica de cotizar de forma voluntaria (como se ha hecho, por ej., en Indonesia, Mongolia, Tailandia y Viet Nam, y en algunos países de otras regiones del mundo), no necesariamente garantiza un aumento efectivo de la cobertura. Para garantizar esto, son necesarias medidas adicionales, incluyendo la subvención de las cotizaciones de las personas de menores ingresos.

¹⁵ Por ejemplo, en el caso de la licencia parental, las medidas para promover una mayor participación de los padres (por ej., en Alemania o Suecia) en las responsabilidades del cuidado de los hijos, puede ayudar a reducir la discriminación contra las mujeres en el mercado de trabajo, que puede tener un efecto a largo plazo en las desigualdades de género en el acceso a pensiones adecuadas.

¹⁶ Además, tal indicador tiene una interpretación muy estrecha en los países donde los asalariados en la economía formal constituyen sólo una minoría de la población y, por lo tanto, los niveles salariales promedio tienen una escasa relación con los niveles muy inferiores del ingreso familiar promedio.

de cobertura. Por esta razón, y debido a las limitaciones en la disponibilidad de los datos, este Informe no incluye estimaciones globales o regionales de las tasas de sustitución y otros aspectos de la calidad de la cobertura de las pensiones fuera de la OCDE.¹⁷

4.5.2 La prevención de la erosión del valor de las pensiones en el tiempo: La garantía de ajustes periódicos

Ya que las pensiones de vejez se extienden por muchos años después de su cálculo y concesión iniciales, es importante preguntarse qué sucede con los años en su poder adquisitivo y en su valor real; qué tanto más tendrán que reducir su nivel de vida los jubilados cuanto más vivan después del momento de la jubilación; cuál es la posición de sus ingresos en relación con otros grupos de la sociedad; y cuáles son sus riesgos de caer en la pobreza. Los mecanismos que se utilizan para proteger el valor de las pensiones en curso de pago a través de aumentos más o menos periódicos a las pensiones, a veces se denominan “ajustes o reajustes por el costo de la vida,” y la manera cómo se llevan a cabo afecta en gran medida el nivel de vida de los pensionistas en el largo plazo.

Los Convenios núm. 102 y núm. 128, instan a revisar los niveles de las prestaciones en curso de pago cuando se producen cambios sustanciales en los niveles de ingresos o del costo de vida, mientras que la Recomendación núm. 131, estipula explícitamente que los niveles de las prestaciones deben ajustarse periódicamente teniendo en cuenta los cambios en el nivel general de ingresos o del costo de vida. La Recomendación núm. 202, exige niveles de garantía de los pisos de protección social que se revisarán periódicamente mediante un procedimiento transparente establecido por las leyes, reglamentos o prácticas nacionales.

La práctica de la indexación varía según los países y los regímenes, como se muestra en el cuadro 4.1.

Si bien la indexación de los salarios fue más popular en el pasado, hoy en día más y más regímenes garantizan a lo sumo sólo aumentos en consonancia con los aumentos en el costo de vida. La elección del método de indexación podría parecer un detalle técnico, pero puede tener un impacto significativo en el nivel de las pensiones, y, como consecuencia, en el gasto en las mismas. Cuando los salarios aumentan más rápidamente que los precios, el cambio de la indexación basada en los salarios a la indexación basada en los precios, ofrece importantes reducciones del gasto en las pensiones, y también da lugar a la

Cuadro 4.1 Métodos de indexación

Método de indexación	Number of schemes
Indexación de los precios	44
Indexación de los salarios	27
Mixto (precios-salarios)	21
Periódico, no especificada	24
Ad hoc	4
Sin información	57
Total	177

Nota: “sin información” en la mayoría de los casos significa “sin indexación.”

Fuente: Departamento de Protección Social de la OIT, con arreglo a datos de la SSA/AISS, 2012; SSA/AISS, 2013a; SSA/AISS, 2013b; SSA/AISS, 2014.

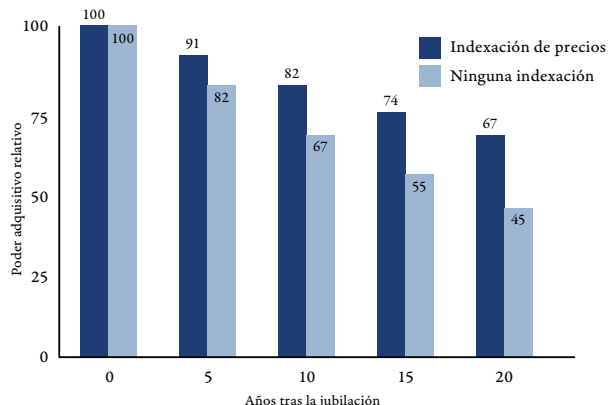
desvinculación de los niveles de vida de los pensionistas de los de la población activa. La evolución de la indexación en Hungría se puede poner como ejemplo de una tendencia más general: en la década de 1990, la indexación de las pensiones pasó de la indexación de los salarios a una mezcla de 50/50 de índices de precios y salarios, y recientemente durante la crisis se acercó aún más a transformarse en una indexación salarial pura. Otros países han orientado su política de indexación de las pensiones en curso de pago en una dirección menos generosa: Finlandia, pasó de una relación de indexación de 50/50 a una de 80/20 entre ingresos y precios; Francia pasó de una indexación salarial a una de precios; Polonia implementó varios cambios, el más reciente, a saber, pasar de una relación de indexación de 20/80 entre ingresos y precios a una de precios del 100 por ciento; y Eslovaquia pasó de una indexación salarial del 100 por ciento a una indexación mixta de 50/50 entre salarios y precios (OCDE, 2012a, pág. 58). España decidió en 2013, desvincular el ajuste a las pensiones de cualquier índice del nivel de vida y no permite ajustes a las prestaciones superiores al 0.25 por ciento anual por un periodo determinado.

Otros regímenes, incluyendo muchos en África, contemplan a lo sumo sólo aumentos especiales ocasionalmente. Esto significa, sobre todo en entornos inflacionarios, que la mayoría de los pensionistas eventualmente perciben sólo una pensión mínima, y muchos de ellos caen en la pobreza incluso si antes de jubilarse percibían altos ingresos.

La figura 4.14, muestra cómo las pensiones en curso de pago pierden su poder adquisitivo relativo si no se incrementan al mismo ritmo que los salarios en condiciones de crecimiento

¹⁷ La OCDE, en colaboración con el Banco Mundial ha hecho algunos intentos para calcular indicadores de sustitución más allá de los países de la UE y de la OCDE, específicamente con respecto a las tasas de sustitución proporcionadas por los sistemas de pensiones en distintos países para individuos hipotéticos con diferentes niveles de ingresos e historial de cotizaciones (véase Whitehouse, 2012); no obstante, estos aún no se incluyen en la Base de Datos de Pensiones del Banco Mundial. El Índice Global de Envejecimiento (HelpAge International, 2013), analiza la situación general de los ingresos de las personas de edad, no específicamente los niveles de protección proporcionados por los sistemas de pensiones vigentes. En el Índice Global de Envejecimiento, la seguridad de los ingresos de las personas de edad se mide por tres indicadores: porcentaje de personas de edad que perciben pensiones, tasas de pobreza relativa de las personas de la tercera edad, y posición relativa de los ingresos de las personas de edad (ingresos medios de las personas mayores de 60 años como proporción de los ingresos medios del resto de la población).

Figura 4.14 Disminución del nivel de vida relativo de los pensionistas como resultado de la indexación de los precios o ninguna indexación (comparada con el nivel de vida con indexación de los salarios = 100)



Nota: Estos cálculos se basan en el supuesto de que tanto los salarios como los precios reales aumentan en un 2 por ciento por año.

Fuente: Cálculos de la OIT con arreglo a Hirose, 2011.

Enlace: <http://www.social-protection.org/gimi/gess/RessourceDownload.action?ressource.ressourceId=43319>.

del salario real (suponiendo un crecimiento moderado del salario real del 2 por ciento y una inflación de sólo el 2 por ciento¹⁸).

La reducción de la frecuencia de los ajustes, o su suspensión total, afecta grave e inmediatamente el nivel de vida de los pensionistas y sus familias. A menos que se ajuste las pensiones en función de los aumentos salariales reales o de cualquier otro indicador de los niveles de vida en general, cuanto más lejano esté el momento de la jubilación, tanto mayor será la brecha entre el nivel de vida de los pensionistas y el de las personas que sigan económicamente activas. Esta brecha cada vez mayor puede exacerbar la exclusión económica y social de las personas de edad, ya que puede significar, entre otras cosas, que no puedan permitirse el lujo de acceder a las nuevas y modernas tecnologías y los nuevos productos y servicios que cambian la vida de los grupos de la sociedad de mayor poder adquisitivo. En los casos en que las pensiones no estén siquiera plenamente ajustadas en función de la inflación –algo que es bastante común en todo el mundo– el poder adquisitivo absoluto de las personas de edad se deteriora hasta que éstas se ven obligadas a caer en la pobreza.

Los efectos de los ajustes incompletos de las pensiones, que impiden que las personas de edad se mantengan a la altura del aumento del nivel general de vida, se ven más acentuados con los avances tecnológicos en la atención de salud que en todas partes contribuyen a aumentar sus costos, y los de los bienes y servicios afines, a un ritmo más

¹⁸ En muchos países, las tasas de inflación son mucho más elevadas que éstas y, como resultado, la erosión del poder adquisitivo absoluto de las pensiones avanza mucho más rápido en ausencia de la indexación periódica y adecuada. En algunos países, la mayoría de los beneficiarios perciben pensiones a nivel de la pensión mínima algunos años después de la jubilación.

Recuadro 4.4 Tendencias en las tasas de sustitución y la suficiencia de los pagos de las pensiones

Uno de los grandes logros de las políticas de pensiones en muchos países europeos y en algunas otras partes del mundo en los años posteriores a la Segunda Guerra Mundial, ha sido la reducción drástica de la pobreza en la vejez. Sin embargo, los acontecimientos recientes del mercado de trabajo, así como algunas reformas políticas, aumentan el riesgo de un resurgimiento de la pobreza en la vejez.

Si bien la mayoría de los países protegieron relativamente bien los ingresos de las personas de edad durante la crisis reciente, existen excepciones. Los países que o bien ajustan de forma continua las pensiones (incluyendo las más bajas) a una tasa significativamente inferior que la del aumento de los salarios o de los ingresos medios (por ej., Polonia, donde las pensiones se ajustan a sólo el 20 por ciento del crecimiento del salario real), o bien suspenden los ajustes a las pensiones (como lo hizo Suecia durante la crisis como resultado de su mecanismo de estabilización automática), experimentaron un aumento de la pobreza relativa de su población de mayor edad. Entre 2005 y 2012, las tasas de pobreza entre los jubilados aumentaron del 10 al 18 por ciento en Suecia y del 7 al 14 por ciento en Polonia.

Esta tendencia podría extenderse en el futuro también a otros países. Muchas de las reformas de las pensiones realizadas para estabilizar los costos futuros de los sistemas de pensiones, se traducirán en prestaciones muy inferiores. La figura 4.15, presenta cambios en las tasas de sustitución futuras de los regímenes de pensiones públicas en los países de la UE. En algunos países, el descenso previsto de la tasa de sustitución es bastante significativo. Además, puesto que muchas reformas eliminan los mecanismos redistributivos de los regímenes contributivos, estas tasas de sustitución inferiores se aplicarán también a las personas con menores ingresos a lo largo de su vida laboral.

Según Eurostat, en 2010, el 17 por ciento de los empleados en la UE (más del 21 por ciento de las mujeres y más del 13 por ciento de los hombres) tenían ingresos por debajo del “umbral de bajos ingresos” (definido como dos tercios de los ingresos medios). Las proporciones más elevadas de asalariados de menores ingresos se encontraron en Letonia (el 27.8 por ciento), Lituania (el 27.2 por ciento), Rumanía (el 25.6 por ciento), Polonia (el 24.2 por ciento) y Estonia (el 23.8 por ciento), mientras las menores se encontraron en Suecia (el 2.5 por ciento), Finlandia (el 5.9 por ciento), Francia (el 6.1 por ciento), Bélgica (el 6.4 por ciento) y Dinamarca (el 7.7 por ciento).¹

¿Qué tasas de sustitución mínimas garantizarían ingresos futuros en concepto de pensiones por encima del umbral de la pobreza a esos asalariados de menores ingresos? Como muestra la figura 4.16, los países tendrían que garantizar tasas de sustitución de entre el 50 y el 90 por ciento de las ganancias anteriores para evitar la pobreza en la vejez de las personas de menores ingresos.

En los que a menudo se considera regímenes “pasados de moda” de pensiones de seguridad social de prestaciones definidas, se utiliza fórmulas de prestaciones redistributivas (por lo general, con un componente de cuantía fija o equivalente) para garantizar tasas de sustitución más elevadas para los asalariados de menores ingresos. →

Hoy en día, muchos países han eliminado dichas fórmulas de redistribución al introducir componentes de cotizaciones definidas o de cotizaciones definidas teóricas (NDC), o convertir los regímenes de prestaciones definidas en regímenes puramente vinculados a los ingresos. En esta situación, garantizar un nivel suficiente de prestaciones a los trabajadores que perciben salarios bajos requeriría del fortalecimiento de las disposiciones relativas a las prestaciones mínimas mediante diversas formas de garantías de ingresos mínimos no contributivos.

¹ Cálculos basados en la Encuesta de Eurostat sobre la Estructura de los Ingresos, 2010.

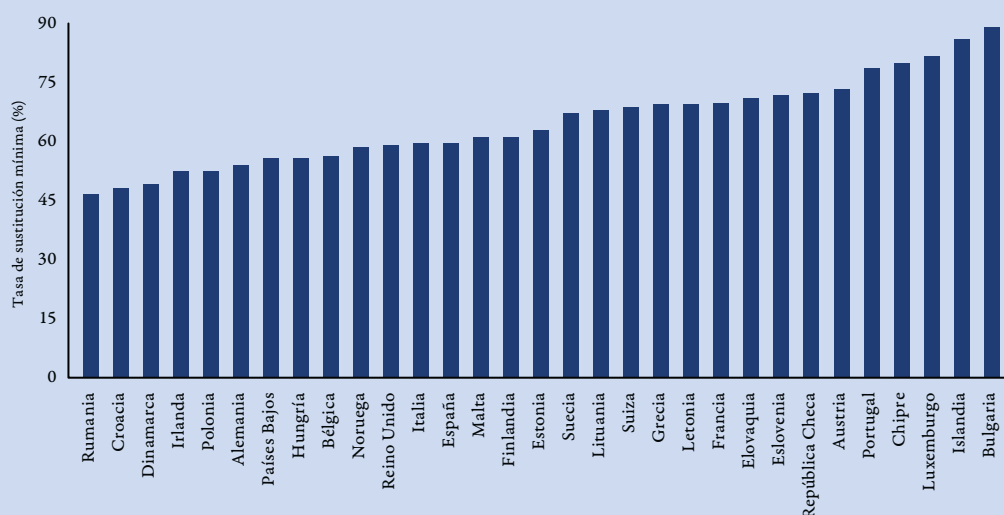
Figura 4.15 Tasas de sustitución promedio en el momento de la jubilación en los regímenes públicos de pensiones, 2010 y proyecciones para 2060, países europeos seleccionados (porcentajes)



Fuente: Comisión Europea, 2012c.

Enlace: <http://www.social-protection.org/gimi/gess/RessourceDownload.action?ressource.ressourceld=43003>.

Figura 4.16 Tasas de sustitución mínimas necesarias para garantizar ingresos en concepto de pensiones superiores al umbral de la pobreza



Fuente: Cálculos de la OIT con arreglo a datos de Eurostat.

Enlace: <http://www.social-protection.org/gimi/gess/RessourceDownload.action?ressource.ressourceld=43002>.

Fuente: Con arreglo a información de Eurostat.

veloz que el de la inflación promedio, mientras que al mismo tiempo la necesidad de más (y más sofisticados) servicios de atención de salud y servicios conexos se incrementa drásticamente con el avance de la edad de los individuos. Debido a que en muchos países las personas de edad tienen que pagar directamente una parte sustancial de los costos de la atención de salud y servicios conexos, muchas están en grave riesgo de exclusión del acceso a la atención de salud que necesitan o de la ruina financiera para ellos y sus familias.

No obstante, ya que la suspensión o el retraso de la indexación de las prestaciones trae consigo reducciones inmediatas e importantes del gasto público, en particular en países demográficamente “viejos” caracterizados por sistemas de pensiones maduros y un gran número de pensionistas, a menudo la indexación es considerada y utilizada por los gobiernos como un instrumento para contener el gasto público. La OCDE señaló que “con frecuencia los gobiernos cambian las reglas de indexación de una manera procíclica: los aumentos de las pensiones son mayores que lo exigido por las reglas cuando las finanzas públicas están saludables mientras que se posponen o se reducen en tiempos de restricción fiscal” (OCDE, 2012a, págs. 59-60). Varios países (entre ellos, Alemania, Canadá, Japón, Portugal y Suecia), han vinculado explícitamente la indexación con ciertos indicadores de sostenibilidad. El problema es –como quedó claro durante la reciente crisis económica y financiera– que tales mecanismos pueden dar lugar incluso a recortes absolutos de las prestaciones en tiempos de crisis.

4.6 La reforma y re-reforma de los sistemas de pensiones

Las normas de seguridad social de la OIT proporcionan directrices que respetan las diferentes dimensiones que afectan la adecuación de las prestaciones (la edad mínima de acceso y otras condiciones de elegibilidad, los niveles de las prestaciones y la protección del poder adquisitivo) y, al mismo tiempo, exigen una supervisión cuidadosa de la situación financiera a largo plazo de los regímenes de pensiones a través de valuaciones actuariales realizadas con frecuencia y cada vez que cambien los parámetros importantes del régimen. Sin embargo, se deja a los gobiernos y sus interlocutores sociales las decisiones en materia de políticas para ajustar y reformar los regímenes y sistemas.

Desafortunadamente, la práctica en muchos países muestra que, incluso si se lleva a cabo valuaciones actuariales periódicas que den lugar a recomendaciones de reforma, las reformas reales a menudo se retrasan significativamente o no ocurren en absoluto. Uno de los principales motivos de esto es que, si bien las decisiones relativas a los sistemas de pensiones tienen un carácter de muy largo plazo y afectan no sólo a las generaciones actuales sino también a las futuras, los políticos que adoptan dichas decisiones tienen horizontes de tiempo mucho más cortos circunscritos en el ciclo electoral. Además, siempre existe la tentación de utilizar las reservas de los fondos de pensiones –tanto públicas como privadas– como una

especie de “alcancía”, que puede romperse –como muestra la experiencia en muchos países durante los últimos años– para reparar las finanzas públicas o salir al rescate del sector privado (Casey, 2014). La utilización de las reservas de los fondos de pensiones para fines distintos de la financiación de las pensiones en curso y futuras, es una prueba de mala gobernanza y no debe ocurrir.

Ahora bien, existen muchos países en los que se encontró soluciones efectivas que permiten el equilibrio entre la adecuación y la sostenibilidad de los sistemas de pensiones a través del diálogo democrático y bien fundamentado en materia de políticas, con la participación de expertos independientes, donde las reformas se implementan con un amplio consenso de todo el espectro político y abarcan diferentes intereses, garantizando así efectos duraderos. No existe una receta que funcione en todos los países; cada país tiene que encontrar una solución que se adapte a su entorno social y político específico. Existen muchos estudios realizados por la OIT y otros que analizan diferentes soluciones y procesos e identifican mejores prácticas, así como problemas y desafíos (por ej., Eurofound, 2013; Sarfati y Ghellab, 2012; Ghellab, Varela y Woodall, 2011; Reynaud, 2000).

Por el contrario, en las últimas décadas en muchos países de Europa y otras partes del mundo, el equilibrio entre los factores de adecuación y sostenibilidad ha estado en peligro. Se ha hecho alusión a una “crisis de la seguridad social” o “crisis de la vejez” como justificación para introducir reformas que reducen sustancialmente la adecuación futura de las prestaciones y aumentan significativamente el riesgo de pobreza en la vejez para las futuras generaciones de jubilados (véase Comisión Europea, 2012d; OCDE, 2013a). Las presiones de la competencia fiscal y de los mercados financieros globales limitan ostensiblemente el poder soberano de los gobiernos de introducir aumentos a las cotizaciones de la seguridad social e impuestos cuando sea necesario para evitar recortes en las prestaciones. La presión ejercida por el sector de los servicios financieros internacionales tuvo éxito en lograr las privatizaciones a gran escala de las pensiones de la seguridad social (Hagemeyer y Scholz, 2004; Hagemeyer, 2005) - aunque éstas se revirtieron en algunos países a raíz de la crisis financiera y económica (véase el recuadro 4.5). En varios casos, los mecanismos de diálogo social fracasaron en llegar a un consenso con los interlocutores sociales sobre cómo y en qué medida lograr aumentos en la edad (efectiva promedio) en la que las personas empiezan a cobrar las prestaciones de jubilación y sobre cómo se debe reorganizar y regular los mercados de trabajo a fin de satisfacer de mejor manera las necesidades de un número cada vez mayor de personas de edad que desean, o de hecho necesitan, continuar ocupadas en edades significativamente mayores que las que anteriormente se consideraba apropiadas.

Esta falta de consenso en el diálogo social respecto de las reformas necesarias y cómo ponerlas en práctica a través de la formulación de políticas bien fundamentada y deliberada, ha llevado a muchos países a adoptar con demasiada rapidez un enfoque de gobernanza de “manos libres” para sus sistemas de pensiones (Woodall

y Hagemeyer, 2009), a través de la privatización parcial así también como diversos “mecanismos automáticos de estabilización.” Estos incluyen la vinculación automática de las tasas de acumulación utilizadas para calcular las pensiones en los regímenes de seguridad social a la esperanza de vida al jubilarse (como en los países que introdujeron regímenes de cotización definida teórica (NDC)), y también en Brasil, en el caso de las pensiones de jubilación anticipada, y en muchos otros países), o la vinculación automática de la edad mínima de acceso a la pensión con la esperanza de vida (como en Dinamarca, Francia, Grecia e Italia). Esto tomó su forma más extrema en Suecia, donde los cambios en el valor de un indicador (“relación de equilibrio”), que se considera reflejan la posición financiera a largo plazo del régimen de pensiones, no sólo afectan los futuros derechos de pensión de los cotizantes, sino también pueden dar lugar a la reducción de las cuantías de las pensiones en curso de pago (tal como ocurrió en medio de la crisis financiera y económica).

Las “soluciones” de este tipo ajustan –de forma automática y sin intervención de los responsables políticos y sin discusiones entre los interlocutores sociales– los niveles de las prestaciones, las fórmulas de indexación, la edad de jubilación y el número de años de cotización necesarios para percibir una pensión completa, según ciertos indicadores estadísticos seleccionados (vinculados con la esperanza de vida en momento de la jubilación o con ciertas relaciones entre los ingresos o activos de un régimen y sus gastos o pasivos). Una de las maneras de lograr tales ajustes automáticos (a la baja) de los niveles de prestaciones con arreglo a las condiciones demográficas y económicas cambiantes, es ampliando los componentes de las cotizaciones definidas en los sistemas de pensiones, como ha ocurrido en muchos países del mundo. Sin embargo, tales “pilotos automáticos” también se incorporan en los regímenes de cotizaciones definidas “teóricas” en países como Italia, Letonia, Noruega, Polonia y, en particular, Suecia, donde el “mecanismo de estabilización automática” regula además el ritmo de la indexación de las prestaciones y la valorización de las cotizaciones pasadas. También están presentes en forma de varios “factores de sostenibilidad” en distintos regímenes de “puntos” (como los de Alemania y Francia y, fuera de Europa, en Canadá o Japón). Algunos países, como Dinamarca, Francia, Grecia e Italia, han vinculado los aumentos futuros de la edad de la jubilación con los cambios futuros en la esperanza de vida.

La mayoría de tales mecanismos automáticos dan lugar en última instancia a ajustes a la baja de los niveles de las prestaciones para garantizar la sostenibilidad financiera. Sólo en dos países de la OCDE (Alemania y Canadá), existen mecanismos que podrían dar como resultado un aumento de la tasa de cotización efectiva (Di Addio y Whitehouse, 2012). Aparte de las garantías de pensión mínima –si las hubiere– no existen mecanismos automáticos similares para ajustar el sistema y garantizar que las prestaciones sean adecuadas. Incluso los ajustes automáticos de las prestaciones en curso de pago en función de los cambios de precios, son reducidos o totalmente eliminados.

Tales mecanismos automáticos se centran exclusivamente en el objetivo de garantizar la sostenibilidad financiera a largo plazo de los sistemas de pensiones, mientras que al mismo tiempo tratan de eludir los debates políticos abiertos y el diálogo social, que son vistos como obstáculos que impiden la adopción oportuna de los cambios necesarios en materia de políticas. Las consecuencias de este enfoque son muy graves, ya que la ausencia de mecanismos automáticos correspondientes que garanticen los niveles deseados de adecuación, socava el necesario equilibrio entre los factores de la adecuación y la sostenibilidad. Además, en el corto plazo algunos de estos mecanismos causan cambios procíclicos en los montos de las prestaciones pagadas. Joseph Stiglitz llamó la atención sobre este fenómeno en 2009:

Cuando la economía se debilita, el gasto en los regímenes de protección social y desempleo debe aumentar automáticamente, ayudando a estabilizar la economía. Sin embargo, ... uno de los hechos lamentables de las denominadas reformas en las últimas décadas es que hemos estado debilitando estos importantes estabilizadores automáticos. Se ha reducido el grado de progresividad en los sistemas tributarios y hemos pasado de sistemas de prestaciones definidas a sistemas de jubilación de cotizaciones definidas, debilitando aún más los estabilizadores automáticos de la economía y en algunos casos convirtiéndolos en desestabilizadores automáticos (Stiglitz, 2009, págs. 4-5).

4.7 La garantía de la seguridad de los ingresos para las personas de edad: El desafío constante

Hoy en día, la mayoría de las personas de edad en el mundo viven en países en desarrollo, donde la jubilación es un privilegio de los trabajadores del sector público y privado que tienen la suerte de trabajar en la economía formal. A nivel mundial, la amplia mayoría de las personas de edad no se benefician del suministro público de garantías de ingresos mínimos, se ven obligadas a seguir trabajando para sobrevivir hasta el día en que físicamente no puedan más, y entonces tienen que depender del apoyo de sus familiares o de la caridad privada ya que a menudo las pensiones son insuficientes para proporcionar siquiera una seguridad básica de los ingresos. Esta situación presenta un notable contraste con el contrato social global plasmado en los instrumentos de derechos humanos y las normas internacionales del trabajo, en virtud de los cuales todo individuo tiene derecho a al menos una seguridad mínima de ingresos en la vejez.

Afortunadamente, las actitudes están cambiando y van seguidas de acciones de políticas: cada vez más países en todo el mundo están buscando extender sus pensiones contributivas a quienes actualmente no están cubiertos pero que potencialmente cuentan con la suficiente capacidad contributiva para afiliarse. Muchos países también están extendiendo las modalidades no contributivas mediante las denominadas “pensiones sociales” que proporcionan al menos un

Recuadro 4.5 Re-reformas y “desprivatizaciones” de los sistemas de pensiones en América Latina y Europa Central y Oriental

Entre 1981 y 2008, 11 países de América Latina privatizaron total o parcialmente sus sistemas públicos de pensiones basados en el reparto. Tales reformas también se extendieron a finales de la década de 1990 y el comienzo del nuevo milenio en la mayoría de los países de Europa Central y Oriental, donde una proporción de las cotizaciones a la seguridad social (hasta un tercio en algunos países, como Eslovaquia, Hungría y Polonia), se trasladó de las pensiones públicas de la seguridad social hacia cuentas individuales obligatorias de gestión privada. Ahora bien, durante los últimos años estas privatizaciones se han detenido, y en algunos países incluso se han revertido con la reintroducción o fortalecimiento de la provisión pública.

En Chile, donde el “nuevo paradigma” se había introducido ya en 1981, transcurrió el tiempo suficiente para demostrar que el nuevo sistema no sólo no mejoró la cobertura ni el cumplimiento como se esperaba, sino tampoco pudo proporcionar de forma adecuada la seguridad de los ingresos en la vejez, especialmente a aquellos con ingresos bajos y carreras profesionales más cortas o interrumpidas (y en particular a las mujeres). Chile fue, por lo tanto, también el primer país en iniciar una re-reforma. En 2008, el régimen obligatorio vigente, de gestión privada y de capitalización total, fue complementado con dos nuevos regímenes públicos: una pensión básica universal para el 60 por ciento de la población de menores ingresos sin cobertura de una pensión (Pensión Básica Solidaria, PBS) y, por otra parte, un suplemento financiado por el Gobierno para aquellos con pensiones muy bajas (Aporte Previsional Solidario, APS). Por otra parte, la Presidenta Bachelet está creando una Administradora de Fondos de Pensiones (AFP) pública. Para reducir los costos de administración del pilar de pensiones privado, se fortaleció la supervisión pública y se alentó una mayor competencia entre las administradoras de fondos de pensiones.

Otros países de la región también han implementado re-reformas sustanciales de sus sistemas de pensiones: Argentina en 2008, el Est. Plur. de Bolivia en 2010 y Uruguay en 2013. Mientras que los dos primeros países eliminaron por completo el pilar privado, Uruguay, al igual que Chile, lo mantuvo, pero mejoró la supervisión y fortaleció el pilar público. Los principales objetivos de todas estas reformas son mejorar la cobertura y la adecuación mediante la extensión (Argentina), la universalización (Bolivia) o la introducción (Chile) de regímenes no contributivos.

Uno de los aspectos de las re-reformas fue reducir el tamaño de los regímenes de cuentas individuales obligatorias. Dicha reducción tiene dos objetivos principales: primero, hacer que las pensiones sean de nuevo seguras y, segundo, aliviar la presión en las finanzas públicas de la necesidad de llenar el vacío en la financiación de la prestación pública después de que una proporción de las cotizaciones fuera canalizada hacia fondos privados.

Las renacionalizaciones totales o parciales de los activos acumulados en los regímenes de pensiones privados obligatorios tuvieron lugar en Argentina y Bolivia en América Latina, así como también en Hungría, Kazajistán y Polonia. Una serie de países (entre ellos Eslovaquia, Lituania, Polonia, la Federación de Rusia y, para algunas categorías de trabajadores, Uruguay), hizo voluntaria la afiliación al sector de gestión privada, permitiendo a las personas optar por dejar y volver al sistema público. Durante los años de la crisis, la mayoría de los países con regímenes de pensiones privados obligatorios en Europa, redujeron o congelaron, ya sea temporal o permanentemente, el flujo de cotizaciones depositadas en los fondos privados de pensiones, asignándolas al sistema público, el cual registraba déficits importantes en la mayoría de los casos.

Mientras que la re-reforma chilena se hizo con el objetivo claro de construir un piso de protección para que todos al alcanzar vejez tengan una garantía de al menos una seguridad mínima de ingresos (un objetivo que también desempeña un papel importante en Bolivia), otros países, en particular los de Europa Central y Oriental, se vieron motivados en gran medida por cuestiones relativas a las finanzas públicas, con miras a reducir los déficit presupuestarios y la deuda pública. En países como Polonia, Hungría y Eslovaquia, la privatización de las pensiones de la seguridad social ha estado añadiendo aproximadamente el 1.5 por ciento del PIB cada año a los déficits nacionales. Ya que los fondos privados de pensiones invierten la mayor parte de sus activos en bonos emitidos por los gobiernos para cubrir –entre otras cosas– los déficits causados por la canalización de las cotizaciones a los fondos de pensiones privados, uno puede entender las decisiones radicales adoptadas por algunos gobiernos para detener este flujo circular de dinero que parecía beneficiar sólo los ingresos de las administradoras privadas de fondos de pensiones. El Gobierno de Polonia, por ejemplo, no sólo recortó las cotizaciones al pilar de capitalización del 7.3 por ciento al 2.9 por ciento de los salarios e hizo voluntaria la participación (y exigió a los afiliados actuales reconfirmar si deseaban seguir en lugar de ser transferidos, con sus activos, al pilar público), pero en 2014, transferiría todos los activos en bonos del gobierno a una institución del seguro social y prohibiría inversiones adicionales por parte del pilar de capitalización que aún existiere.

Fuentes: Con arreglo a Mesa-Lago, 2012; Hirose, 2011; Calvo, Bertranou y Bertranou, 2010; OIT, 2010e; Bertranou et al., 2012.

ingreso periódico modesto a las personas de edad, disponibles o bien con carácter universal para quienes alcanzan un cierto umbral de edad o bien para aquellos cuyos ingresos en concepto de pensiones u otros les son insuficientes o nulos.

Por supuesto existen preguntas que deben formularse en relación con el equilibrio entre la adecuación de las prestaciones y su asequibilidad, y con la sostenibilidad financiera y fiscal a largo plazo de los regímenes de pensiones. El establecimiento de un sistema de pensiones es un compromiso a largo plazo por lo se tiene que supervisar periódicamente el equilibrio a largo plazo entre los costos de las prestaciones futuras y los medios de financiación disponibles (como, de hecho, lo han exigido de forma explícita y desde el principio las normas internacionales del trabajo). Si las personas viven más tiempo, pero la edad de jubilación no se ajusta proporcionalmente (es decir, si la duración de la jubilación y el período durante el cual se perciben las pensiones aumentan en relación con la duración de la actividad económica y del período de cotización), los costos de las pensiones inevitablemente aumentarán a no ser que se recorten los niveles de las mismas.

La asequibilidad depende de la existencia de un espacio político con el objetivo de garantizar la seguridad de los ingresos en la vejez: si existe tal espacio (es decir, si existe la voluntad política para implementar este tipo de garantías), el camino está generalmente abierto para crear también el espacio fiscal necesario (tras evaluar los costos de oportunidad de la asignación de recursos a este y no a otros fines).

Ahora bien, el apoyo a la financiación de pensiones, las opciones de política consiguientes, y el espacio fiscal correspondiente, podrían erosionarse con el tiempo si la cobertura y las prestaciones dejan de percibirse como adecuadas y justas, o si la gobernanza y su suministro fracasan.

Como se señaló anteriormente, la sostenibilidad de los sistemas de pensiones parece estar bastante bien protegida en muchos países. Sin embargo, hace falta una supervisión igualmente cuidadosa de la adecuación de las prestaciones y de los impactos sociales y económicos de las reducciones actuales de las prestaciones. Las conclusiones y recomendaciones que se deriven de dicha supervisión deben alimentar el diálogo sobre políticas en el que participen todas las partes interesadas, y también deben conducir a cambios en la aplicación de “pilotos automáticos” en caso de que estos sitúen al sistema en el camino equivocado.

La adecuación y la sostenibilidad son dos caras de la misma moneda: las promesas de pensiones generosas no se materializarán si no están equilibradas por una financiación sostenible; mientras que, por otra parte, si un sistema de pensiones de bajo costo no se acepta como adecuado, la voluntad de pagar los impuestos y las cotizaciones necesarios para financiarlo se erosionará. Lo que se necesita son medidas que garanticen un verdadero equilibrio entre la adecuación y la sostenibilidad –un equilibrio que sólo se puede lograr a través de un diálogo social verdadero y democrático que dé como resultado un contrato social renovado y revitalizado en materia de pensiones.

IDEAS FUNDAMENTALES

- El papel pionero de la OIT en la fundación de la cobertura universal de la protección de la salud se remonta a 1944, cuando se adoptaron la Declaración de Filadelfia y la Recomendación sobre la asistencia médica, 1944 (núm. 69). Más recientemente, la Asamblea General de la ONU solicitó a la OIT, junto con la OMS y otras agencias de la ONU, que diese alta prioridad al trabajo conjunto hacia la cobertura universal en salud y hacia el objetivo conexo de establecer pisos de protección social.
- La urgencia de procurar alcanzar la cobertura universal en salud queda ilustrada con el hecho de que más del 90 por ciento de la población de los países de ingresos bajos sigue careciendo de cualquier derecho a la cobertura en salud. A nivel mundial, cerca del 39 por ciento de la población carece de dicha cobertura. Como resultado, alrededor del 40 por ciento de todo el gasto en materia de salud a nivel mundial recae directamente en los enfermos.
- A pesar de la cobertura, ocurre con frecuencia que la atención de salud no está disponible ni resulta asequible, y el acceso a los servicios necesarios puede llevar a la pobreza. Como resultado, gran parte de la cobertura que existe es ilusoria. A menudo, incluso las personas cubiertas legalmente reciben prestaciones en salud limitadas, pagan directamente elevados gastos y se encuentran con que no existe el suficiente personal de salud que preste los servicios.
- La OIT estima que se necesita 10.3 millones de trabajadores de la salud para cubrir el déficit global y garantizar la prestación de servicios de salud de calidad a quienes los necesitan. Esta brecha y los salarios a menudo casi-precarios de los trabajadores de la salud, restringen el avance hacia la cobertura universal.
- A escala mundial, 88 países en todas las regiones del mundo han demostrado que es posible cerrar las brechas en la cobertura de la salud. Muchos de ellos comenzaron el proceso de reforma a niveles inferiores del ingreso nacional e invirtieron en tiempos de crisis económica. Además, han demostrado que los países pueden lograr tasas de cobertura elevadas, e incluso la cobertura universal, independientemente de los mecanismos de financiación elegidos.
- Invertir en la protección de la salud, incluidas las licencias de enfermedad remuneradas, resulta rentable. Sin embargo, el gasto público en la protección de la salud es en la actualidad demasiado bajo como para ser lo suficientemente eficaz: las ganancias económicas potenciales del aumento de la productividad y del empleo, no pueden hacerse realidad mientras persistan brechas en la cobertura. Cerrar dichas brechas daría lugar a ganancias más elevadas en los países más pobres del mundo.
- Las medidas de consolidación fiscal han agudizado las desigualdades de acceso a la atención de salud y aumentado la exclusión al trasladar la carga de las arcas públicas a los hogares particulares. Asimismo, las medidas de consolidación fiscal han bloqueado la recuperación económica al reducir la eficacia y la eficiencia de la protección de la salud.
- Son necesarias importantes inversiones en la protección de la salud y un enfoque de política coherente en los sectores de salud, social y económico para hacer frente a las desigualdades de acceso a la atención de salud y hacer realidad el potencial de la protección de la salud como estabilizador económico.

5.1 El papel decisivo de la cobertura universal de la salud para las personas y la economía

La cobertura en salud, y en particular el acceso a la atención de salud cuando ésta es necesaria, es decisivo para el bienestar humano. Además, de todos los elementos de la protección social, la atención de salud es el más esencial para la economía en su conjunto y para la recuperación económica en particular. En los países en desarrollo, las ganancias económicas de la inversión en salud se estiman en un 24 por ciento del crecimiento económico entre 2000 y 2011, teniendo en cuenta los aumentos tanto de los ingresos nacionales como de los años de vida ganados (la Comisión de The Lancet, 2013). Las repercusiones económicas de las inversiones en la atención de salud pueden resumirse de la siguiente manera:

- desarrollo y crecimiento económico a través de una mayor productividad laboral; una población económicamente activa en aumento debido a reducciones en la discapacidad, la mortalidad y la esperanza de vida; la contribución del propio sector de la salud a la actividad económica; el aumento de las oportunidades de consumo de los hogares como consecuencia de la reducción de los pagos directos;
- aumento de la productividad a través de la disminución del ausentismo;
- efectos en el empleo y el crecimiento del mismo derivado de las mejores capacidades físicas de los trabajadores y el empleo directo en el sector de la salud y los efectos multiplicadores en la industria, las empresas locales y otros sectores;
- estabilización de la economía en tiempos de crisis a través de la mitigación de las repercusiones de la crisis económica en la salud de los individuos y la garantía del mantenimiento del empleo para los trabajadores del sector de la salud y sectores conexos;
- generación de ingresos a raíz de las mejores aptitudes laborales;
- alivio de la pobreza, a través de la minimización del gasto privado en salud de las personas pobres o que se encuentran cerca del umbral de la pobreza.

En el más largo plazo, el crecimiento de las bases tributarias derivado de los efectos económicos indirectos de las inversiones en salud generará más fondos públicos a nivel nacional, sobre todo en países de ingresos bajos y medios.

En este contexto, los regímenes y sistemas de protección de la salud y que están bien diseñados e implementados, e integrados en políticas económicas y de mercado de trabajo adecuadas,

tienen el potencial de recuperar gran parte de sus costos a nivel nacional. En consecuencia, tanto la población (ocupada) como la economía, son los beneficiarios de las inversiones en protección social en salud.

5.2 La base de la cobertura universal en salud en las normas internacionales del trabajo

Habida cuenta de la importancia fundamental de la salud humana, tanto para los individuos como para el desarrollo social y económico, es importante que los países y los socios para el desarrollo en todo el mundo, formen un frente común en apoyo del objetivo de establecer la cobertura universal. En reconocimiento de este imperativo, la cobertura de salud ha estado en el centro del mandato de la OIT desde su fundación en 1919 (véase el recuadro 5.1). La extensión de dicha cobertura a quienes la necesiten ha constituido una prioridad desde 1944, como lo indica la Declaración de Filadelfia. La primera formulación de una guía para lograr la cobertura universal se remonta al mismo año, cuando los mandantes de la OIT adoptaron la Recomendación sobre la asistencia médica, 1944 (núm. 69), que establece que: “El servicio de asistencia médica debe amparar a todos los miembros de la comunidad, desempeñen o no un trabajo lucrativo” (párr. 8).

Desde entonces, este objetivo y los medios específicos para alcanzarlo se han expuesto en numerosos Convenios y Recomendaciones de la OIT, más recientemente en la Recomendación sobre los pisos de protección social, 2012 (núm. 202), que hace hincapié en que en cada país todos los residentes y los niños deben tener garantizado el acceso a servicios de salud, y que debe incluir al menos la atención de salud esencial, servicios de prevención y atención de la maternidad, financiados a través de sistemas y regímenes de protección social a fin de evitar las barreras financieras al acceso (por ej., a través de pagos directos excesivos).

La Recomendación núm. 202 especifica la necesidad de:

- *la cobertura legal de salud* mediante un sistema o régimen de protección de la salud –por ej., mediante la concesión de prestaciones prescritas en la legislación nacional (protección basada en derechos, a diferencia de donaciones caritativas) a través de los servicios de salud nacionales y/o los regímenes nacionales, sociales o privados de seguro médico que funcionan sujetos a ciertas condiciones; y
- *el acceso garantizado* a por lo menos la atención de salud esencial que cumpla con los criterios de disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad (DAAC),¹ sin riesgo de penurias o de mayor riesgo de pobreza debido a las consecuencias financieras de la obtención de dicho acceso.

¹ Dichos criterios se han establecido en ONU, 2000.

Recuadro 5.1 El avance hacia la cobertura universal en salud: Consagrado en los Convenios y Recomendaciones de la OIT y otras normas internacionales

La Declaración Universal de Derechos Humanos (DUDH, 1948) y el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC, 1996) estableció:

- el derecho al “disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental (PIDESC, Art. 12(1)) y a “un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y ... la asistencia médica” (DUDH, Art. 25(1));
- el derecho a “seguridad social, incluso al seguro social” (PIDESC, Art. 9), “en caso de ... enfermedad, invalidez ... u otros casos de pérdida de sus medios de subsistencia por circunstancias independientes de su voluntad” (DUDH, Art. 25(1)); y
- el derecho a “condiciones que aseguren a todos asistencia médica y servicios médicos en caso de enfermedad” (PIDESC, Art. 12(2d)).

La Recomendación sobre la asistencia médica de la OIT, 1944 (núm. 69), hace hincapié en que la “asistencia médica debería amparar a todos los miembros de la comunidad, desempeñen o no un trabajo lucrativo” (párr. 8) y proporciona directrices detalladas para el suministro y prestación de la asistencia médica, particularmente los elementos esenciales de un servicio de asistencia médica, los derechos de las personas protegidas, y el alcance, organización, calidad, financiación y administración de la asistencia médica.

El Convenio sobre la seguridad social (norma mínima), 1952 (núm. 102), estipula que se “deberá garantizar a las personas protegidas la concesión, cuando su estado lo requiera, de asistencia médica, de carácter preventivo o curativo” (Art. 7), en casos de “estado mórbido,” es decir, la mala salud, y en la maternidad (Art. 8). Las prestaciones deben incluir:

- la asistencia médica general, comprendidas las visitas a domicilio;
- la asistencia por especialistas, prestada en hospitales a personas hospitalizadas o no hospitalizadas, y la asistencia que pueda ser prestada por especialistas fuera de los hospitales;
- el suministro de productos farmacéuticos esenciales recetados por médicos u otros profesionales calificados;
- la hospitalización, cuando fuere necesaria; y,
- la asistencia prenatal y puerperal en caso de embarazo, parto y sus consecuencias, prestada por un médico o por una comadrona diplomada, y la hospitalización cuando fuere necesaria.

El Convenio sobre Asistencia Médica y Prestaciones Monetarias de Enfermedad, 1969 (núm. 130), y la Recomendación que le acompaña (núm. 134), describen un conjunto de normas de atención médica más avanzado que el del Convenio núm. 102, que amplía el paquete de beneficios para incluir la asistencia odontológica, la readaptación médica (prótesis), ayudas médicas, tales como anteojos, y servicios de convalecencia. El Convenio núm. 130 también exige que los Estados Miembros que han ratificado el Convenio aumenten el número de personas protegidas, amplíen el rango de la atención médica prestada y extiendan la duración de la prestación de enfermedad.

La Recomendación sobre los pisos de protección social, 2012 (núm. 202), estipula que se debe establecer pisos nacionales de protección social consistentes de garantías básicas que aseguren que, como mínimo, durante el ciclo de vida todas las personas necesitadas tengan acceso a una atención de salud esencial y a una seguridad básica de los ingresos (párrs. 4 y 5), incluidas las prestaciones de enfermedad. De acuerdo con la Recomendación los Miembros:

- deberían aplicar los principios de universalidad y de derecho a las prestaciones prescritas por la legislación nacional (párr. 3);
- todos los residentes y los niños deberían tener derecho al “acceso a un conjunto de bienes y servicios definido a nivel nacional, que constituyen la atención de salud esencial, incluida la atención de la maternidad, que cumpla con los criterios de disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad,” y “no deberían enfrentar dificultades ni un riesgo mayor de pobreza debido a las consecuencias financieras del acceso a la atención de salud esencial” (párrs. 5, 6, y 8);
- los Estados Miembros deben establecer pisos de protección sociales con miras a “establecer sistemas integrales de seguridad social” que incorporen “la gama y los niveles de prestaciones establecidos en el Convenio sobre la seguridad social (norma mínima), 1952 (núm. 102), o en otros Convenios y Recomendaciones de la OIT sobre seguridad social que establecen normas más avanzadas” (párr. 17).

La universalidad de la cobertura de la salud implica que en todos los países, los enfoques basados en derechos, consagrados y enmarcados en la legislación, deberían existir para cubrir a toda la población, incluso a los trabajadores de la economía formal e informal y sus familias. La observancia y la aplicación de estos enfoques es un requisito previo para el acceso a los servicios de salud cuando fuera necesario.

De conformidad con la Recomendación núm. 202, la cobertura universal en salud requiere además un acceso efectivo a al menos la atención de salud esencial como se define a nivel nacional y también la sustitución de los ingresos durante los períodos de enfermedad, proporcionado por igual a todos quienes lo necesiten. Esto requiere la disponibilidad de una atención de calidad aceptable, lo que implica un número suficiente de personal de salud calificado y los fondos adecuados –por ej., para medicamentos e infraestructura. Además, es necesario que los copagos, las cuotas de los usuarios y otros costos derivados del acceso a la atención sean asequibles y que se proporcione protección financiera con el fin de evitar penurias o el empobrecimiento. Por último, el acceso efectivo requiere una buena gobernanza de los regímenes y sistemas, que debe basarse en la gestión responsable, incluidos los procesos participativos como el diálogo social y nacional.

Por consiguiente, la Recomendación define un concepto de cobertura universal en salud que supone tener en cuenta tanto la cobertura legal como el acceso a los servicios de salud: sólo la combinación de ambos dará lugar a una protección significativa de la población y garantizará el acceso equitativo como una cuestión de derecho a los servicios que cumplen con los criterios DAAC. La OIT ha desarrollado herramientas e indicadores para medir la situación actual y el progreso hacia la cobertura universal en salud en ambas dimensiones.

La noción de la cobertura universal en salud también se desarrolló en los últimos años en otras agencias de las Naciones Unidas, en particular en la Organización Mundial de la Salud (OMS), la cual se refirió al tema, por ejemplo, en una resolución de la Asamblea Mundial de la Salud (OMS, 2011b) en la que se alentó a los países a aspirar a la cobertura universal. Hoy en día, el principio de la cobertura universal en salud ha cobrado impulso y la Asamblea General de la ONU ha solicitado a la OMS y otros organismos de la ONU, incluida la OIT, otorgar una alta prioridad al trabajo conjunto hacia la cobertura universal en salud en el contexto de enfoques más amplios de protección social, en consulta con los Estados Miembros de la ONU (Naciones Unidas, 2012c).

5.3 Déficit de cobertura, sobre todo en los países de ingresos bajos

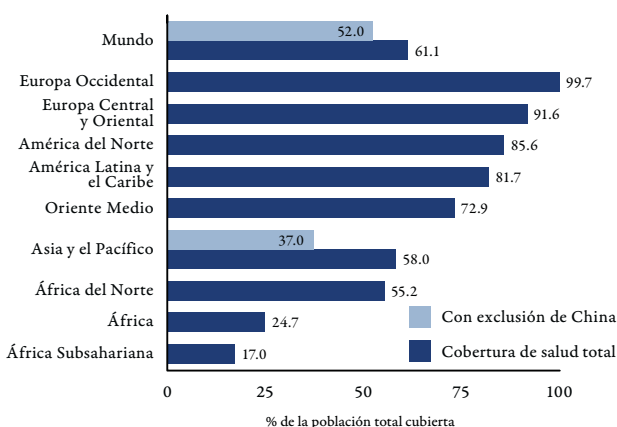
La labor de la OIT en el establecimiento de la cobertura universal en salud se apoya en las bases de datos específicos que revelan los déficits de cobertura y de acceso de los servicios de salud. En virtud de la Recomendación núm. 202, se ha recogido y analizado los datos en ambos aspectos clave de la cobertura: la cobertura legal de salud, definida como la afiliación a un sistema o régimen de salud y acceso a servicios de salud que cumplen con criterios específicos, los cuales se miden mediante indicadores indirectos.² Si bien estos datos están sujetos a limitaciones, incluyendo la dependencia de los datos secundarios publicados y las lagunas en lo que respecta a la disponibilidad, la OIT considera que los datos agregados son fiables.

Estos datos revelan que casi cuatro de cada diez personas en el mundo (el 38.9 por ciento) carecen de cualquier tipo de cobertura de salud obligatoria. Las mayores brechas de cobertura se presentan en África, sobre todo en el África Subsahariana, donde cerca del 80 por ciento de la población está excluida de la cobertura obligatoria, y en Asia, donde, por ejemplo, en India, más del 80 por ciento de la población no está cubierta legalmente (figura 5.1).

En 44 países alrededor del mundo, más del 80 por ciento de los habitantes permanecen sin cobertura, al no estar afiliados a ningún sistema o régimen de salud (figura 5.2). Dichos países incluyen Azerbaiyán, Bangladesh, Burkina Faso, Camerún, Haití, Honduras, India y Nepal.

Análisis ulteriores revelan que las brechas más importantes en la cobertura legal de salud se encuentran en los países con los niveles

Figura 5.1 Cobertura de salud por región: Proporción de la población afiliada a servicios nacionales de salud, regímenes sociales, privados o de micro-seguros, al último año con datos disponibles (porcentajes)



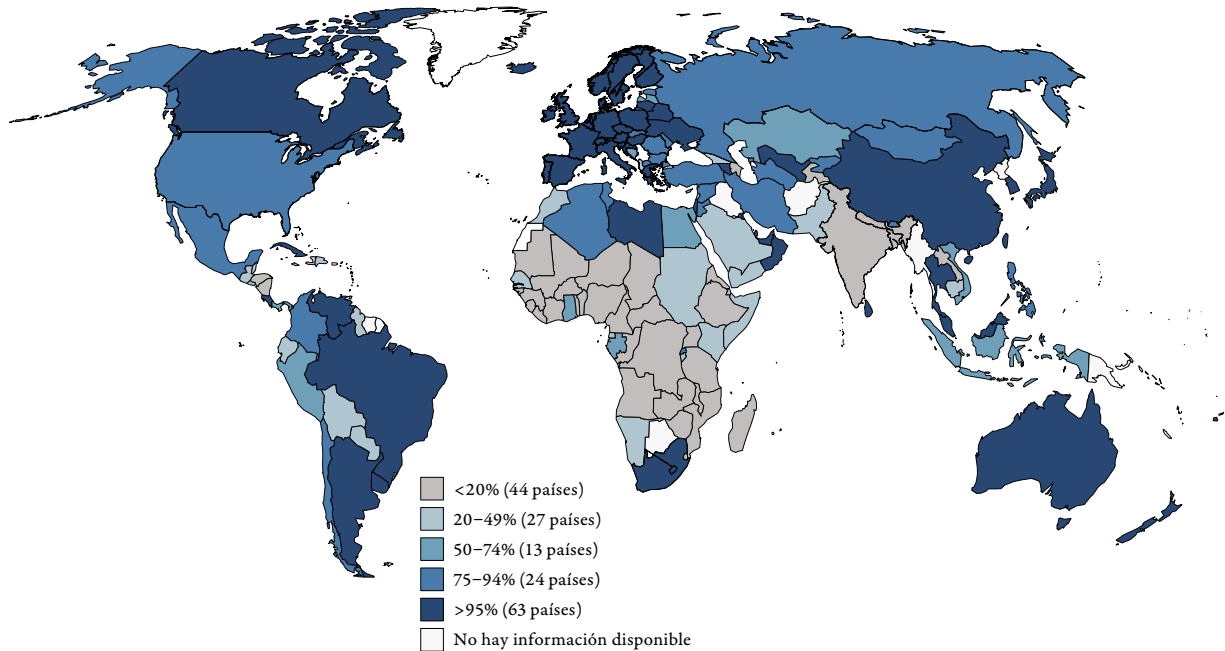
Nota: Promedio mundial ponderado por población, 2012.

Fuentes: Base de datos de Estadísticas de Salud de la OCDE; fuentes nacionales de países no pertenecientes a la OCDE (para obtener cifras detalladas de los países, véase el anexo IV, cuadro B.11).

Enlace: <http://www.social-protection.org/gimi/gess/RessourceDownload.action?ressource.ressourceId=36977>.

² Para descripciones detalladas de las definiciones e indicadores, sírvase consultar el anexo IV.

Figura 5.2 Cobertura de salud mundial: Proporción de la población afiliada a servicios nacionales de salud, regímenes sociales, privados o de micro-seguros, al último año con datos disponibles (porcentajes)



Fuentes: Base de datos de Estadísticas de Salud de la OCDE; fuentes nacionales de países no pertenecientes a la OCDE (para obtener cifras detalladas de los países, véase el anexo IV, cuadro B.11).

Enlace: <http://www.social-protection.org/gimi/gess/RessourceDownload.action?ressource.ressourceld=38197>.

más altos de pobreza entre la población, mientras que las tasas de cobertura más altas se alcanzan en los países con bajos niveles de pobreza, como los países de Europa Occidental (figura 5.3). Una estrecha relación entre las tasas de cobertura y los niveles de ingresos de los países también es evidente: cuanto menores sean los ingresos de un país, tanto más probable será que experimenten brechas de cobertura en la protección social de la salud.

El déficit global de la cobertura legal de salud se ve agravado por brechas en el acceso efectivo a los servicios de salud, según lo revelado por los indicadores de déficit de acceso elegidos para evaluar el desempeño frente a los criterios DAAC, a saber, los déficits en el número de trabajadores de la salud necesarios para la prestación de servicios, el gasto en salud per cápita, los pagos directos y, como indicador de la calidad y de los resultados generales del sistema de salud, la tasa de mortalidad materna. Los umbrales relacionados utilizados para identificar los déficits se basan en datos de los países que se consideran como de baja vulnerabilidad.³ La figura 5.4 muestra un panorama general de la situación a nivel mundial, que revela los déficits en el acceso efectivo a los servicios de salud en los países, agrupados por nivel de ingresos.

La figura muestra que entre los distintos países de ingresos bajos:

- más del 90 por ciento de la población permanece sin ninguna cobertura legal de salud que le proporcione acceso a la atención de salud más esencial;
- más del 80 por ciento de la población carece de acceso a los servicios de salud debido a la ausencia de los trabajadores de salud necesarios para prestar dichos servicios;⁴
- con pagos directos que representan más del 45 por ciento del gasto total en salud, la asequibilidad de los servicios de salud y la protección financiera constituyen un grave problema y se presume que las dificultades financieras como resultado del gasto privado son muy frecuentes.

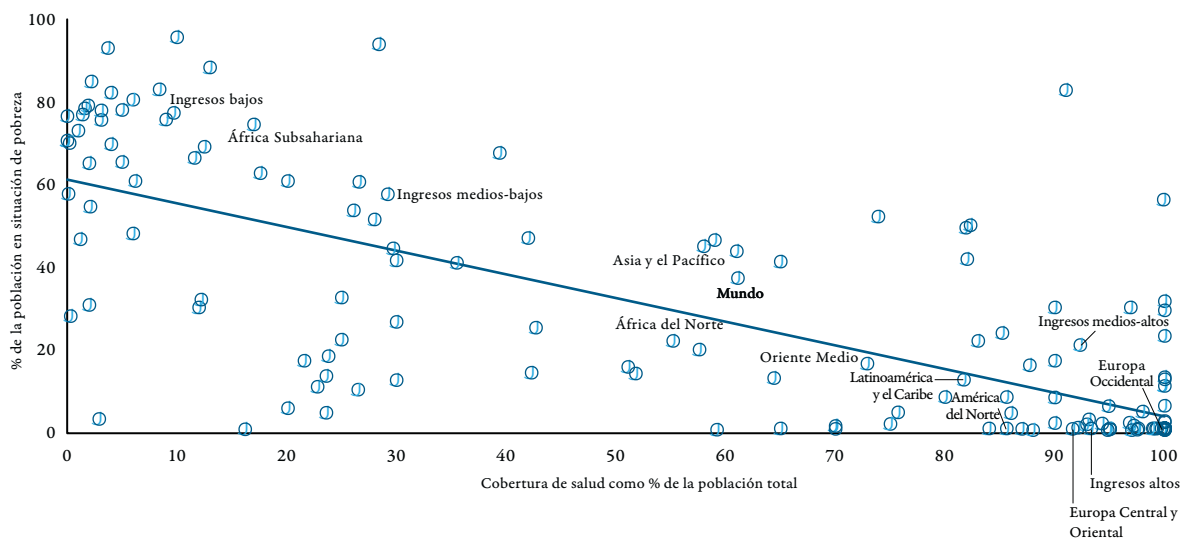
En este grupo de países, también son evidentes brechas considerables en la financiación de la atención de la salud. La OIT estima que el umbral requerido para proporcionar atención de salud de calidad es de 239 USD por persona por año.⁵ El déficit financiero actual en los países de ingresos bajos supera el 90 por ciento del gasto necesario para cubrir los costos de al menos la atención de salud esencial. A nivel mundial, el gasto anual promedio per cápita en salud es de 948 USD; el país con el gasto total en salud anual más bajo, Eritrea, gasta sólo 12 USD (OMS, 2012).

³ Para descripciones detalladas de los indicadores y definiciones, sírvase consultar el anexo IV, cuadro B.11.

⁴ Esta evaluación se basa en el umbral de la OIT de 41.1 trabajadores de salud por cada 10,000 habitantes (para detalles adicionales, sírvase consultar el anexo IV, cuadro B.11).

⁵ Según el valor de la mediana del gasto en países con vulnerabilidad baja. Véase el anexo IV, cuadro B.11.

Figura 5.3 Cobertura de salud obligatoria y pobreza, al último año con datos disponibles (porcentajes)

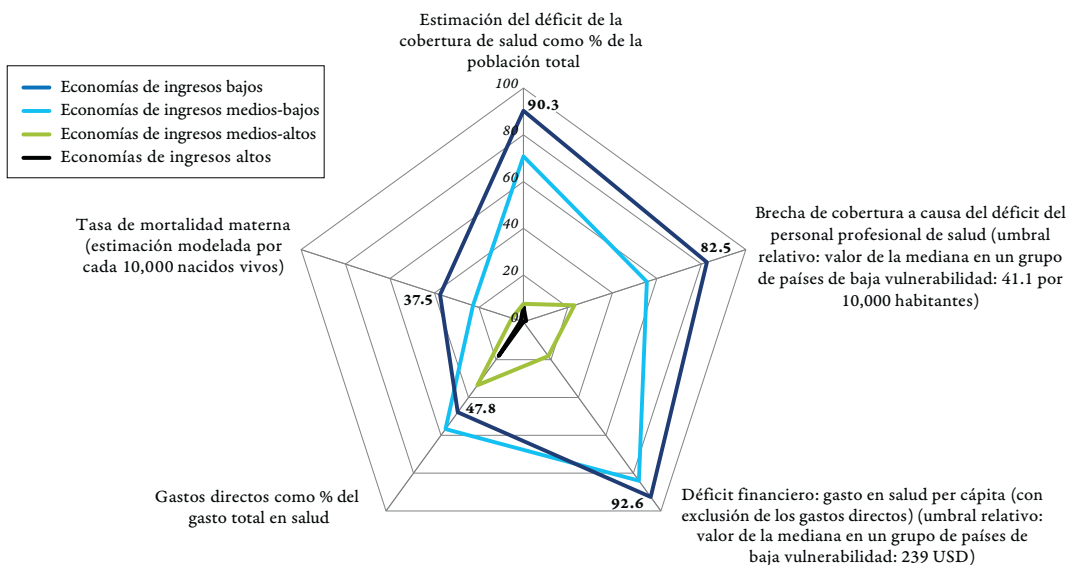


Nota: La pobreza se define como el ingreso diario per cápita de 2 USD o menor. R2 = 0.5684

Fuentes: Datos de cobertura de la protección social de la salud de la base de datos del Departamento de Protección Social de la OIT; datos de pobreza de los Indicadores de Desarrollo Mundial, el Banco Mundial; OCDE; BAsD/ADB.

Enlace: <http://www.social-protection.org/gimi/gess/RessourceDownload.action?ressource.ressourceId=36980>

Figura 5.4 Déficit global en el acceso efectivo a los servicios de salud, 2011/12, por nivel de nacional de ingresos



Notas: OOP = pagos directos. Promedios regionales ponderados por población total 2012. Para las diversas dimensiones de la cobertura en salud, y las definiciones de los indicadores del déficit del personal de salud y déficits financieros, sírvase consultar el anexo IV, cuadro B.11.

Fuentes: Cálculos de la OIT con arreglo a datos del Observatorio Mundial de la Salud de la OMS, 2011; OCDE; fuentes nacionales; Perspectivas de la Población Mundial de la ONU, Rev. 2012.

Enlace: <http://www.social-protection.org/gimi/gess/RessourceDownload.action?ressource.ressourceId=41717>

La tasa de mortalidad materna se estima que alcanza las 37,5 muertes por cada 10,000 nacidos vivos en los países de ingresos bajos, y a menudo está relacionada directamente con las brechas en la disponibilidad de personal de salud cualificado, particularmente parteras.

Además de estos déficits de acceso efectivo a los servicios de salud, debe tenerse en cuenta que en la mayoría de los países determinados grupos, como la población rural, las mujeres, los ancianos, las minorías y

las personas con necesidades especiales, tales como las personas afectadas por el VIH/SIDA, son aún más propensas a hacer frente a barreras de acceso que la población general (Scheil-Adlung y Kuhl, 2012).

Además, al comparar distintos grupos de países, o distintos regímenes dentro de los países, es importante tener presente que el alcance de las prestaciones otorgadas por los distintos sistemas y regímenes puede variar considerablemente. Dependiendo de las condiciones económicas,

financieras, epidemiológicas y sociales, el alcance de las prestaciones podría variar desde el suministro de un número limitado de intervenciones clínicas y de salud pública en los centros de atención primaria hasta paquetes integrales de prestaciones limitadas sólo por la exclusión de algunos servicios. Por lo tanto, la figura 5.4 no refleja las grandes disparidades en el acceso efectivo a la atención tanto al interior como entre los países.

En los países caracterizados por déficits considerables de cobertura y acceso, la protección social en salud no puede desempeñar las funciones antes mencionadas en términos de intensificar la productividad, el empleo, la generación de ingresos y la reducción de la pobreza. Con frecuencia, los trabajadores y sus familias no estarán protegidos durante los períodos de enfermedad, el empleo y los ingresos se podrían perder debido a la enfermedad, y las crisis económicas no serán contrarrestadas por los efectos positivos de la protección social en la salud, en la productividad y el empleo, sino que, por el contrario, se agravarán por su ausencia.

5.4 La asequibilidad y el riesgo de empobrecimiento

En casi todos los países del mundo, hay pagos directos implicados en la obtención de la atención de salud. Dichos pagos por supuesto son frecuentes donde no existe una cobertura legal de salud, pero también son comunes en los países que no han aplicado ni hecho cumplir plenamente la legislación vigente o no han logrado vincular la elegibilidad y la asequibilidad de la atención de la salud en el diseño de los sistemas y regímenes de salud –por ejemplo, si el alcance de las prestaciones otorgadas es demasiado limitado o si los copagos, cuotas y otros costos asociados con el acceso a la atención de salud son elevados. En el caso

de que los pagos directos sean considerables, incluso hasta al punto de llevar a los usuarios al empobrecimiento, éstos crean barreras financieras que impiden el acceso a los servicios de salud cuando es necesario. En estos casos, la cobertura de salud obligatoria es una ilusión que oculta la falta de acceso efectivo.

Un panorama general de la magnitud de la cobertura de salud obligatoria, y de los pagos directos, en algunos países africanos se presenta en la figura 5.5. Revela que en algunos países con tasas relativamente altas de cobertura legal, como Mauricio y Egipto, los pagos directos todavía superan el 50 por ciento del gasto total en salud.

A menudo, incluso la atención más básica implica pagos directos. Esto incluye la atención de la maternidad en centros de salud en los países donde la mayoría de la población gana menos de 1 USD al día: por ejemplo, en Kenia, donde casi el 100 por ciento de las mujeres tenían que pagar cuotas por un valor de más de 18 USD, y en Burkina Faso, donde el 92.5 por ciento de las mujeres informaron que tenían que pagar cuotas.

Además, al evaluar los impactos de los pagos directos, se debe tener en cuenta que las personas que viven en la pobreza se ven afectadas más a menudo por enfermedades, incurriendo en mayores pagos directos que otros grupos poblacionales. Este es el caso de muchas enfermedades no transmisibles, como las enfermedades crónicas, a menudo prevalentes entre personas de edad, y las enfermedades vinculadas al modo de vida, como la obesidad, a menudo debidas a la falta de disponibilidad de alimentos sanos a precios bajos (FAO, 2004) y la ausencia de instalaciones públicas recreativas donde hacer deporte. Como resultado, los pobres a menudo sufren tanto de más problemas de salud como de pagos directos más elevados que las personas de mayores recursos, una combinación que con frecuencia da lugar a mayores niveles de pobreza.

Figura 5.5 Cobertura de salud obligatoria y pagos directos, países africanos seleccionados, 2011 (porcentajes)



Fuentes: Cobertura en salud: OCDE y fuentes nacionales; pagos directos: OMS.

Enlace: <http://www.social-protection.org/gimi/gess/RessourceDownload.action?ressource.ressourceId=43300>.

En muchos países, las mujeres se ven afectadas más severamente que los hombres por los pagos directos; esto se aplica en particular a las mujeres pobres, cuyas necesidades de atención de salud tienden a ser mayores que las de los hombres, incluidas las relacionadas con el VIH/SIDA, que es más frecuente entre las mujeres que entre los hombres (Scheil-Adlung y Kuhl, 2012).

5.5 La protección por la pérdida de ingresos: Las prestaciones de licencia de enfermedad remunerada

Además de proteger a las personas frente a los pagos directos, la protección financiera de la salud incluye el suministro de prestaciones y licencias de enfermedad que tienen como objetivo sustituir los ingresos perdidos durante períodos de mala salud. Las prestaciones y licencias de enfermedad son decisivas para abordar el deterioro de la salud, la pobreza relacionada con la salud y la pérdida de la productividad. Los mecanismos de financiación de las licencias de enfermedad remuneradas suelen ser similares a los de la atención de salud, lo que implica alguna forma de impuestos, incluidas las subvenciones fiscales, las cotizaciones/impuestos sobre la nómina de salarios y la financiación basada en cuotas. En algunos países, se aplican fondos especiales del empleador. Las disposiciones incluyen tanto la incapacidad laboral como la sustitución del salario en caso de enfermedad.

Si bien en 145 de alrededor de 190 países a nivel mundial existe una ley de licencia de enfermedad para los trabajadores del sector formal, las prestaciones otorgadas difieren ampliamente según la definición de trabajo, salarios cubiertos, nivel de sustitución de ingresos, duración de los pagos y otras condiciones específicas (cuadro 5.1).

Las tasas de sustitución de los ingresos varían entre sumas fijas (en el 14 por ciento de todos los países) y el 100 por ciento de los salarios

(en el 21 por ciento de todos los países). Más de la mitad de los países contemplan tasas de sustitución de entre el 50 y el 75 por ciento de los salarios. El salario sustituido también varía, y puede estar limitado, por ejemplo, por un tope o la exclusión de complementos. La sustitución del salario podría estar sujeta a la comprobación de ingresos y tiempos de espera. El período de la licencia también varía ampliamente: de un total de 145 países examinados, 102 países proporcionan un mes o más, mientras que 7 países proporcionan menos de siete días (Scheil-Adlung y Bonnet, 2011).

Cuando existe una legislación específica, la cobertura se encuentra por lo general notablemente sesgada hacia los trabajadores del sector formal. En la mayoría de los países, los trabajadores de la economía informal están totalmente excluidos de la sustitución de ingresos en caso de enfermedad. Incluso quienes están cubiertos con frecuencia enfrentan barreras de acceso a la licencia de enfermedad debido al temor de perder sus puestos de trabajo, sobre todo en tiempos de crisis económica y/o de desempleo elevado (Scheil-Adlung y Sandner, 2010).

Efectivamente, la licencia de enfermedad remunerada ofrece amplios beneficios en materia de salud y productividad económica para los empleadores, los trabajadores y la economía en general. La licencia de enfermedad remunerada permite a los trabajadores recuperarse rápidamente, previene el desarrollo de enfermedades y discapacidades más serias y reduce la propagación de enfermedades a los compañeros de trabajo, etc., mientras que el trabajo durante la enfermedad deriva en altos costos económicos, debido al mayor número de personas a tratar por signos más graves de mala salud (Economist Intelligence Unit, 2014). Además, se ha concluido que la menor productividad de los trabajadores enfermos reduce el crecimiento y el desarrollo; por tanto, la ausencia de la licencia de enfermedad genera costos económicos y gastos en salud que podrían evitarse (Scheil-Adlung y Sandner, 2010).

Cuadro 5.1 Variaciones mundiales en las prestaciones y licencias de enfermedad

Aspecto de la prestación	Variaciones en el suministro/elegibilidad
Definición de trabajo aplicada	<ul style="list-style-type: none"> Exclusión del trabajo no prestado en virtud de un contrato de empleo; por ej., el trabajo doméstico y el trabajo por cuenta propia Limitaciones relativas al mínimo de horas de trabajo por semana/mes
Salarios cubiertos	<ul style="list-style-type: none"> Salarios efectivos percibidos antes del período de licencia, con o sin complementos por personas a cargo; ingresos promedio; topes salariales
Período de licencia	<ul style="list-style-type: none"> Entre un día y dos años Períodos mínimos y máximos A menudo se limitan a una sola enfermedad
Tasas de sustitución de ingresos	<ul style="list-style-type: none"> Varían desde una suma global hasta el 100% de los salarios Comprobación de recursos Tiempos de espera Diferencias para enfermedades a corto plazo y enfermedades a largo plazo
Otras condiciones específicas	<ul style="list-style-type: none"> Períodos de espera Pagos de cotizaciones anteriores Certificados médicos

Fuente: Scheil-Adlung y Sandner, 2010.

5.6 Los mecanismos de financiación de la cobertura universal en salud

Generalmente, los países que han logrado tasas elevadas de cobertura de salud han utilizado mecanismos de recaudación de ingresos y de participación común en la cobertura de los riesgos que adoptan sobre todo la forma de servicios nacionales de salud financiados por el Estado o regímenes de seguro de salud nacionales, sociales o privados financiados con cotizaciones.

La figura 5.6 proporciona un panorama esquemático de los mecanismos de financiación actualmente en vigor, que muestra las diversas fuentes y flujos de fondos utilizados para financiar la cobertura de salud. Se hace una distinción entre el uso de los ingresos del Gobierno para financiar los servicios nacionales de salud, como el mecanismo de Canadá, y otros programas financiados con los impuestos –por ej., los vales de maternidad en Kenia o las transferencias monetarias condicionadas en Nicaragua. En otros países, se utilizan los ingresos del Gobierno para subsidiar los regímenes financiados mediante cotizaciones basadas en los ingresos, en particular los regímenes del seguro social de salud en los que tanto los empleadores como los empleados efectúan cotizaciones (como en Alemania y Austria) y los regímenes nacionales de seguro de salud en los que las cotizaciones de los trabajadores del sector

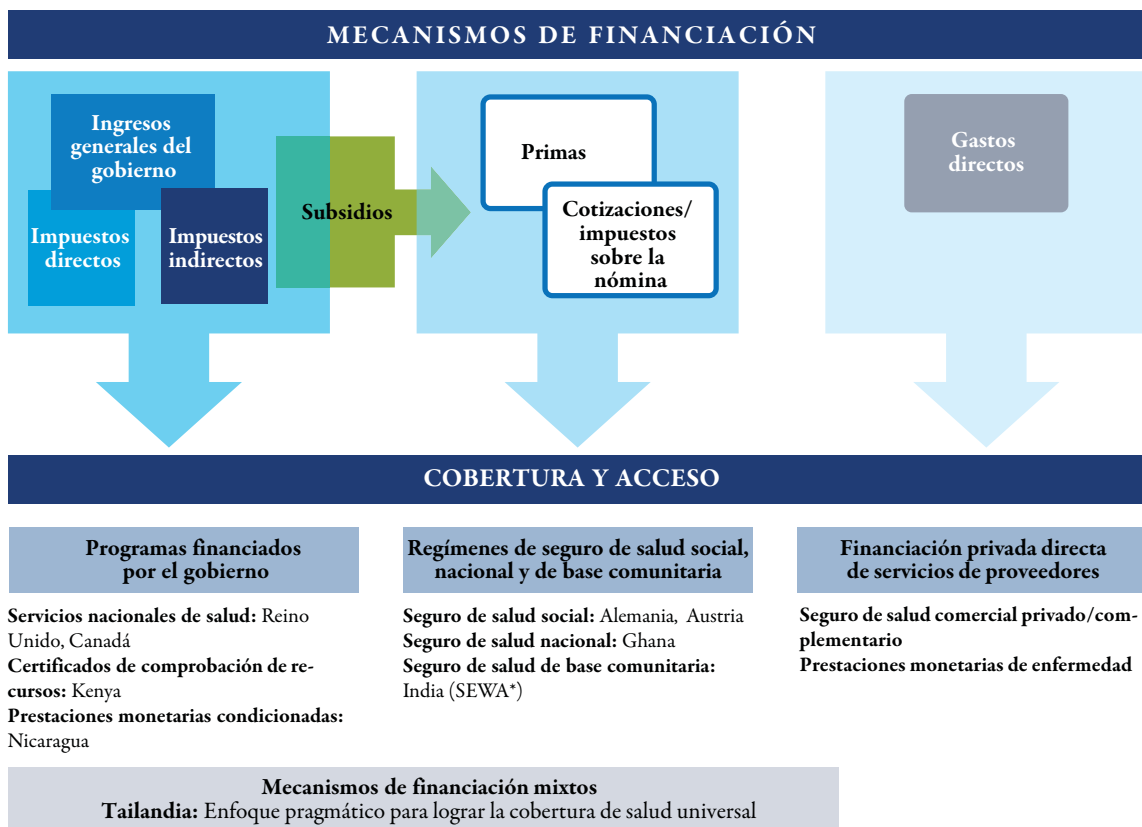
informal son complementadas con subvenciones estatales (como en Ghana).

En la figura, también se incluye la financiación privada directa –los gastos sufragados con cargo al propio bolsillo– que se encuentra en diversos grados en todos los países, a pesar del hecho de que no debe considerarse como un mecanismo de financiación de la salud debido a sus efectos regresivos y potencialmente empobrecedores, y la ausencia de reparto de la carga que ésta implica. El recurso a los pagos directos debe limitarse sólo a la disponibilidad de incentivos de control de los costos.

Los países que han logrado la cobertura universal en salud por muchas décadas utilizando mecanismos de financiación basados en impuestos y cotizaciones incluyen el Reino Unido, con su Servicio Nacional de Salud, y Alemania, con un régimen de seguro social de salud. Más recientemente, se ha implementado de manera satisfactoria regímenes de cobertura universal y sistemas basados en ambos mecanismos de financiación. Por ejemplo, en Tailandia, coexisten diversos sistemas y regímenes uno junto al otro, bien coordinados para evitar la fragmentación.

Para otros países, el logro de la cobertura universal requiere que se supere las brechas existentes mediante la eliminación de las barreras en el sistema de atención de salud y el abordaje de las causas fundamentales de las desigualdades de acceso a los servicios de salud, muchas de las cuales están fuera los propios sistemas de salud. Los temas clave a

Figura 5.6 Sinopsis esquemática de los mecanismos de financiación de la atención de salud en uso actualmente



* Asociación de Mujeres Trabajadoras por Cuenta Propia.

Enlace: <http://www.social-protection.org/gimi/gess/RessourceDownload.action?ressource.ressourceId=43299>.

Cuadro 5.2 Aspectos clave del desempeño asociados con diversos mecanismos de cobertura y financiación de la salud

Mecanismo de cobertura/financiación	Aspectos clave del desempeño
Financiados principalmente con los impuestos	<p>Sistemas nacionales de salud</p> <p>Pros</p> <ul style="list-style-type: none"> • Los riesgos se mancomunan para la población entera a nivel nacional o, a veces, a nivel subnacional en entornos fiscalmente descentralizados • Buen potencial de eficiencia administrativa y control de costos • Redistribuyen entre los grupos de alto y bajo riesgo y los grupos de altos y bajos ingresos de la población cubierta <p>Contras</p> <ul style="list-style-type: none"> • Riesgos de financiación inestable y de financiación insuficiente debido a reclamaciones que compiten por el gasto público • No hay incentivos, o éstos son ineficientes, ni supervisión efectiva • A menudo se percibe una baja calidad de los servicios
Se financia principalmente con las cotizaciones (impuestos sobre la nómina) y primas de los empleadores/empleados a los regímenes del seguro de salud	<p>Seguro social y nacional de salud</p> <p>Pros</p> <ul style="list-style-type: none"> • Genera ingresos estables • A menudo cuenta con un fuerte apoyo de la población dado a que se percibe una alta calidad de los servicios • Habitualmente implica subsidios fiscales – sobre todo en regímenes nacionales de seguro de salud – para dar cobertura a los pobres y/o a otros grupos vulnerables • Participación de los interlocutores sociales y de representación activa • Redistribuyen entre los grupos de alto y bajo riesgo y los grupos de altos y bajos ingresos de la población cubierta <p>Contras</p> <ul style="list-style-type: none"> • Se limita a los trabajadores del sector formal y sus familias si no contempla subsidios para los trabajadores del sector informal y otros sectores de la población • El descuento de cotizaciones en nómina puede reducir la competitividad y aumentar el desempleo • Complejos de manejar; la gobernanza y la rendición de cuentas pueden ser problemáticas • Puede dar lugar a una escalada de los costos a menos que se cuente con mecanismos eficaces de contratación <p>Seguro de salud basado en la comunidad</p> <p>Pros</p> <ul style="list-style-type: none"> • Puede dar cobertura a trabajadores de la economía informal y los segmentos más pobres de la población <p>Contras</p> <ul style="list-style-type: none"> • La cobertura por lo general sólo se extiende a un pequeño porcentaje de la población • Puede excluir a los pobres a menos que estén subvencionados • Puede ser financieramente vulnerable si no cuenta con el apoyo de subsidios nacionales • Más propenso a incentivar selecciones adversas • Puede asociarse con una falta de profesionalismo en la gobernanza y la administración <p>Seguro de salud comercial privado</p> <p>Pros</p> <ul style="list-style-type: none"> • Es preferible por sobre los pagos directos • Aumenta la protección financiera y el acceso a servicios de salud para quienes pueden pagarlos • Promueve una mejor calidad y rentabilidad <p>Contras</p> <ul style="list-style-type: none"> • Altos costos administrativos • Ineficaz en la reducción de las presiones de los costos en los sistemas de salud pública • Desigual y sin primas subsidiadas o con contenidos del seguro y precios regulados • Requiere de infraestructura y capacidad administrativa y financiera
Mecanismos mixtos: Utiliza una combinación de impuestos, cotizaciones y primas a regímenes de seguro de salud social y microseguros para diversos grupos de la población	<p>Pros</p> <ul style="list-style-type: none"> • Potencial de dar cobertura a toda la población • Generan más fondos nacionales que un único mecanismo de financiación de la salud <p>Contras</p> <ul style="list-style-type: none"> • Riesgo de fragmentación si no están bien diseñados y coordinados

abordarse en el sector de la salud con frecuencia incluyen brechas de legislación y/o implementación, que dan lugar a fragmentación, acceso desigual –debido a déficits en la protección financiera, la asequibilidad de los servicios, y a la ausencia de la licencia de enfermedad–, insuficiente disponibilidad de los servicios –debido a la falta de personal de salud capacitado y la baja calidad de los servicios relacionados– y la falta de financiación de la protección social en salud. Las causas que yacen fuera del sector de la salud a menudo se relacionan con la pobreza, la estructura del empleo y el mercado de trabajo (por ej., la preponderancia de la economía informal), las desigualdades relativas al género, la edad, la condición de minoría, las brechas en el apoyo a los ingresos a través de la protección social, y las circunstancias de vida individuales (por ej., las migraciones). Si ha de lograrse el progreso sostenible en la extensión de la cobertura de salud, se debe abordar ambos tipos de problemas de manera simultánea, con especial atención a las políticas de mitigación de la pobreza y del mercado de trabajo con el fin de romper la relación recíproca de la mala salud y la pobreza en los sectores social, económico y de la salud.

Hay aspectos positivos y negativos en cada uno de los diferentes mecanismos de financiación aquí descritos, y no hay un modelo único que se aplique en todos los contextos sociales y económicos. Muchos países han desarrollado mecanismos mixtos, ya sea al interior de un solo régimen –por ej., subvenciones estatales de las cotizaciones sociales para los pobres en los regímenes basados en seguros, o la introducción de las características de los seguros en un servicio nacional de salud– o la implementación de regímenes estatales y de seguros en condiciones de coexistencia. Las razones de las soluciones mixtas a menudo están vinculadas al deseo de generar fondos suficientes a partir de diferentes fuentes y para hacer un mejor uso de las ventajas respectivas de los distintos mecanismos, tales como la mayor participación común en la cobertura de los riesgos, la generación de ingresos estables, y el acercamiento a las poblaciones de zonas remotas. El cuadro 5.2 proporciona algunas observaciones generales sobre determinados aspectos clave del desempeño de estos mecanismos de cobertura y financiación.

En el desarrollo de mecanismos mixtos, es de particular importancia evitar un número excesivo de regímenes y sistemas no coordinados que utilizan diferentes mecanismos de financiación para diversos grupos de población y proveedores. Esta fragmentación reduce los impactos positivos de la participación común en la cobertura de riesgos y la subvención cruzada. Por lo tanto, los mecanismos mixtos requieren una estrecha coordinación de todos los regímenes y sistemas de un país con el objetivo general de lograr la cobertura universal.

Entre los países que recientemente han hecho esfuerzos para reducir las brechas de cobertura y la fragmentación están Camboya, donde en la actualidad unos 50 fondos de capital de la salud ofrecen acceso a servicios gratuitos de atención de salud a más de la mitad de los pobres del país; Indonesia, donde el Gobierno se comprometió a lograr la cobertura universal para 2019 a través de un enfoque coordinado de regímenes contributivos y no contributivos; y la República Democrática Popular Lao, que actualmente está implementando un seguro médico nacional que fusiona los cuatro regímenes fragmentados existentes con

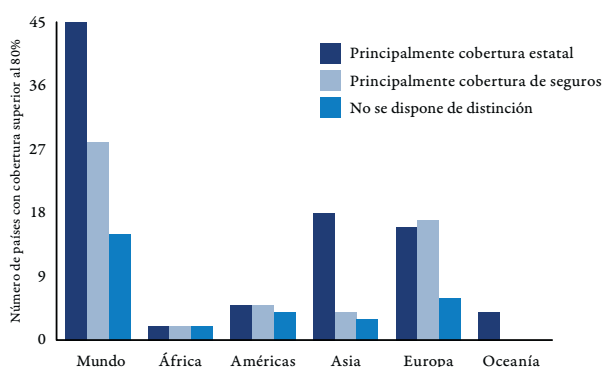
el fin de aumentar la eficiencia y la participación común en la cobertura de los riesgos.

En todas las regiones, 88 países han alcanzado actualmente tasas de cobertura legal de al menos el 80 por ciento de la población. Algunos países lograron la cobertura universal en un período relativamente corto (alrededor de diez años en el caso de Tailandia) e iniciaron reformas a niveles bajos de ingreso nacional y en tiempos de crisis económica (Evans et al., 2012).

Como se muestra en la figura 5.7, la mayoría de los países que han alcanzado altos índices de cobertura legal del 80 por ciento o más de la población (45 países) lo hicieron utilizando principalmente mecanismos de cobertura estatal, mientras que 28 países utilizaron principalmente mecanismos basados en seguros y los 15 países restantes aplicaron ambos mecanismos en combinaciones no especificadas. El análisis de la información disponible por región indica una preferencia por los mecanismos estatales en los países con elevadas tasas de cobertura en Asia y el Pacífico, mientras que en Europa, África y las Américas existe aproximadamente igual inclinación hacia los mecanismos estatales y los basados en seguros.

Estos datos sugieren que, dado un protagonismo y compromiso sólidos por parte del Gobierno, los países pueden alcanzar una cobertura de salud elevada o incluso universal, independientemente del mecanismo de cobertura elegido si los sistemas y regímenes están bien diseñados y si los pros y los contras de los diferentes mecanismos se equilibran con el fin de evitar la fragmentación. Más importante que el mecanismo elegido es el hecho de que la decisión se tome sobre la base de lo que es más apropiado para el contexto social, económico, histórico y cultural del país en cuestión. Además, es sumamente importante que la responsabilidad general y primaria de la cobertura de salud recaiga en el Estado y esté basada en ciertos principios fundamentales, tales como la solidaridad y el reparto de la carga de la financiación. Lograr avances tanto en la cobertura legal de salud como en el acceso a los servicios de

Figura 5.7 Mecanismos de cobertura utilizados por los países con tasas de cobertura de salud obligatoria del 80 por ciento de la población o mayores, 2014 o último año con datos disponibles



Fuente: Base de datos del Departamento de Protección Social de la OIT, véase el anexo IV, Cuadro B.11.

Enlace: <http://www.social-protection.org/gimi/gess/RessourceDownload.action?ressource.ressourceld=43320>.

salud requiere un compromiso sólido del Gobierno con la regulación para maximizar la eficiencia y la eficacia de los regímenes y sistemas de protección de la salud. Diversos instrumentos jurídicos internacionales ofrecen orientación a los gobiernos para hacer frente a esta tarea, desde la DUDH hasta los Convenios y Recomendaciones de la OIT en el área de protección de la salud, especialmente el Convenio núm. 102 y la Recomendación núm. 202 (véase el recuadro 5.1).

5.7 Los niveles del gasto público y privado en salud

A nivel mundial, el gasto público en protección de la salud como porcentaje del PIB es más o menos igual al gasto privado en salud. A nivel regional se observa un panorama similar, en el que podemos encontrar proporciones iguales de gasto público y privado en Asia y el Pacífico y en África, América Latina y el Caribe, y el Oriente Medio (figura 5.8). De este modo, más del 40 por ciento de la carga mundial del gasto en salud corre a cargo de los hogares en forma de pagos directos. Esta es una estadística alarmante, dado que los pagos directos tienen el potencial de crear barreras de acceso, desigualdades y empobrecimiento, y, al ser de carácter regresivo y carente de cualquier elemento de participación común en la cobertura de riesgos, va en contra del principio fundamental de la solidaridad en la financiación.

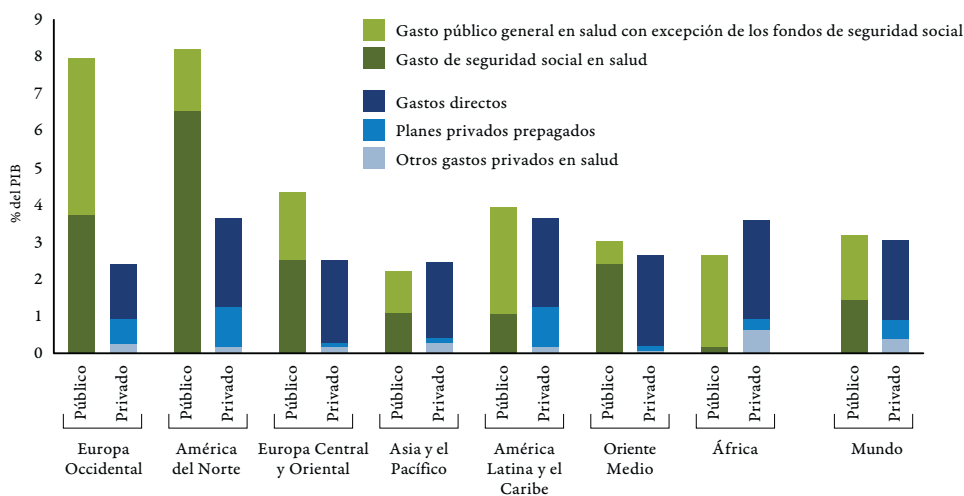
Generalmente, los pagos directos privados son una fuente particularmente dominante de financiación de la salud en los países más pobres del mundo, a pesar de su impacto regresivo en los ingresos: En África, el gasto privado supera incluso al gasto público y equivale a casi el 3 por ciento del PIB.

Efectivamente, existe una correlación positiva entre las tasas de pobreza y la proporción de los pagos directos en el gasto total en salud: el grado de empobrecimiento a raíz de desembolsos directos en un país aumenta con el nivel de la población que vive por debajo del umbral de la pobreza. En los países donde menos del 2 por ciento de la población vive con 2 USD diarios, alrededor del 20 por ciento del gasto total en salud corresponde a los pagos directos; en los países donde más del 50 por ciento de la población vive con 2 USD diarios, el gasto total en salud equivale a alrededor del 50 por ciento. Por lo tanto, son los más pobres, quienes son también los más necesitados, quienes más sufren por las desigualdades relacionadas con los pagos directos (figura 5.9).

5.8 La escasez mundial de personal de salud

El reducido nivel de financiación de la salud pública también se refleja en el escaso número de trabajadores de salud. Los trabajadores de salud calificados constituyen la columna vertebral de todo sistema de salud (Alianza Mundial en Pro del Personal Sanitario y OMS, 2014): efectivamente, el personal profesional de salud –médicos, enfermeras y parteras, según la definición de la OMS– son un requisito previo para la prestación de servicios asistenciales de calidad a las personas necesitadas. Sin embargo, la fuerza de trabajo del sector de la salud atraviesa en estos momentos una crisis global: su número es muy reducido para prestar los servicios necesarios, esta desigualmente distribuida y a menudo carece de condiciones dignas de trabajo. De acuerdo con los últimos datos disponibles, en numerosos países –incluyendo, por ejemplo, Haití, Níger, Senegal y Sierra Leona– hay cinco trabajadores de salud o menos por cada 10,000 habitantes. En contraste, en un país

Figura 5.8. Fuentes de financiación de la atención de salud, por región, 2011 (porcentaje del PIB)

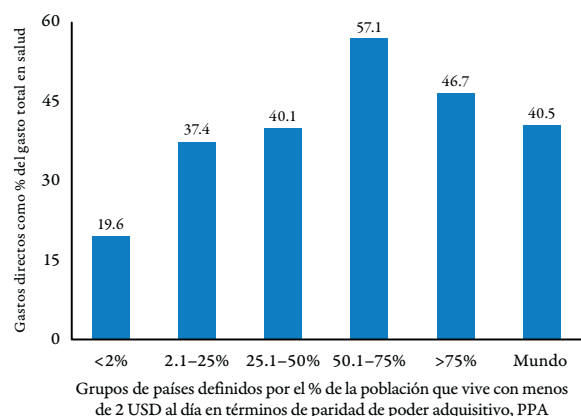


Nota: Promedios regionales ponderados por población total.

Fuentes: Cálculos de la OIT basados en datos de 2011 del Observatorio Mundial de la Salud de la OMS. Población: Perspectivas de la Población Mundial de la ONU, rev. 2012.

Enlace: <http://www.social-protection.org/gimi/gess/RessourceDownload.action?ressource.ressourceId=41677>.

Figura 5.9 Proporción de los pagos directos en el gasto total en salud, por proporción de la población que vive con menos de 2 USD por día (PPA), 2011 (porcentajes)



Nota: Ponderado por la población total.

Fuentes: Cálculos de la OIT con arreglo a datos de la OMS; datos de pobreza: Datos del Banco Mundial, Banco Asiático de Desarrollo y CEPAL.

Enlace: <http://www.social-protection.org/gimi/gess/RessourceDownload.action?ressource.ressourceId=42859>.

de altos ingresos como Finlandia existen 269 trabajadores de salud por cada 10,000 habitantes (cuadro 5.3).

Como resultado, en muchos países los trabajadores de salud apenas dan abasto y a menudo buscan ocuparse en otra parte, lo que a su vez reduce aún más la disponibilidad de servicios de salud, especialmente en las zonas rurales, y contribuye a la “fuga de cerebros” del sector de la salud. A nivel mundial, la migración de trabajadores de salud de los países más pobres a los más ricos es cada vez mayor: por ejemplo, entre 2007 y 2012, más de 230,000 trabajadores de salud migrantes laboraban en servicios de atención de la salud en Estados Unidos (OCDE, 2013c).

Al mismo tiempo, los recortes salariales a los funcionarios públicos, incluidos los trabajadores de salud, están en estudio en muchos países, tanto a nivel de ingresos medios e inferiores (en Mongolia, por ejemplo) como a nivel de ingresos más elevados, principalmente con el fin de ahorrar costos (Ortiz y Cummins, 2013).

Sólo unos pocos países han indicado que planean aumentar el número de sus trabajadores de salud, garantizar la formación de los trabajadores de salud existentes o mejorar la importantísima coordinación entre la educación, el mercado laboral y el sector de la salud. Sin embargo, de acuerdo con una reciente revisión de los informes de país del FMI, los aumentos generales en el número de funcionarios públicos, incluidos los trabajadores de salud, se están estudiando en algunos países, incluyendo la República Centroafricana, Gambia y Mozambique (Ortiz y Cummins, 2013). Timor

Cuadro 5.3 Cantidad de personal médico por cada 10,000 personas, países seleccionados, al último año con datos disponibles

País	Número de trabajadores de salud por 10,000 habitantes
Níger	1.56
Sierra Leona	1.88
República Centroafricana	2.95
Haití	3.60
Mozambique	3.67
Senegal	4.79
Bangladesh	5.74
Gambia	9.72
Noruega	196
Suiza	216
Finlandia	269

Fuente: Con arreglo a datos del Observatorio Mundial de la Salud de la OMS.

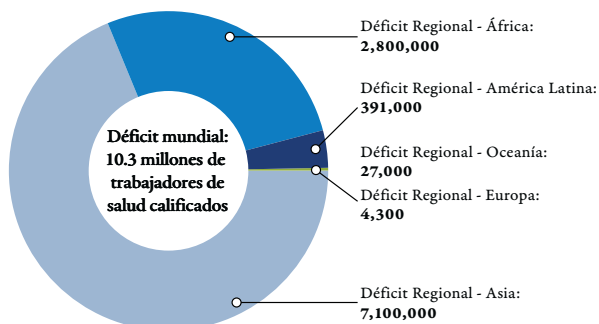
Oriental tiene como objetivo aumentar el número de personal médico mediante la retención de médicos formados de Cuba (Asante et al., 2014).

La OIT estima que son necesarios 41.1 trabajadores de salud por cada 10,000 habitantes para proporcionar al menos los servicios esenciales necesarios.⁶ Este objetivo ha sido cumplido o superado no sólo por los países de ingresos altos sino también por algunos países ingresos bajos y medios-bajos, incluyendo Armenia, Kirguistán, Mongolia y Suazilandia. Ahora bien, en todo el mundo se requieren 10.3 millones de trabajadores de salud adicionales para superar las brechas actuales y garantizar la prestación de servicios de salud a quienes los necesiten. La mayoría de ellos son necesarios en los países en desarrollo, principalmente en Asia (7.1 millones) y África (2.8 millones) (figura 5.10).

La inversión en el desarrollo del personal de salud es una condición esencial del progreso hacia la cobertura universal en salud y para abordar el déficit mundial en el acceso a la salud. Dicha inversión es ahora oportuna, dado que la proporción del gasto total en salud destinado a la remuneración del personal de salud se ha reducido en los últimos diez años, mientras que otros elementos del gasto en salud se han incrementado considerablemente (Hernández-Peña et al., 2013). Por otra parte, y lo más importante, dicha inversión tiene el potencial de impulsar la economía mundial, promover la recuperación económica equitativa a nivel nacional y generar trabajo decente tan necesario para garantizar ingresos adecuados.

⁶ En base a cálculos del valor de la mediana de la densidad del personal de salud en los países donde las condiciones socio-económicas y las características de financiación de la salud son propicias para la cobertura universal. Los detalles estadísticos del Indicador del Déficit de Acceso de la OIT y la evaluación de los déficits se presentan en el anexo IV, Cuadro B.11.

Figura 5.10 Número de trabajadores de salud cualificados necesarios para cerrar las brechas globales y regionales en la cobertura universal en salud, cálculos de la OIT, 2014



Fuente: Cálculos de la OIT basados en datos del Observatorio Mundial de la Salud de la OMS.
 Enlace: <http://www.social-protection.org/gimi/gess/RessourceDownload.action?ressource.ressourceId=44517>.

remuneradas corren el riesgo de empobrecimiento: En países como Sudán, Egipto y Myanmar, los salarios del sector de salud están sólo un 1 por ciento por encima de la línea de pobreza de 2 USD al día.⁷ En otros países, mientras que la nóminas salariales de los trabajadores de salud se mantuvieron estables en términos nominales, las mismas disminuyeron en términos reales como resultado de la caída del poder adquisitivo.

Durante la primera década de este siglo, la remuneración de los trabajadores de salud asalariados como proporción del PIB se mantuvo casi sin cambios a nivel mundial y disminuyó en términos del gasto total en salud (figura 5.11). Además, los retrasos en el pago de salarios son frecuentes en muchos países. Las consecuencias incluyen el ausentismo, las solicitudes de pagos informales y una fuga de trabajadores calificados que buscan mejores salarios fuera de sus países de origen.

5.9 Los niveles salariales inadecuados de los trabajadores de la salud

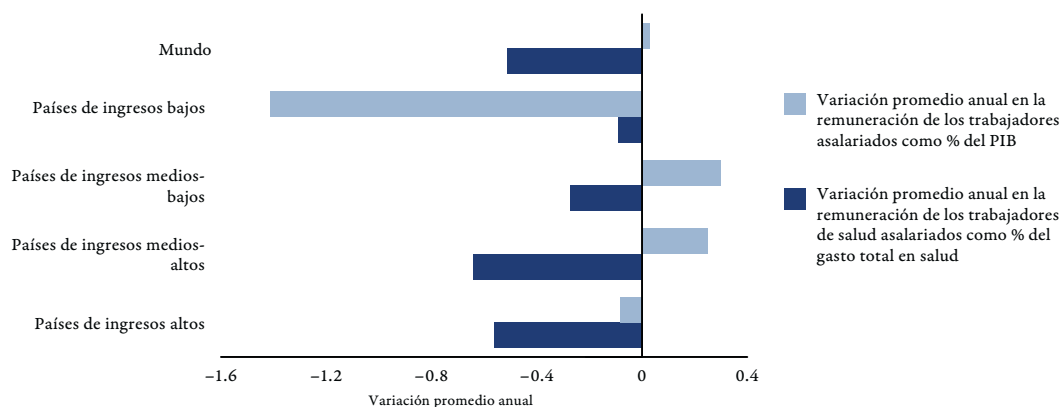
En la búsqueda del progreso en la cobertura de salud, el aumento del número de trabajadores de salud debe ir de la mano con la creación de condiciones de trabajo dignas, incluyendo salarios adecuados.

En años recientes, la nóminas salariales de los trabajadores de salud se han reducido, en algunos casos drásticamente: en la República Democrática del Congo y Myanmar, por ejemplo, las nóminas salariales se redujeron en un 40 por ciento durante las crisis económicas entre 2007 y 2009 (UNICEF, 2010). Efectivamente, los salarios son a menudo tan bajos que los trabajadores de las categorías menos

5.10 Las medidas de consolidación fiscal: ¿Impulsoras de la recuperación económica o parte del problema?

Durante la crisis reciente, sólo unos pocos países lograron aumentar la cobertura legal de salud. En Benín y Gabón, se introdujo regímenes universales de seguro de salud (AISS, 2013b); la cobertura obligatoria se amplió en Estados Unidos (para los jóvenes y las personas con condiciones pre-existent) en virtud de la Ley de Atención Asequible y Protección al Paciente 2010, así también como en Filipinas para lograr la cobertura universal en el marco de la Agenda de Salud Aquino en 2010, y en China tanto para los residentes urbanos como para los rurales (SSA y AISS, 2012; SSA y AISS, 2013a). Otros países, como Uruguay, realizaron esfuerzos para ampliar la cobertura

Figura 5.11 Cambio anual en la remuneración de los trabajadores de salud, como proporción del gasto total en salud y el PIB, por nivel nacional de ingresos, 2000–10 (porcentajes)



Fuente: Con arreglo a Hernández-Peña et al., 2013.
 Enlace: <http://www.social-protection.org/gimi/gess/RessourceDownload.action?ressource.ressourceId=43298>.

⁷ USD PPA, 2009.

y también reducir la fragmentación y la segmentación (EsSalud y OIT, 2013).

Al mismo tiempo, muchos países implementaron medidas de consolidación fiscal,⁸ con el objetivo de lograr la recuperación de la economía principalmente a través de la reducción de los déficits fiscales. Entre estas medidas se ha llevado a cabo reformas estructurales y ajustes cuantitativos en el sector público. En el sector de la salud, éstas con frecuencia adoptan la forma de recortes presupuestarios con efectos negativos en la disponibilidad y asequibilidad de los servicios de salud y de medicamentos esenciales, tales como los antibióticos, y el desarrollo y mantenimiento de la infraestructura. De este modo, el gasto per cápita en salud se redujo considerablemente entre 2009 y 2011 en 11 países de la OCDE, especialmente en Grecia e Irlanda (el 11.1 y el 6.6 por ciento, respectivamente) (OCDE, 2013c).

El cuadro 5.4 presenta una visión general de algunos anuncios recientes de políticas de consolidación fiscal en el ámbito de la protección de la salud, junto con ahorros fiscales reales o proyectados.

Tales anuncios ponen de manifiesto tanto los recortes presupuestarios generales en los ministerios de salud de los gobiernos como los severos recortes en el gasto de salud pública sobre una base per cápita. Estos recortes se han traducido en una oferta reducida de la atención en salud en una diversidad de áreas, desde la atención preventiva hasta la atención médica ambulatoria para los inmigrantes indocumentados en España. Las reducciones en el gasto público también afectaron los salarios de los trabajadores de salud (cuadro 5.5); provocaron el aplazamiento de reformas importantes de mejora y extensión de la cobertura legal de salud (por ej., el sistema del seguro nacional de salud en Chipre); impusieron límites al volumen de algunos servicios; y condujeron a la reducción de prestaciones y la eliminación de la atención preventiva. Mientras tanto, los pagos directos aumentaron notablemente en varios países, mientras que el gasto en salud pública se contrajo o se mantuvo más o menos constante (cuadro 5.6).

El traslado de la carga del pago de la atención de salud del erario público a las personas y los hogares está teniendo un efecto especialmente grave en los grupos de menores ingresos, habida cuenta del impacto regresivo de los pagos directos. Como resultado, la brecha entre ricos y pobres es cada vez mayor en lo que respecta a la cobertura y el acceso. Por consiguiente, es probable que las políticas de consolidación fiscal aunadas a la pobreza creciente debido a la recesión, aumenten las desigualdades dentro de los países.

Además, la pérdida de empleos y los recortes salariales de los trabajadores de salud reducen considerablemente el acceso a los servicios de salud. El cuadro 5.5 señala brevemente los recortes salariales anunciados más recientemente en el sector público, incluido el sector de la salud, en los países europeos que resultaron particularmente afectados por la crisis financiera: en Grecia, los recortes han

reducido los salarios públicos desde 2010 en unos 30 puntos porcentuales, mientras que en Portugal y España se produjeron reducciones de 5 puntos porcentuales.

Al tiempo que las medidas de consolidación fiscal fueron dando lugar a reducciones en el número y los salarios de los trabajadores de salud, se hizo evidente una mayor demanda de servicios de salud pública en países como Grecia y Chipre. A pesar del aumento de las admisiones en los hospitales públicos y la reducción de las admisiones en los hospitales privados (Kentikelenis et al., 2011), el Gobierno de Chipre decidió aplazar la implementación del sistema del seguro nacional de salud (OMS, 2012), lo que llevó a otras desigualdades y brechas en el acceso.

En general, la repercusión de las medidas de consolidación fiscal adoptadas en respuesta a la crisis ha sido la de detener o incluso revertir el avance hacia la cobertura universal en salud con la agudización de las desigualdades de acceso a los servicios de salud, el incremento de la carga financiera de los hogares y la reducción de las prestaciones, incrementándose así la exclusión.

En cuanto a su impacto en la economía, se puede concluir que, en vez de curar los síntomas de las deudas y los déficits, las medidas de consolidación fiscal en el área de la protección de la salud, han actuado como barreras para la recuperación económica y agravado los efectos de la crisis económica al debilitar la productividad de la fuerza laboral y reducir el empleo de los trabajadores de salud tan indispensables. Por otra parte, estas medidas han tenido un impacto negativo en el derecho al trabajo y en un nivel de vida adecuado, en particular de los sectores más vulnerables de la población que han sido los más afectados por los recortes presupuestarios y el aumento de los pagos directos.

5.11 Hacer frente a los desafíos: El logro del progreso sostenible en el acceso a la atención de salud

Las crisis económicas y financieras recientes ejercieron enorme presión en los presupuestos de los hogares y de los gobiernos en muchos países. Tuvieron efectos negativos evitables en la salud al reducir la disponibilidad y asequibilidad de la atención de salud, y contribuyeron a aumentar las desigualdades en el acceso a los servicios de salud. Por otra parte, la recuperación económica se vio obstaculizada por las medidas de consolidación fiscal adoptadas para hacerles frente. En la actualidad, existe una necesidad urgente de actuar con miras al progreso sostenible.

La ampliación de las tasas de cobertura de salud mundiales y nacionales y la facilitación del acceso a las prestaciones de salud necesarias, sobre todo en los países de ingresos bajos y medios, pondrá fin a la espiral descendente de problemas de salud y

⁸ En el presente informe, la "consolidación fiscal" se refiere a la amplia gama de medidas de ajuste adoptadas para reducir los déficits públicos y la acumulación de la deuda. A las políticas de consolidación fiscal se les denomina a menudo "políticas de austeridad."

Cuadro 5.4 Políticas de consolidación fiscal anunciadas y ahorros fiscales relacionados, países seleccionados, 2007-14

País	Año	Reforma	Ahorro fiscal
Botswana	2007-11	Reducción en el gasto público en salud per cápita de 14.4% en USD constantes	
Bulgaria	2009	Reducción del presupuesto del Ministerio de Salud	Reducción del presupuesto de 713 millones de levs (BGN) en 2008 a 537 millones BGN en 2009 y 570 millones BGN en 2010 (reducción total de 100 millones USD)
Chipre	2011	Aplazamiento de la implementación del nuevo sistema nacional del seguro de salud	
República Checa	2010	Reducción del presupuesto del Ministerio de Salud en cerca del 30% en 2010 en comparación con 2008	107.18 millones USD
Hungría	2010	Límites al volumen de servicios de hospitalización Incremento de las tasas de los usuarios	Reducción promedio anual de 1.3% en el gasto público en salud, de 476.6 USD a 452.0 USD per cápita
Estonia	2009	Reducción del presupuesto del Fondo del Seguro de Salud de Estonia (EHIF). Reducción del presupuesto del seguro de salud en 1% y reducción del gasto del Ministerio de Salud el en 24% entre 2008 y 2009	Reducción del gasto del EHIF por 263,699 millones EEK (22.48 millones USD)
Grecia	2011	Eliminación de determinadas disposiciones en materia de atención preventiva Acuerdo para reducir el gasto público en salud en 2012 de 1.9% a 1.33% del PIB, como parte de la solicitud de apoyo del FMI Reducción promedio anual de 3.7% en el gasto público en salud, de 1,281.2 USD a 1,100.9 USD per cápita	Reducción del presupuesto de salud en 1.4 mil millones EUR para 2011
Lituania	2010	Ley de Enfermedad y Maternidad modificada para reducir la prestación de maternidad del pago completo al 90% del salario	
Malawi	2011	Suspensión de la ayuda del Reino Unido para el Gobierno de Malawi, mucha de la cual financiaba al sector de la salud	IRIN (servicio de la ONU para la coordinación de asuntos humanitarios) estima que, antes de los recortes, 49 millones USD en ayuda del DFID del Reino Unido para Malawi estaban destinados al sector de la salud
Mongolia	2009	La modificación del presupuesto de salud redujo los salarios públicos en un 3%, el gasto en formación del personal en un 55%, la asignación para medicamentos y vacunas en un 20%, otros bienes y servicios en un 17%, y la inversión interna para proyectos de capital en un 20%	El presupuesto del sector de la salud disminuyó en 23 mil millones de tugriks (13.5 millones USD)
Rumania	2008-11	El presupuesto del Ministerio de Salud se redujo en 4,969 millones de nuevos leu (RON) en 2008 a 4,417 millones RON en 2011	171 millones USD
Eslovenia	2010	Las reducciones en los tratamientos termales de afecciones no agudas, ciertos medicamentos, servicios de ambulancia no urgentes, prótesis dentales y algunos aparatos oftalmológicos	
Sri Lanka	2007-11	El gasto público se elevó en 0.7%; los pagos directos promedio anuales aumentaron en 5.6% (USD constantes per cápita)	
Tanzania, República Unida de	2007-11	El gasto público se redujo en 2.6%; los pagos directos promedio anuales aumentaron en 34.6% (USD constantes per cápita)	
Ucrania	2007-11	El gasto público se elevó en 0.4%; los pagos directos promedio anuales aumentaron en 7.8% (USD constantes per cápita)	
Reino Unido	2010	Recorte a la Subvención para Asistencia de Salud en la Maternidad de £190 para cada madre embarazada a partir de enero de 2011	El Parlamento estima un ahorro de £40 millones en costos en 2010/11 y de £150 millones en cada año sucesivo
	2012	La Ley de Salud y Asistencia Social de 2012 "recorta el número de organismos de salud"	No se conoce el ahorro exacto; el Gobierno cita como meta el que el NHS logre un ahorro por eficiencia de "hasta £20 millones para el año 2015"

Fuente: Base de datos de Departamento de Protección Social de la OIT sobre las medidas adoptadas en respuesta a la crisis desde 2007/8.

Cuadro 5.5 Recortes a los salarios públicos anunciados, países europeos seleccionados, 2010-13 (porcentajes)

País	2010	2011	2013
Grecia	14		17
Portugal	0 (congelación)	5	0 (congelación)
España	5		

Fuente: Con arreglo a Busch et al., 2013.

Cuadro 5.6 Incremento promedio anual de los pagos directos, países seleccionados, 2007-11 (porcentajes)

País	Incremento promedio anual de los pagos directos, 2007-11 (% USD constantes per cápita)
Tanzania	34.6
Guinea Ecuatorial	32.2
Turkmenistán	16.7
Paraguay	15.1
Camboya	12.1
Federación de Rusia	9.2
China	7.2
Sri Lanka	5.6
Rwanda	5.3

Fuente: OMS, Cuentas Nacionales de Salud, 2013, véase el anexo IV, cuadro B.11.

pobreza y contribuirá a la recuperación económica. No obstante, para lograr el progreso sostenible será necesario replantearse las políticas teniendo en cuenta las lecciones aprendidas.

En las últimas décadas, la importancia de la cobertura de la salud para la economía a menudo ha sido tenida suficientemente en cuenta por los responsables de las políticas, quienes aceptaron la existencia de enormes déficits de acceso que en algunos países han dejado sin ningún cobertura de salud obligatoria hasta al 80 por ciento de la población –por lo general, los más necesitados. Además, la disyuntiva asumida erróneamente entre los costos de la cobertura universal en salud o el crecimiento económico dio lugar a que se pasara por alto posibles aumentos de la productividad, el empleo y el desarrollo. Como resultado, la mala salud se entiende frecuentemente como un asunto privado, haciendo caso omiso de las complejas relaciones sociales y económicas que vinculan a la pobreza, el empleo, el género y la estratificación socio-económica en la exclusión de las personas del acceso efectivo a los servicios de salud.

Un concepto contemporáneo de proporcionar el acceso a esos servicios mediante la protección social, sitúa a la salud en un marco basado en los derechos humanos. La Recomendación núm. 202 de la OIT conecta el derecho a la salud con los determinantes sociales y económicos subyacentes y aborda estos enlaces a nivel sistémico, tanto dentro como fuera del sector de la salud, en lugar

de apuntar al nivel individual y recomendar soluciones a corto plazo sin tener en cuenta el panorama completo.

Este enfoque tiene como objetivo alcanzar el progreso sostenible a través de inversiones en estructuras e instituciones de protección social en salud respaldadas por el compromiso político y el conocimiento técnico. Requiere del reconocimiento explícito de la necesidad de cobertura legal y acceso a al menos la atención de salud esencial, la cual debe estar disponible, ser de calidad aceptable y asequible sin causar penurias económicas. Tal prestación contribuye a la equidad por cuanto disminuye la exclusión social y la pobreza. Adicionalmente, un concepto contemporáneo de la cobertura universal en salud supone la financiación equitativa basada en el reparto de la carga, utilizando los impuestos (por ej., para los servicios nacionales de salud), las cotizaciones/impuestos sobre la nómina de salarios y/ o la financiación basada en cuotas (para diversas formas de seguro social, nacional o privado). Los pagos directos no figuran como medio de financiación de la salud, pero pueden ser utilizados en una cantidad mínima para otros fines, tales como incentivos. La obligación de cumplir con el contenido básico del derecho a la salud a través de la prestación de servicios de salud, se deben satisfacer independientemente del mecanismo de financiación elegido.

La Recomendación núm. 202 de la OIT ofrece orientación sobre las políticas relacionadas que son necesarias para obtener plenamente los impactos positivos y la sostenibilidad de las inversiones en salud y lograr la cobertura universal en salud (cuadro 5.7). De conformidad con esta Recomendación, el acceso a la atención de salud necesaria debe ser consagrado en la legislación que protege la asequibilidad de los servicios y garantiza el acceso a la atención en cuanto a la disponibilidad de servicios e instalaciones de calidad adecuada y atendidos por personal calificado. El objetivo debe ser la cobertura universal basada en el suministro de prestaciones de atención de salud esencial, como mínimo. Tales prestaciones deben definirse a nivel nacional con el fin de satisfacer las necesidades médicas vitales y la demanda de la atención de la maternidad y preventiva, además de proporcionar protección financiera. Se recomienda el desarrollo progresivo de la atención de salud para incluir el suministro de paquetes de prestaciones más integrales.

La disponibilidad de servicios de calidad requiere que un número suficiente de personal de salud sea formado, contratado, dotado de condiciones de trabajo decentes y desplegado de forma equitativa dentro de los países, sobre todo en las zonas marginales urbanas y rurales. En este contexto, es esencial que los gobiernos equilibren la oferta y la demanda en los mercados de trabajo nacionales a través de la mejora de las condiciones de trabajo, incluidos los salarios. Además, es importante abordar las disparidades salariales entre regiones, y entre los médicos generales y especialistas. Mejorar las condiciones de trabajo y los salarios de los trabajadores de salud es crucial para superar la falta de mano de obra

Cuadro 5.7 Aspectos clave de las políticas de pisos de protección social dirigidas a lograr la cobertura universal en salud, con base en la Recomendación núm. 202

Objetivos	Principios de políticas	Componentes clave de las prestaciones esenciales de salud	Financiamiento	Políticas complementarias
<ul style="list-style-type: none"> • Cobertura universal que proporciona acceso a un conjunto definido a nivel nacional de bienes y servicios para la atención de salud esencial, incluida la atención de salud preventiva y materna • Satisfacer los criterios de disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad • Alcanzar mayores niveles de protección como se estipula en el Convenio núm. 102 • Promover la coherencia política 	<ul style="list-style-type: none"> • Universalidad (acceso a servicios de calidad para todos los necesitados) • Enfoque basado en los derechos • Inclusión social • La no discriminación • Sensibilidad respecto de las necesidades básicas y especiales • Participación, incluyendo el diálogo social 	<ul style="list-style-type: none"> • IPrestaciones en especie, incluyendo la atención de salud curativa, preventiva y materna basada en un adecuado nivel de servicios de salud (hospitalarios/ambulatorios) y medicamentos de calidad • Prestaciones monetarias que proporcionan protección financiera (por ej., los costos de transporte, y la reducción/eliminación del empobrecimiento debido al gasto en salud) 	<ul style="list-style-type: none"> • Solidaridad en la financiación mediante el aumento del riesgo mancomunado y la minimización del gasto de salud privado no mancomunado; por ej., debido a cuotas de usuarios, paquetes de prestaciones restringidos, baja calidad • Diversidad de mecanismos de financiación y suministro, incluyendo sistemas a base de impuestos y cotizaciones/primas 	<ul style="list-style-type: none"> • Análisis de las brechas en la cobertura, beneficios y servicios de la protección social a fin de mitigar la pobreza • Desarrollo del espacio fiscal, garantía de la sostenibilidad económica y financiera y monitoreo de los avances • Coherencia con las políticas sociales, económicas y de empleo, tales como la promoción del empleo formal • Fortalecimiento de las capacidades y monitoreo del sistema de seguridad social

116

disponible en todas las ramas del sector. Esto requiere que se reconozca el derecho a la sindicalización y a la negociación colectiva para todos los trabajadores de salud. La negociación colectiva es la mejor manera de negociar acuerdos de trabajo que atraigan la cantidad y la calidad necesarias de trabajadores de salud. Además, las autoridades públicas deben ser empleadores y contratantes ejemplares. Por lo tanto, la erogación de fondos públicos y cualquier contrato de prestación de servicios de salud deben incluir cláusulas que garanticen salarios decentes.⁹ Los instrumentos clave para crear las condiciones propicias incluyen las leyes y la reglamentación, los convenios colectivos y otros mecanismos de negociación entre los representantes de los empleadores y de los trabajadores, y los laudos arbitrales. Por último, en cuanto a las migraciones de los trabajadores de salud, se necesita acuerdos bilaterales y multilaterales con el fin de compensar los costos de formación y evitar la fuga de cerebros.

La generación de los fondos suficientes para la protección universal de la salud implica explorar los pros y los contras de todos los mecanismos de financiación existentes y coordinar eficazmente los diversos enfoques de una manera que pueda considerarse justa, evite la fragmentación y la evasión fiscal, y combata la corrupción. Lo más importante para la asignación de fondos suficientes es la voluntad política, como se puso de manifiesto recientemente en Tailandia, donde se logró la cobertura universal en salud en menos de una década tras haber iniciado los esfuerzos de reforma en el contexto de un ingreso per cápita relativamente bajo y una economía predominantemente informal (Evans et al., 2012). Por otra parte, las políticas fiscales deben utilizarse de manera sistemática con el fin de superar las

brechas de financiación y abordar la relación recíproca entre la mala salud y la pobreza a través de diversas medidas de protección social. En este contexto, debe tenerse en cuenta la rentabilidad de las inversiones en salud en términos de productividad, empleo y desarrollo al evaluar el costo de la extensión de la protección social de la salud.

Muchos de los problemas descritos en este capítulo pueden atribuirse, al menos en parte, a una gobernanza y administración ineficientes e ineficaces de los sistemas nacionales de protección de la salud. Esto plantea cuestiones generales, como la falta de compromiso político e institucional, así como la importancia de la supervisión, la retroalimentación y el apoyo periódicos a través del diálogo nacional y social tripartito. La supervisión de los avances en el acceso equitativo frente a umbrales prescritos es un prerrequisito del progreso sostenible. Se debe establecer umbrales con el fin de medir tanto la asequibilidad y la disponibilidad de la atención y la protección financiera de calidad para todos los que las necesiten, y deben incluir la cobertura universal de la población en términos de legislación, la limitación de los pagos directos que sobrepasen el 40 por ciento del ingreso de los hogares (netos de gastos de subsistencia), y un umbral de 41.1 trabajadores de salud en condiciones de trabajo decente por cada 10,000 habitantes.

Además, el diálogo social, fundamentalmente sobre una base tripartita, es esencial para hacer frente a las ineficiencias – ya sean éstas de carácter administrativo o gerencial al interior de un régimen o sistema, o el resultado de políticas incoherentes a nivel nacional regional o comunitario. La necesidad del diálogo social ha sido reforzada en la Recomendación núm. 202, que

⁹ Convenio sobre las Cláusulas de Trabajo (Contratos Celebrados por las Autoridades Pública), 1949 (núm. 94).

exige “la participación tripartita con las organizaciones representativas de los empleadores y de los trabajadores, así como la celebración de consultas con otras organizaciones pertinentes y representativas de personas interesadas” (párr. 3(r)). Para favorecer el progreso en la protección de la salud es de suma importancia establecer el diálogo social tripartito periódico entre las partes interesadas pertinentes, bajo la dirección de los órganos rectores nacionales, y garantizar la gobernanza y administración apropiadas de los sistemas y políticas de salud.

Al abordar por igual las necesidades de atención de salud esencial y de apoyo a los ingresos, las políticas sugeridas en el cuadro 5.7 proporcionan amplio margen para hacer frente a las causas fundamentales de las desigualdades en el acceso a los servicios de salud y contribuir a la cobertura universal de la protección social en salud. En la aplicación de políticas coherentes en todos los sectores sociales, económicos y de salud, los gobiernos deben hacer hincapié en la mitigación de la pobreza y las políticas del mercado de trabajo a fin de evitar aumentos no deseados en la desigualdad y obtener efectos económicos indirectos.

Dichas políticas tienen el potencial para lograr tanto la cobertura universal en salud como beneficios económicos en todos los países y en todos los niveles de ingreso nacional. Éstas comprenden:

- una visión política de la universalidad basada en un marco inclusivo apoyado por un gobierno comprometido, los interlocutores sociales y la sociedad civil, e incorpora en su diseño un sistema y/o régimen basado en la evidencia que aplica la experiencia técnica y las mejores prácticas a nivel mundial;
- objetivos que responden a las expectativas de la población en términos de disponibilidad, asequibilidad y calidad de los servicios;
- la realización del potencial de las políticas de pisos de protección social, creadas, implementadas y supervisadas sobre la base de una evaluación y de un análisis sólidos de las repercusiones de cara a crear un espacio fiscal y generar fondos nacionales para la protección de la salud;
- instituciones que se caracterizan por la buena gobernanza que tienen la capacidad y los medios de poner en práctica las reformas necesarias en base a estrategias eficientes y eficaces destinadas a la coordinación de los regímenes y sistemas existentes, abordando los déficits de personal de salud y procurando que las personas reciban la atención que esperan independientemente de dónde vivan.

La extensión de la protección social:

La clave de la recuperación de la crisis, el desarrollo inclusivo y la justicia social

6

IDEAS FUNDAMENTALES

- La crisis económica y financiera mundial ha puesto de manifiesto contundentemente la importancia de la seguridad social como un derecho humano y como una necesidad económica y social, según lo establece la Recomendación de la OIT sobre los pisos de protección social (2012), núm. 202.
- En la primera fase de la crisis (2008-2009), la protección social desempeñó un papel importante en la respuesta para ampliar la cobertura. Cerca de 50 países de ingresos medios y altos, anunciaron paquetes de estímulo fiscal por un total de 2.4 billones USD, de los cuales aproximadamente una cuarta parte se invirtió en medidas anticíclicas de protección social.
- En la segunda fase de la crisis (a partir de 2010), muchos gobiernos se embarcaron en programas de consolidación fiscal y contracción prematura del gasto, a pesar de la necesidad urgente del apoyo público entre las poblaciones vulnerables. En 2014, se espera que el alcance del ajuste del gasto público se intensifique considerablemente; según las proyecciones del FMI, 122 países contraerán el gasto en términos del PIB, de los cuales 82 son países en desarrollo. Además, una quinta parte de los países pasa por una consolidación fiscal, definida como el recorte del gasto público por debajo de los niveles anteriores a la crisis.
- Contrariamente a la percepción pública, las medidas de consolidación fiscal no se limitan a Europa; muchos países en desarrollo han adoptado medidas de ajuste, incluida la eliminación o la reducción de subsidios a los alimentos y a los combustibles; recortes o topes salariales, incluso para los trabajadores del sector de la salud y los servicios sociales; focalización más estrecha de las prestaciones de la protección social; y reformas de los sistemas de pensiones y servicios de salud. Muchos gobiernos también están considerando medidas respecto de los ingresos; por ej., el aumento de los impuestos sobre el consumo, tales como el impuesto al valor añadido (IVA) sobre los productos básicos y los artículos de consumo familiar de los hogares pobres.
- En los países en desarrollo, algunos de los ingresos obtenidos de estos ajustes, por ejemplo, los procedentes de la eliminación de los subsidios, se han utilizado para diseñar redes de seguridad estrechamente focalizadas como mecanismos de compensación para los más pobres. Sin embargo, dado el gran número de familias vulnerables de bajos ingresos en los países en desarrollo, son necesarios más esfuerzos para responder a las necesidades de protección social de la población.
- De especial relevancia son las tendencias divergentes en los países más ricos y en los más pobres: Mientras que muchos países de ingresos altos registran una contracción en sus sistemas de seguridad social, muchos países en desarrollo los están ampliando. →

- Los países de ingresos altos han reducido una serie de prestaciones de protección social y limitado el acceso a servicios públicos de calidad. Junto con la persistencia del desempleo, el descenso de los salarios y el alza de los impuestos, estas medidas han contribuido a aumentar la pobreza o la exclusión social, afectando actualmente a 123 millones de personas en la Unión Europea –el 24 por ciento de la población–, mucha de ella niños, mujeres y personas con discapacidad. Los futuros pensionistas percibirán pensiones más bajas en al menos 14 países europeos. Varios tribunales europeos han determinado que tales recortes son inconstitucionales. El costo del ajuste se ha trasladado a las poblaciones, quienes han tenido que salir adelante a pesar de la falta de empleo y menores ingresos por más de cinco años. La reducción de los niveles de ingresos de los hogares está conduciendo a un menor consumo interno y a una menor demanda, ralentizando la recuperación. Los logros del modelo social europeo que redujeron drásticamente la pobreza y promovieron la prosperidad y la cohesión social en el período que siguió a la Segunda Guerra Mundial, se han visto erosionados por las reformas de ajuste a corto plazo.
- La mayoría de los países de ingresos medios están extendiendo visiblemente sus sistemas de protección social y, a través de ello, contribuyendo a sus estrategias de crecimiento doméstico inducido por la demanda: esto presenta una poderosa lección de desarrollo. China, por ejemplo, prácticamente ha alcanzado la cobertura universal de las pensiones y un aumento de los salarios; Brasil aceleró la expansión de la cobertura de la protección social y los salarios mínimos desde 2009. Se requiere un compromiso permanente para hacer frente a la persistencia de las desigualdades.
- Algunos países de ingresos más bajos han expandido la protección social, principalmente a través de redes de seguridad temporales focalizadas estrechamente en niveles de prestaciones muy insuficientes. Sin embargo, en muchos de estos países actualmente se debate el establecimiento de pisos de protección social como parte de los sistemas integrales de protección social. Hay opciones de las que disponen los gobiernos para expandir el espacio fiscal para la protección social incluso en los países más pobres.
- En nuestra época, el argumento a favor de la protección social es contundente. La protección social es a la vez un derecho humano y una política económica sólida. La protección social contribuye notablemente a reducir la pobreza, la exclusión y la desigualdad, al tiempo que mejora la estabilidad política y la cohesión social. La protección social también contribuye al crecimiento económico mediante el apoyo a los ingresos de los hogares y, por tanto, al consumo interno; esto es particularmente importante en este tiempo de recuperación lenta y escasa demanda global. Por otra parte, la protección social potencia el capital humano y la productividad, por lo que se ha convertido en una política fundamental para la transformación y el bienestar nacionales. La protección social –específicamente los pisos de protección social– es esencial para la recuperación, el desarrollo inclusivo y la justicia social, y debe formar parte de la agenda del desarrollo posterior a 2015.

Los sistemas de protección social han experimentado profundos cambios en los últimos años. Mientras que muchas economías emergentes han tomado medidas enérgicas para ampliar la protección social a efectos de promover el desarrollo económico y social, en otras partes del mundo, incluyendo un buen número de países de ingresos altos, vienen tratando de ahorrar costos mediante la consolidación fiscal¹ y el ajuste de sus sistemas de protección social. Estas tendencias en materia de políticas divergentes y sus consecuencias, constituyen la parte central de este capítulo. En particular, el capítulo

identifica las razones y el impacto, respectivamente, de las medidas de consolidación fiscal y las políticas expansionistas que promueven los esfuerzos de recuperación en los países de ingresos altos, medios y bajos. Por último, el capítulo da a conocer las repercusiones positivas en el desarrollo de la protección social al promover el crecimiento sostenible e inclusivo, desarrollar el capital humano y lograr la estabilidad política, constituyendo entre sí un conjunto de razones poderosas de porqué la protección social debe formar parte de la agenda de desarrollo post 2015.

¹ En este informe, “la consolidación fiscal” se refiere a la amplia gama de medidas de ajuste adoptadas para reducir el déficit público y la deuda acumulada. A menudo, a las Políticas de consolidación fiscal se las denomina “políticas de austeridad.”

6.1 La lucha contra la recesión y la ralentización del crecimiento: La protección social y la crisis mundial

6.1.1 La protección social en la primera fase de la crisis global: Expansión y estímulos fiscales (2008-09)

Cuando la crisis estalló en 2008-09, la gran mayoría de los gobiernos de los países directamente afectados incrementaron el gasto público social con el fin de sostener el crecimiento y proteger a sus poblaciones de los efectos adversos de las crisis alimentaria, energética y financiera. Un total de 145 países intensificaron el gasto público durante esta primera fase de la crisis. Al menos, 48 países anunciaron paquetes de estímulo fiscal por un total de 2.4 billones USD, de los cuales aproximadamente una cuarta parte se invirtió en medidas anticíclicas de protección social (figura 6.1). Un estudio de la OIT sobre los planes de estímulo fiscal en 54 países desarrollados y en desarrollo (OIT, 2009b), indicó que el 54 por ciento de los gobiernos impulsaron las transferencias monetarias, el 44 por ciento respaldó las pensiones de vejez y el 37 por ciento aumentó el acceso a las prestaciones de salud. Además, el 16 por ciento de los gobiernos introdujo subsidios alimentarios.

La protección social jugó un papel clave en la atenuación de los efectos negativos inmediatos de la crisis en las familias en esta primera fase. Una de las lecciones clave de estas respuestas iniciales a la crisis es que la protección social puede funcionar de manera más eficaz como un estabilizador automático si los regímenes y programas pertinentes se implementan antes de que se arraiguen las

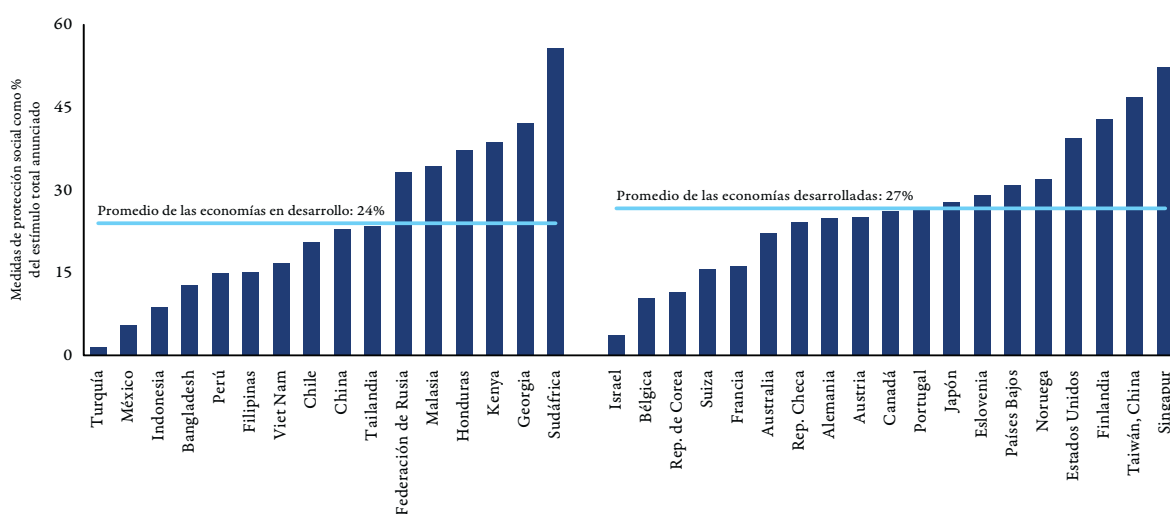
condiciones de crisis (OIT, 2010c; OIT y el Banco Mundial, 2012; Bonnet, Saget y Weber, 2012; Behrendt et al., 2011). A falta de tales medidas de protección social, el efecto de la crisis en el desempleo, los ingresos disponibles de los hogares y las tasas de pobreza en 2009-10 habría sido mucho más marcado (OIT, 2011a).

6.1.2 La protección social en la segunda fase de la crisis global: La consolidación fiscal (a partir de 2010)

Estas medidas anticíclicas keynesianas duraron poco. A medida que la crisis se adentró en una segunda fase a partir de 2010, la preocupación creciente por los niveles de la deuda soberana y los déficits fiscales ocasionó que los gobiernos abandonaran los estímulos fiscales e introdujeran medidas de consolidación fiscal. Según las proyecciones del gasto público en la base de datos de Perspectivas de la Economía Mundial (octubre de 2013) del FMI, 106 de los 181 países para los que se dispone de datos contrajeron el gasto público en 2010.

En 2014, se espera que se intensifique considerablemente el alcance de la contracción del gasto público, con impactos en 122 países, y que luego aumente de manera constante hasta afectar a 125 países en 2015. El pronóstico más reciente del FMI sugiere que los gobiernos seguirán esta tendencia contractiva al menos hasta el año 2016 (figura 6.2, panel (a)).² Es importante señalar que esta tendencia se observa en países con diferentes niveles de ingresos. Específicamente, durante 2010 la contracción del gasto público afectó a 13 países de ingresos bajos, 28 de ingresos medios-bajos, 33 de ingresos

Figura 6.1 La protección social en los paquetes de estímulo, 2008-09 (porcentaje de la cantidad total anunciada)

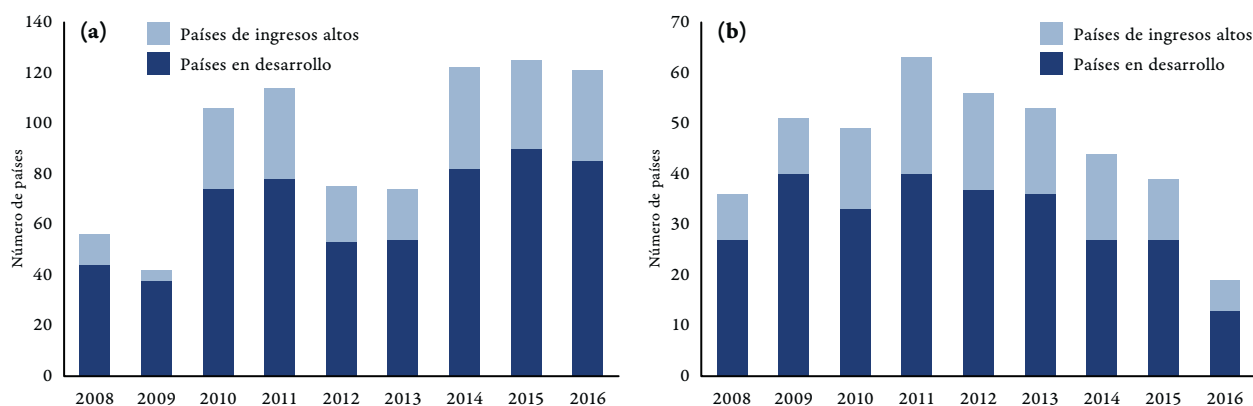


Fuente: Ortiz y Cummins, 2013, basado en PNUD, 2010 y los informes de país del FMI.

Enlace: <http://www.social-protection.org/gimi/gess/RessourceDownload.action?ressource.ressourceId=43337>.

² Las proyecciones de gastos del FMI cambian de forma significativa; esta sección es una actualización de un trabajo anterior (Ortiz y Cummins, 2012; Ortiz y Cummins, 2013), en el que los autores aplicaron la misma metodología para comprender el alcance de la austeridad, utilizando la misma fuente de datos - las proyecciones de gastos contenidas en Perspectivas de la Economía Mundial del FMI, actualizado cada seis meses. Cualquier divergencia en los resultados se debe a los cambios en las previsiones del FMI.

Figura 6.2 Número de países que contraen gastos públicos (año tras año), 2008-16, (a) en relación con el PIB y (b) en términos reales



Fuente: Cálculos de la OIT con arreglo a la base de datos de Perspectivas de la Economía Mundial del FMI (octubre 2013).

Enlace: <http://www.social-protection.org/gimi/gess/RessourceDownload.action?ressource.ressourceId=43338>

medios-altos y 32 de ingresos altos. En 2014, según las proyecciones fiscales del FMI, se espera que 82 países en desarrollo y 40 países de ingresos altos contraigan el gasto público.³

En términos del crecimiento del gasto real (una medida más conservadora), los datos fiscales del FMI revelan una contracción máxima en 2011, con contracciones registradas en más de 60 países, pero con un relajamiento a partir de 2012 (figura 6.2, panel (b)). Una vez más, la incidencia es mayor en los países en desarrollo que en las economías de altos ingresos.

En comparación con el período anterior a la crisis, entre 2013 y 2015 un número alarmante de países parecen estar sufriendo de una contracción fiscal excesiva, definida como el recorte del gasto público por debajo de los niveles anteriores a la crisis.⁴ En términos de PIB, el análisis de las proyecciones de gastos revela que en 37 países (una quinta parte del total), los gobiernos podrían estar recortando excesivamente sus presupuestos durante 2013-15 (figura 6.3, panel (a)). Entre estos se incluyen países con desafíos de desarrollo importantes, como Botswana, Burundi, Cabo Verde, Eritrea, Etiopía, Filipinas, Guinea-Bissau, Iraq, Jamaica, Kazajistán, Líbano, Madagascar, Sri Lanka, Sudán, Turkmenistán y Yemen. Se espera que casi la mitad (18) de estos países reduzcan el gasto en más de un 3.0 por ciento del PIB, en promedio, durante esta última fase de la crisis, en comparación con los niveles del gasto durante el período anterior a la crisis. En términos reales, se prevé que 17 gobiernos cuenten en 2013-15 con menores recursos fiscales, en promedio, que en 2005-07 (figura 6.3, panel (b)). Esta es una

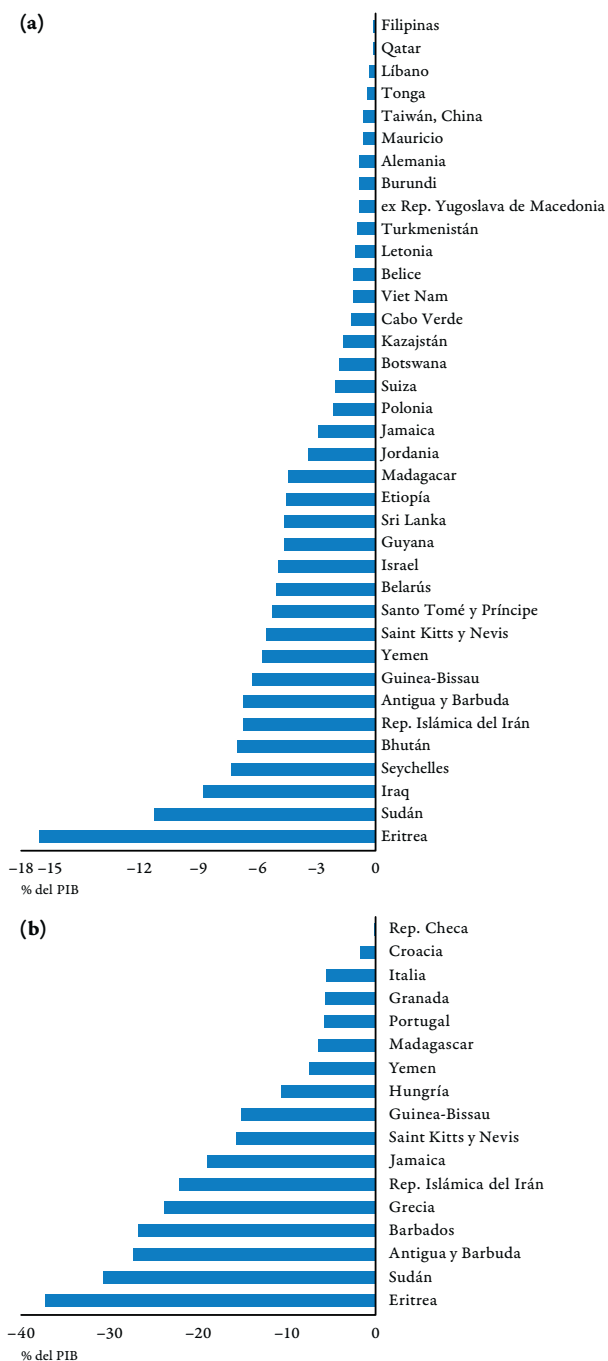
situación dramática, sobre todo para los países en desarrollo donde el gasto social es ya muy limitado para empezar.

¿Cómo han venido ajustando el gasto público los gobiernos desde 2010? Un análisis de 314 informes de país del FMI de 174 países, publicados entre enero de 2010 y febrero de 2013 (Ortiz y Cummins, 2013), indica que los gobiernos están considerando una combinación de seis opciones políticas principales (cuadro 6.1) que están estrechamente vinculadas con la protección social de las poblaciones (véase también el recuadro 6.1): la reducción gradual o eliminación de los subsidios; el recorte o limitación de la masa salarial; el aumento de los impuestos sobre el consumo; la adopción de reformas destinadas a reducir los costos de los sistemas de pensiones; la mayor racionalización y focalización de la asistencia social y otras prestaciones de protección social; y la introducción de reformas en los sistemas de atención de salud dirigidas a la contención de costos. Estas estrategias de consolidación fiscal no se limitan a Europa, y, de hecho, son muy frecuentes en los países en desarrollo. Muchos gobiernos también están considerando medidas en materia de ingresos que pueden tener efectos adversos en las poblaciones vulnerables, sobre todo la introducción o extensión de impuestos, como el IVA sobre el consumo de productos básicos que son consumidos de manera desproporcional por los hogares pobres. Todos los diferentes enfoques de ajuste plantean consecuencias potencialmente graves para las poblaciones vulnerables, tal y como se resume a continuación.

³ Para un análisis más detallado sobre las tendencias del gasto público a nivel mundial entre 2005 y 2015, véase Ortiz y Cummins, 2013.

⁴ A efectos de este informe, la contracción fiscal excesiva se define como la reducción de los gastos del gobierno por debajo de los niveles anteriores a la crisis (valores promedio de gasto entre 2005-07). El análisis no emite un juicio sobre la idoneidad o no de los niveles de gasto previos a la crisis, simplemente utiliza los gastos entre 2005-07 para establecer una línea de base.

Figura 6.3 Contracción fiscal excesiva: descenso previsto en gastos públicos totales en relación con el PIB y en gasto público real (promedio 2013-15 entre promedio 2005-07, porcentajes)



Nota: La contracción fiscal excesiva se define como la reducción de los gastos por debajo de los niveles anteriores a la crisis
 Fuente: Cálculos de la OIT con arreglo a la base de datos de Perspectivas de la Economía Mundial del FMI (octubre 2013)
 Enlace: <http://www.social-protection.org/gimi/gess/RessourceDownload.action?ressource.ressourceId=43339>.

Recuadro 6.1 De los estímulos fiscales a la consolidación fiscal - Implicaciones para la protección social

En 2008-09, hubo un consenso mundial en cuanto a políticas anticíclicas, por medio del cual los países coordinaron políticas para combatir los efectos sociales y económicos negativos de la crisis con el objetivo de mantener la demanda y el crecimiento. El FMI planteó la necesidad de un estímulo fiscal mundial: “En tiempos normales, el Fondo de hecho le estaría recomendando a muchos países que redujeran su déficit presupuestario y su deuda pública. Pero estos no son tiempos normales ... si no se implementa ningún estímulo fiscal, la demanda podría continuar decreciendo ... lo que se necesita es ... un compromiso por parte de los gobiernos de que van a implementar todas las políticas que sean necesarias para evitar que se repita un escenario de gran depresión” (Blanchard, 2008).

A principios de 2010, la recomendación del FMI sufrió un cambio importante (el cual sería respaldado posteriormente por la OCDE), y, finalmente, también por el G-20. Dos documentos del Directorio del FMI aprobados en febrero de 2010 - Exiting from crisis intervention policies and Strategies for fiscal consolidation in the post-crisis world - hicieron un llamado para un ajuste fiscal a gran escala “cuando la recuperación se encuentre en marcha de forma segura” y para que las reformas estructurales en las finanzas públicas sean iniciadas inmediatamente “incluso en países en los que la recuperación aún no se encuentre en marcha de forma segura” (FMI, 2010a; FMI, 2010b). Se hizo un llamado para llevar a cabo reformas de las pensiones y de las prestaciones de salud, acompañadas por el fortalecimiento de “redes de seguridad” para los más pobres (FMI, 2010a, pp. 15-32). En cuanto a la composición del ajuste fiscal, se aconsejó que la mayor parte de esta podía proceder de:

1. Revertir los paquetes de estímulo fiscal adoptados anteriormente;
2. Reformar las pensiones y las prestaciones de salud para reducir las obligaciones financieras a largo plazo del Estado a efectos de evitar “un aumento en el gasto como porcentaje del PIB” (FMI, 2010a, p 16);
3. Contener otros gastos, empleando medios tales como la eliminación de subsidios;
4. Aumentar la recaudación tributaria.

Todas estas reformas sugeridas se convirtieron en la corriente principal de asesoramiento sobre políticas en la mayoría de países de todo el mundo después de 2010 y dieron forma a la dirección adoptada por los programas de ajuste económico acordados con los países que enfrentan una crisis de deuda soberana. El Panorama Económico 2010 de la OCDE (OCDE, 2010d), también se centró en la necesidad urgente de la consolidación fiscal y las reformas estructurales (en, por ejemplo, el trabajo y los mercados de productos), señalando tanto en países de la OCDE como en aquellos que no pertenecen a la OCDE, que el margen económico estaba desapareciendo rápidamente. Si bien estos documentos por lo general se centraban en países de ingresos más altos, también instaron a los países en desarrollo que llevaran a cabo ajustes fiscales, dado que el riesgo de sobreendeudamiento también aumentaba en estos lugares. Así, estos documentos representan los primeros signos de una reversión de política a nivel mundial. Sin embargo, resultó que el margen económico no desapareció y, en su lugar, un patrón de crecimiento lento corre el riesgo de quedar arraigado, debido en parte a la misma consolidación fiscal.

Cuadro 6.1 Principales medidas de ajuste por regiones, 2010-13 (número de países)

	Eliminación de los subsidios	Recortes/limitaciones de la masa salarial	Aumento de los impuestos al consumo	Reformas del sistema de pensiones	Racionalización y focalización de la asistencia social	Reformas del sistema de salud
Asia Oriental y el Pacífico	12	13	8	4	9	0
Europa Oriental y Asia Central	9	15	13	16	15	9
América Latina y el Caribe	11	14	13	12	11	0
Oriente Medio y Norte de África	9	7	7	5	5	3
Asia Meridional	6	4	4	1	4	0
África Subsahariana	31	22	18	9	11	0
Países en desarrollo	78	75	63	47	55	12
Países de ingresos altos	22	23	31	39	25	25
Todos los países	100	98	94	86	80	37

Fuente: Ortiz y Cummins, 2013, con arreglo a los informes de país del FMI (enero 2010-febrero 2013).

La eliminación o reducción de los subsidios

En total, 100 gobiernos de 78 países en desarrollo y 22 países de ingresos altos parecen estar reduciendo o eliminando los subsidios, principalmente a los combustibles, la electricidad, la alimentación y la agricultura. Si bien los subsidios energéticos se están reduciendo en todas las regiones, esta opción política parece ser especialmente dominante en Oriente Medio y África Septentrional, Asia Meridional y África Subsahariana. La eliminación de las ayudas públicas para la alimentación y la agricultura también se observa con mayor frecuencia en Oriente Medio y África Septentrional y en África Subsahariana. Estas medidas de ajuste se están implementando en un momento en que los precios de los alimentos y la energía se sitúan cerca de máximos históricos; si los subsidios básicos se retiran sin la compensación que está siendo proporcionada a través de los mecanismos adecuados de protección social, los alimentos y la energía podrían llegar a ser inasequibles para muchos hogares, en particular, pero no sólo, para los más pobres. La falta de una compensación adecuada ha dado lugar a un número importante de manifestaciones públicas en 60 países (Ortiz et al., 2013; Zaid et al., 2014).

Recortes/limitaciones de la masa salarial

A medida que los gastos recurrentes, tales como los salarios de los funcionarios públicos (en particular de los trabajadores del sector social), tienden a ser el componente más importante de los presupuestos nacionales, se estima que 98 gobiernos en 75 países en desarrollo y 23 países de ingresos altos han considerado la reducción de los costos salariales del sector público, a menudo como parte de reformas de la administración pública. Esta posición en materia de políticas puede traducirse en una

reducción o erosión del valor real de los salarios, atrasos en los pagos, congelación de las contrataciones y/o retracción del empleo, todos los cuales tienen impactos adversos en la prestación de servicios públicos a la población. Las autoridades de salud han advertido de los peligros para la salud causados por tal consolidación fiscal en Europa y otras regiones.

El aumento de los impuestos al consumo de bienes y servicios

Alrededor de 94 gobiernos de 63 países en desarrollo y 31 países de ingresos altos han venido considerando opciones para aumentar los ingresos mediante el aumento de las tasas del IVA o el impuesto sobre las ventas, o la eliminación de las exenciones. Los consiguientes aumentos en los costos de los bienes y los servicios básicos suelen ser regresivos, ya que tienden a afectar más significativamente al costo de vida de los hogares de menores ingresos, incluidos los que ya están en la pobreza, a menos que se cuente con medidas compensatorias –por ejemplo, a través del otorgamiento de prestaciones monetarias y cuasi-monetarias (por ejemplo, los cupones para alimentos), o la distribución de bienes y servicios básicos a precios subsidiados a los grupos de menores ingresos. Otros países están considerando enfoques impositivos alternativos que incluyen la expansión de impuestos habitualmente más progresistas, como los impuestos a los ingresos, la herencia, la propiedad y las corporaciones, incluidos los impuestos al sector financiero.

La reforma de los sistemas de pensiones y de salud

Aproximadamente 86 gobiernos de 47 países en desarrollo y 39 países de ingresos altos han estado considerando una variedad de cambios a sus sistemas de pensiones contributivas, por medios tales como la introducción de condiciones de elegibilidad más estrictas o elevar la edad legal de jubilación, de modo que las personas tengan que trabajar más tiempo para percibir la prestación completa, bajar las tasas de sustitución de las prestaciones, o eliminar las garantías de pensión mínima para los trabajadores menos afortunados. Otros 37 países también están discutiendo la reforma de sus sistemas de atención de salud con un enfoque en la contención de costos, por lo general mediante el aumento de las tasas y los co-pagos realizados por los pacientes, junto con medidas de ahorro en los centros de salud públicos. Estas medidas de ajuste tienen efectos negativos inmediatos en los pobres, aumentan los riesgos de pobreza para otros, y pueden conducir a la exclusión efectiva de muchos de percibir las prestaciones o asistencia decisiva en momentos en que sus ingresos están disminuyendo y sus necesidades sociales son mayores.

Racionalización y mayor focalización de la asistencia social y otras prestaciones de protección social

En total, 80 gobiernos de 55 países en desarrollo y 25 países de ingresos altos han estado considerando racionalizar su gasto social, a menudo mediante la revisión de los criterios de elegibilidad y la focalización más eficiente de las prestaciones en los más pobres, lo que implica una reducción de facto de la cobertura de la protección social y un papel más limitado de los sistemas de protección social en la prevención de la pobreza. Se ha venido discutiendo una mayor focalización en las personas más pobres en 25 países de ingresos altos y 55 países en desarrollo, incluyendo países de ingresos bajos, como Gambia, Haití, Malí, Mauritania, Nicaragua, Senegal, Sudán, Timor Oriental, Togo y Zambia, donde en promedio alrededor de la mitad de la población vive por debajo de la línea de la pobreza nacional. En esos lugares, la justificación para focalizar la asistencia en los más pobres de los pobres es débil. Este enfoque de política supone un alto riesgo de excluir a grandes segmentos de poblaciones vulnerables en un momento de crisis y penurias económicas. En lugar de focalizar y recortar los programas de protección social para lograr ahorros en el corto plazo, hay razones de peso para ampliarlos en tiempos de crisis y construir

pisos de protección social a partir de un enfoque basado en derechos.

Contrariamente a la percepción pública, las medidas de consolidación fiscal no se limitan a Europa; de hecho, la mayor parte de las medidas de ajuste que se resume aquí son más prominentes en los países en desarrollo, en particular la reducción de los subsidios, los recortes salariales/limitaciones de la masa salarial, y la cada vez mayor “racionalización” de los programas de protección social existentes. El principal riesgo de estas medidas de contratación del gasto es que, cuando se toman sin el debido reconocimiento de sus consecuencias negativas, dan lugar a menudo a la exclusión de grandes grupos vulnerables de la percepción de prestaciones o de asistencia decisiva.

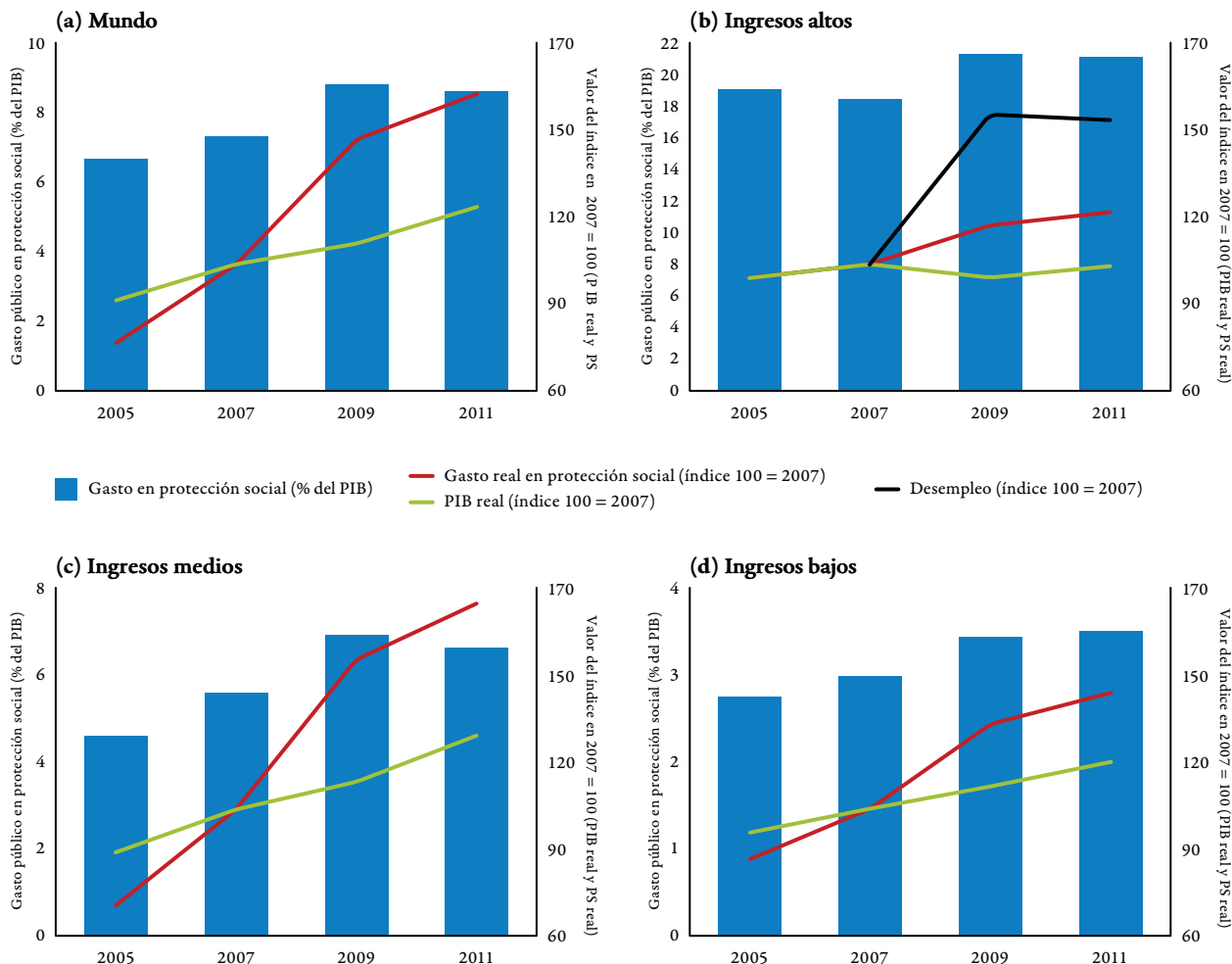
Las medidas de consolidación fiscal mal diseñadas amenazan no sólo el derecho humano a la seguridad social, sino también los derechos a la alimentación, la salud, la educación y otros bienes y servicios esenciales (Sepúlveda, 2012; Naciones Unidas, 2012b). En muchos contextos, las políticas de consolidación fiscal son impulsadas por una lógica de ahorro de costos, y sus impactos sociales negativos en las mujeres, los niños, las personas de edad, los desempleados, los inmigrantes o las personas con discapacidad son vistos como un daño colateral inevitable en la búsqueda de equilibrios fiscales y el servicio de la deuda (CESR, 2012). El Alto Comisionado de la ONU para los Derechos Humanos ha advertido de que “las medidas de austeridad ponen en peligro los regímenes de protección social, incluidas las pensiones, lo que afecta considerablemente el disfrute de los derechos a la seguridad social y a un nivel de vida adecuado” (OACNUDH, 2013, párr. 36), en particular para los grupos vulnerables y marginados, lo que apunta a la obligación positiva de los Estados de garantizar una adecuada regulación financiera, necesaria para salvaguardar los derechos humanos, así como la obligación de garantizar la satisfacción, cuanto menos, de niveles mínimos esenciales de todos los derechos económicos, sociales y culturales, incluyendo el derecho a la seguridad social (OACNUDH, 2013, esp. párrafos 36-71).

6.1.3 Tendencias divergentes entre países

Generalmente, los datos completos disponibles más recientes (2011), muestran una disminución del gasto en la protección social a nivel mundial en términos del PIB, en particular en los países de ingresos medios y altos (figura 6.4).⁵ Sólo los países de ingresos bajos han aumentado el gasto público en protección social como porcentaje del PIB. El nivel del gasto

⁵ Al momento de redactar este informe, los datos internacionales comparables sobre las tendencias del gasto en seguridad social para el periodo 2012-14, y las mediciones de sus efectos más recientes sobre las desigualdades y la pobreza, son limitados.

Figura 6.4 Gasto en protección social pública como porcentaje del PIB, el PIB real y el gasto en protección social real (índice 100 = 2007): (a) mundial; (b) países de ingresos altos; (c) países de ingresos medios; (d) países de ingresos bajos



Nota: El panel de los países de ingresos altos excluye a la Federación de Rusia. La escala de la izquierda (vertical) difiere entre los grupos de ingresos..

Fuentes: Cálculos de la OIT con arreglo a datos de la OIT, la OCDE, Eurostat, CEPAL, el Banco Asiático de Desarrollo, el Banco Mundial, el FMI y datos nacionales.

Enlace: <http://www.social-protection.org/gimi/gess/RessourceDownload.action?ressource.ressourceId=43321>.

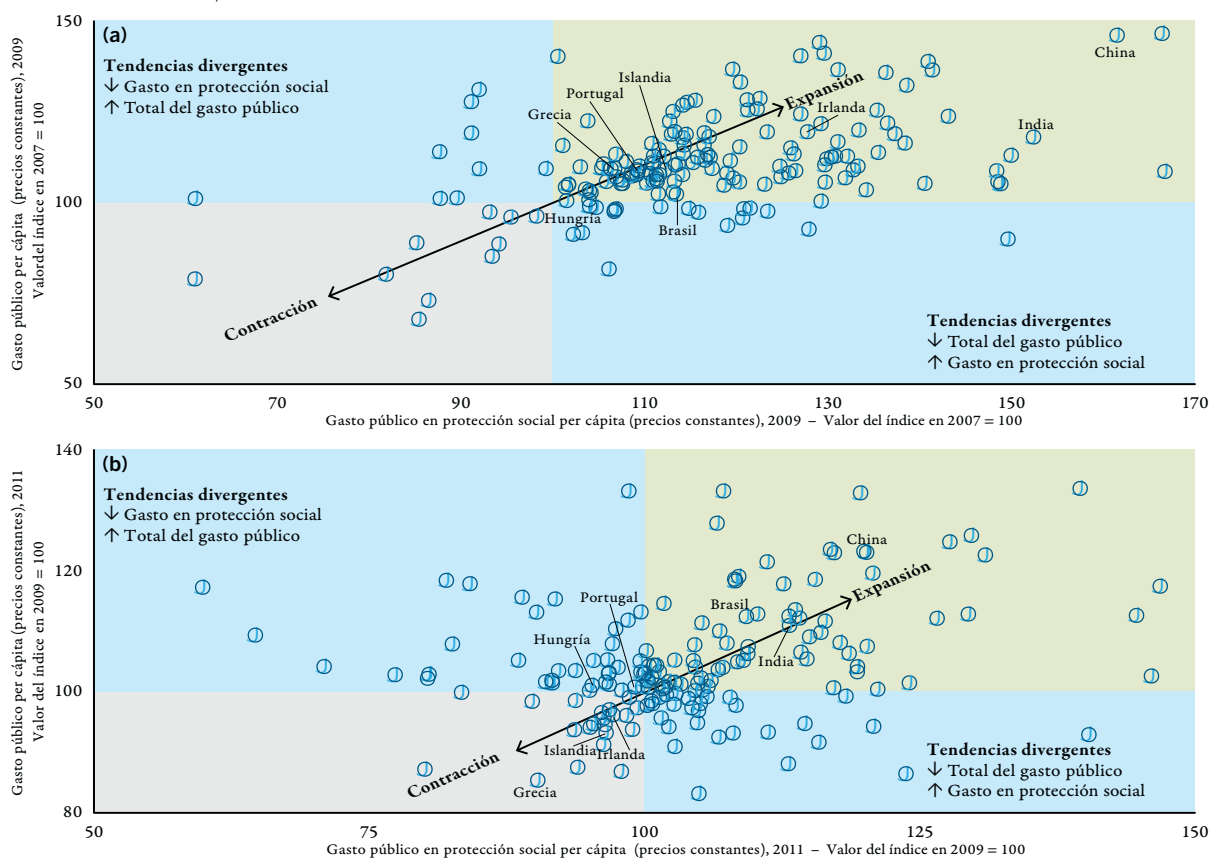
social no se ha incrementado lo suficiente como para seguir el ritmo de los aumentos en el desempleo y la pobreza.

Los cuatro paneles de la figura 6.4 muestran las tendencias en el gasto gubernamental real en protección social per cápita en las dos fases de la crisis. Está claro que, a pesar de la considerable contracción en 2011, un gran número de países (sobre todo en el mundo en desarrollo) se encontraban todavía expandiendo la seguridad social en ese momento. Debe tenerse en cuenta que en muchos de estos países en desarrollo dicha expansión está siendo financiada en parte mediante los ahorros procedentes de las medidas de consolidación y ajuste fiscales, tales como la reducción o eliminación de los subsidios

(incluyendo los subsidios a los alimentos y a los combustibles). Los efectos netos en los resultados sociales aún no se han estudiado y variarán inevitablemente de un país a otro.

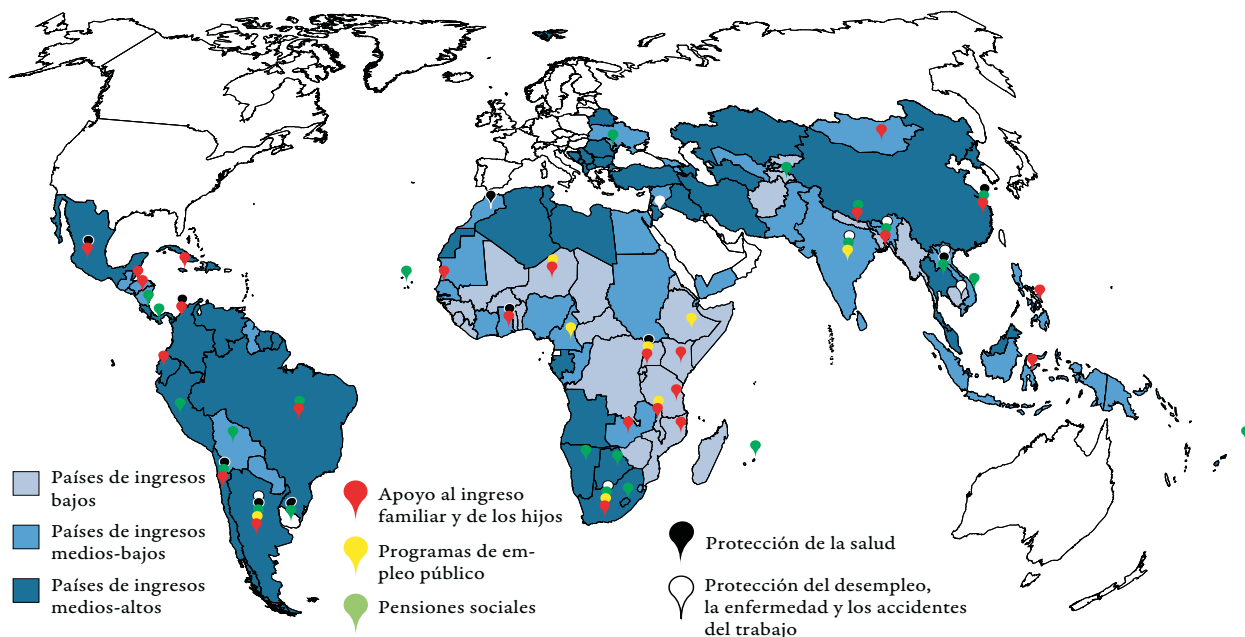
Si bien un número considerable de los gobiernos ha ajustado su sistemas de protección social desde 2010, muchos países en desarrollo han tomado medidas enérgicas para ampliar la cobertura de la protección social y mejorar al menos la asistencia social proporcionada a los segmentos más pobres de la población (véase las figuras 6.5 y 6.6). El notable impulso de la expansión de la protección social comenzó mucho antes del inicio de la crisis mundial, y se ha acelerado desde 2009, en algunos casos como parte de las medidas de estímulo

Figura 6.5 Tendencias en el gasto público y gubernamental en la protección social per cápita (a precios constantes): (a) 2007-09; (b) 2009-11



Fuentes: Cálculos de la OIT con arreglo a datos de la OIT, OCDE, Eurostat, CEPAL, el Banco Asiático de Desarrollo, el Banco Mundial, el FMI y datos nacionales.
 Enlace: <http://www.social-protection.org/gimi/gess/RessourceDownload.action?ressource.ressourceld=43322>.

Figura 6.6 Extensión de la protección social en los países de ingresos medios y bajos: Ejemplos seleccionados de programas nuevos y ampliados, 2000-13



Fuente: Compilación con arreglo a datos de la OIT.
 Enlace: <http://www.social-protection.org/gimi/gess/RessourceDownload.action?ressource.ressourceld=43519>.

fiscal a corto plazo, a menudo como parte de las políticas estructurales a más largo plazo destinadas a promover el desarrollo humano y económico, así como la estabilidad política.

6.2 Los países de ingresos altos: La consolidación fiscal y sus efectos

La mayoría de países de ingresos altos (PIA)⁶ han llevado a cabo reformas a largo plazo de los sistemas de pensiones de la protección social desde mucho antes de la crisis, por la presión de los cambios demográficos y la búsqueda de la sostenibilidad a largo plazo. Las políticas recientes de consolidación fiscal han acelerado dichos cambios, no obstante afectando todas las áreas de la protección social.

6.2.1 El panorama general: La priorización de la recuperación del sector financiero por sobre la protección social

Los aumentos considerables del gasto en protección social en la primera fase de la crisis estuvieron ampliamente dirigidos a compensar la gravedad excepcional de la crisis económica. Hubo, sin embargo, diferencias significativas de un país a otro: a finales de 2008 y 2009, mientras que entre los países europeos de altos ingresos, tales aumentos ascendieron a alrededor del 7 por ciento en términos reales, éstos superaron el 10 por ciento en toda la OCDE y alcanzaron el 15 por ciento en Estados Unidos, y su efecto continuó hasta 2010 (OCDE, 2012b). Estos incrementos contribuyeron decisivamente a reducir al mínimo los costos sociales y limitar el impacto económico de la crisis al evitar un colapso del consumo y mantener la actividad económica (véase la sección 6.2.2 más adelante).

La segunda fase de la crisis, a partir de 2010, vio un giro total de estas políticas: el crecimiento anual del gasto se desaceleró considerablemente, seguido de una contracción del gasto social en 2011 para muchos países de ingresos altos. Esto no determinó una reducción en las necesidades de protección social, sino más bien un giro de 180 grados en la política de gasto público de los gobiernos a partir de 2010. La crisis de la deuda soberana de Europa volvió la atención pública hacia el gasto público, como si esto fuera lo que había causado la crisis. Ahora bien, la deuda pública y los déficits eran síntomas de la crisis, no su causa. El aumento de las deudas y los déficits en este punto eran el resultado de los rescates bancarios para sacar al sector

financiero de la quiebra, los conjuntos de medidas de estímulo, y la baja en los ingresos públicos debido a la desaceleración de la actividad económica (figura 6.7). Sin embargo la consolidación fiscal se centró en recortes profundos de las políticas públicas y la disminución de la estructura del Estado como la principal forma de corregir el déficit, volver la calma a los mercados y revitalizar la economía. Siguiendo esta lógica, el modelo social europeo fue calificado de inasequibles y oneroso, lo que en última instancia redujo la competitividad y desalentó el crecimiento.

Cuando las políticas gubernamentales transfirieron la máxima prioridad al servicio de la deuda y al logro del equilibrio fiscal en 2010, el empleo y la protección social se convirtieron en prioridades secundarias. Se tomó decisiones para reducir el gasto público en la mayoría de los países de ingresos altos, a pesar del aumento del desempleo y la pobreza (véase el cuadro 6.1 más arriba). El gasto público social de los países de ingresos altos no ha seguido el ritmo de las necesidades de las poblaciones de seguridad de los ingresos y acceso a la salud y otros servicios sociales.

En general, el desempleo aumentó en más de 45 por ciento, con más de 44 millones de desempleados en los países de ingresos altos de la OCDE en 2013 en comparación con 2008, a la vez que se incrementó inicialmente el gasto en prestaciones de desempleo y la asistencia social financiada con impuestos, pero luego se redujo y alrededor de la mitad de los desempleados no percibieron prestaciones de desempleo (OIT, 2014a, anexo IV, cuadro B.3 del presente informe). En el momento de redactar este informe, existen grandes grupos de personas, muchos de ellos anteriormente de la clase media, que ahora viven en condiciones de pobreza o cercanas a la pobreza en los países de ingresos altos. Esta situación es más evidente en los países de Europa afectados por la crisis, donde en 2012 había 9.5 millones de pobres más que en 2008 y la pobreza infantil aumentaba a un ritmo alarmante⁷ (figura 6.8). El aumento del desempleo y de la pobreza a tal escala en tantos países europeos debería haber motivado la adopción de medidas para fortalecer aún más el gasto en la protección social en lugar de reducciones orientadas por los objetivos de la consolidación fiscal.

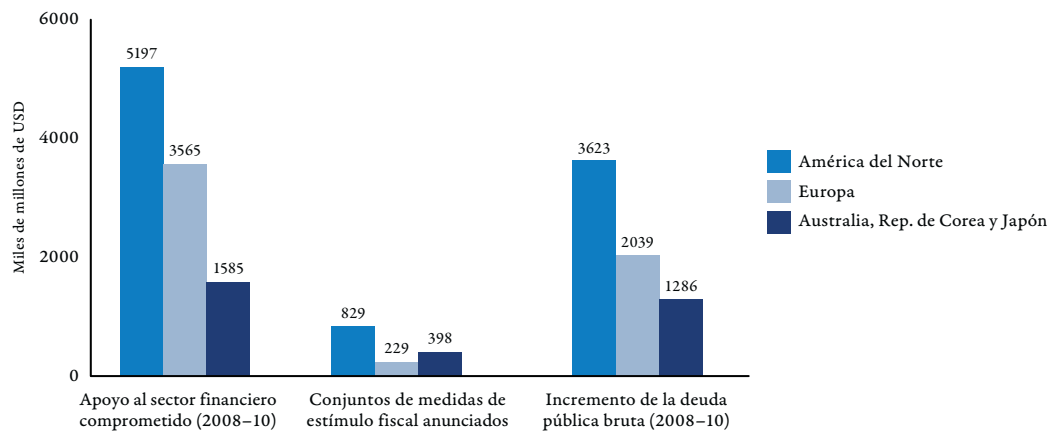
Las reducciones en la protección social fueron más severas en aquellos países de ingresos altos que tenían los déficits presupuestarios más altos, que eran también los que contaban con los programas de asistencia social más limitados (Grecia, Irlanda y Portugal) (Vaughan-Whitehead, 2014).⁸ Según un estudio reciente de la OCDE de más de 30 países, cerca de la mitad ha considerado planes de consolidación

⁶ Esta sección se centra principalmente en los PIA que son miembros de la OCDE. La situación de otros PIA no se discute aquí, ya que se refiere sobre todo a los países donde la evolución de la protección social se asemeja a la de los países de ingresos medios: por ejemplo, Arabia Saudita, Bahrein, Emiratos Arabes Unidos y Qatar, donde el gasto agregado en protección social es de menos del 5 por ciento del PIB (con la excepción de Kuwait, donde asciende al 12 por ciento del PIB), en comparación con un promedio del 22 por ciento del PIB en los países de la OCDE.

⁷ Datos de Eurostat para 2012, con excepción de Irlanda (2011); sobre la base de la línea de la pobreza fija a partir de 2008.

⁸ Grecia redujo el gasto público en más de 30 mil millones EUR o el equivalente al 10 por ciento del PIB entre 2009 y 2011, y se espera ahorrar un 8 por ciento adicional para 2015 (Hermann, 2013; OCDE, 2012c). El programa de austeridad irlandés también tiene la intención de ahorrar aproximadamente el 18 por ciento del PIB para 2015, mientras que España, Hungría, Portugal y Reino Unido aspiran a un ahorro de por lo menos un 7-8 por ciento (Vaughan-Whitehead, 2014).

Figura 6.7 Apoyo para el sector financiero, paquetes de estímulo fiscal e incrementos en la deuda pública, PIA seleccionados, 2008-10 (miles de millones USD)

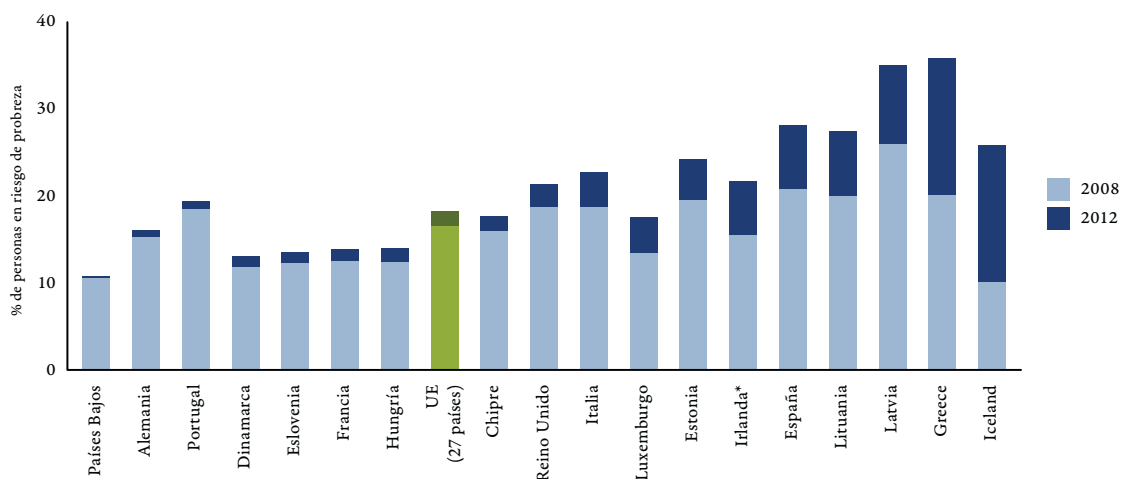


Nota: América del Norte incluye a Canadá y Estados Unidos; Europa incluye a Alemania, Austria, Bélgica, España, Finlandia, Francia, Grecia, Irlanda, Países Bajos, Polonia, Portugal, Reino Unido y Suecia.

Fuentes: FMI, 2010c; FMI, 2013A; Stolz y Wedow, 2010; PNUD, 2010.

Enlace: <http://www.social-protection.org/gimi/gess/RessourceDownload.action?ressource.ressourceId=43679>.

Figura 6.8 Aumento de la proporción de la población en riesgo de pobreza en 18 países europeos entre 2008 y 2012



* Datos de 2011.

Nota: Este gráfico se basa en una línea de riesgo de pobreza del 60 por ciento de la mediana de los ingresos equivalentes anclada en un momento determinado en el tiempo (2008).

Enlace: <http://www.social-protection.org/gimi/gess/RessourceDownload.action?ressource.ressourceId=43342>.

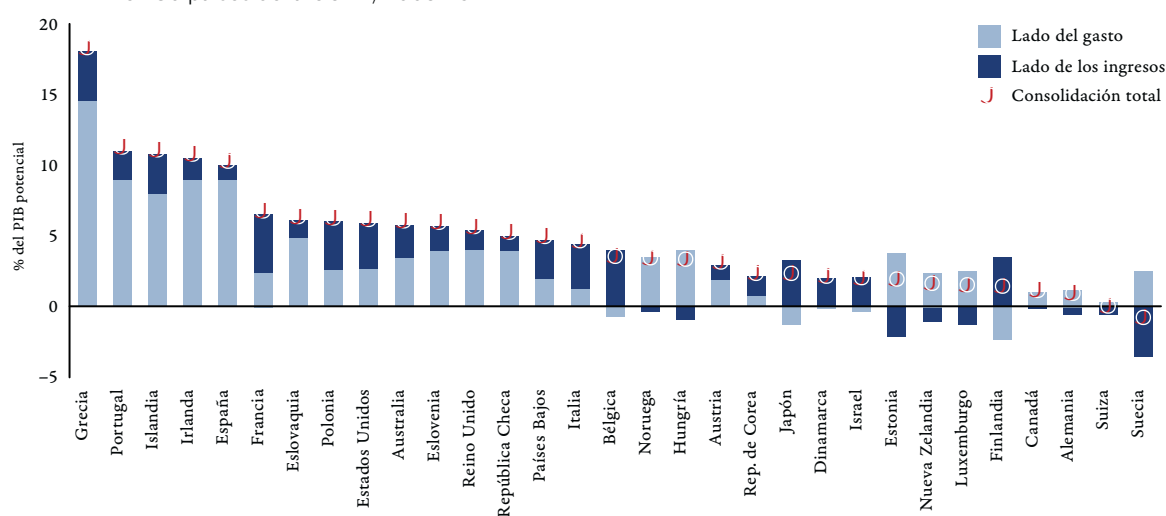
fiscal que requieren de ajustes de más del 5 por ciento del PIB de 2009 a 2015, con un alto predominio de los recortes de los pagos directos en lugar de medidas respecto de los ingresos (figura 6.9). El estudio indica que los planes actuales de consolidación fiscal están dando lugar a una disminución de las transferencias sociales en términos ajustados cíclicamente en aproximadamente la mitad de los países de la OCDE, mientras que a la vez se espera que los impuestos ajustados de los hogares aumenten en la mayoría países de la OCDE.⁹

La protección social con frecuencia ha sido objeto de reducciones o congelamientos del gasto, en particular en las áreas de prestaciones de desempleo, atención de la salud, pensiones y asistencia social (véase el cuadro 6.2). En cuanto a los ingresos, las medidas a menudo han tenido la finalidad de aumentar los impuestos indirectos como el IVA, el que según informes ha aumentado en un promedio de 1.8 puntos porcentuales en los países miembros de la Unión Europea.¹⁰

⁹ Este resultado se basa en una encuesta de la OCDE sobre las estrategias de consolidación de más de 30 gobiernos entre 2009 y 2015. La mayoría de los gobiernos informaron sobre planes para mejorar sus presupuestos públicos, principalmente por medio de restricciones del gasto (Rawdanowicz, Wurzel y Christensen, 2013).

¹⁰ Según Eurostat, la tasa media del IVA en la UE fue del 19.4 por ciento en 2008; para el 2012, había aumentado al 21.0 por ciento.

Figura 6.9 Distribución de los planes de consolidación fiscal basados en recaudación versus planes basados en gastos en 30 países de la OCDE, 2009-15



Fuentes: Basados en la OCDE, 2012c; Rawdanowicz, Wurzel y Christensen, 2013. Enlace al gráfico original: http://www.OCDE-ilibrary.org/governance/restoring-public-finances-2012-update_9789264179455-en [disponible el 30 de abr. 2014].

Enlace: <http://www.social-protection.org/gimi/gess/RessourceDownload.action?ressource.ressourceId=43477>.

130

Cuadro 6.2 Medidas de consolidación fiscal seleccionadas adoptadas recientemente o en discusión en países de ingresos altos

País	Medidas adoptadas o en discusión
Dinamarca	Congelación en varias prestaciones sociales, reducción de la duración de las prestaciones de desempleo, introducción de un límite máximo de las prestaciones familiares
Estonia	Aumentos en el IVA (al 20 por ciento) y los impuestos sobre consumos específicos, disminuciones en las prestaciones sociales (salud, pensiones), recortes de los gastos operativos, ajuste (temporal) de las cotizaciones de las pensiones del segundo pilar y de las cargas por venta de tierras, recortes de los gastos discrecionales
Francia	Recortes de las pensiones públicas, la atención de salud y la administración pública; aumento de la edad de jubilación (de 60 a 62 años para 2018); aumento del impuesto sobre el capital; aumento de tasa impositiva máxima sobre los ingresos en 1 punto porcentual; planes de aumentar las cotizaciones aportadas requeridas para percibir una pensión completa (aumentando de facto la edad de jubilación para las generaciones futuras)
Alemania	Impuestos adicionales, recortes del gasto en las políticas de seguridad social y del mercado laboral, ajustes a las disposiciones del seguro de desempleo, recortes del gasto militar y administrativo
Grecia	Reducción del 10 por ciento del gasto gubernamental general en sueldos y subsidios, congelación de las contrataciones en el sector público, reforma estructural significativa del sistema de protección social y reducción drástica en el número de los organismos públicos/entidades vinculados con las autoridades locales
Hungría	Recortes en el sector público (reducción de los salarios, la eliminación de ciertas prestaciones), impuesto durante seis años para las instituciones financieras, aumento del IVA al 27 por ciento, reducción de la burocracia en beneficio de los inversores, prohibición de las hipotecas en moneda extranjera y reversión parcial de la reforma del sistema de pensiones
Irlanda	Aumento de los impuestos y recortes de gastos (salarios del sector público, las prestaciones de bienestar social)
Italia	Congelación de las contrataciones y recortes salariales en el sector público, recortes en los gastos de atención de salud, reducción de las transferencias del gobierno central a los gobiernos regionales y locales, ajustes significativos al el sistema público de pensiones
Letonia	Aumento del IVA del 18 al 21 por ciento, introducción del impuesto sobre la renta del capital, aumento del tipo impositivo fijo sobre la renta personal en 3 puntos porcentuales y ajustes al sistema público de pensiones
Portugal	Reducción de las contrataciones y de los salarios en el sector público, aumento del IVA al 23 por ciento, impuestos sobre las rentas elevadas y ajustes significativos en las pensiones públicas
Rumania	Reducción del 25 por ciento de en los salarios del sector público, reducción del 15 por ciento en las pensiones y prestaciones de desempleo, otros ajustes al sistema de protección social, aumento del IVA del 19 al 24 por ciento
España	Recortes de los puestos de trabajo y salarios en el sector público, introducción de un nuevo impuesto sobre la renta, aumento del IVA al 21 por ciento, recortes de las pensiones públicas incluida la suspensión de la indexación de pensiones con la inflación
Reino Unido	Supresión del fondo fiduciario a favor de la infancia, recortes de los programas de empleo, congelación de la contratación en la administración pública, aumento de IVA del 17.5 al 20 por ciento
Estados Unidos	Congelación de la financiación discrecional no relacionada con la seguridad durante tres años mediante recortes/reducción de 120 programas considerados ineficaces, congelación de los salarios en el sector público, reducción de la duración del seguro de desempleo, restricciones al sistema de asistencia alimentaria, introducción de un programa nacional de seguro de salud

Fuentes: Con arreglo a la OIT, la UE y el IIEL, y fuentes nacionales.

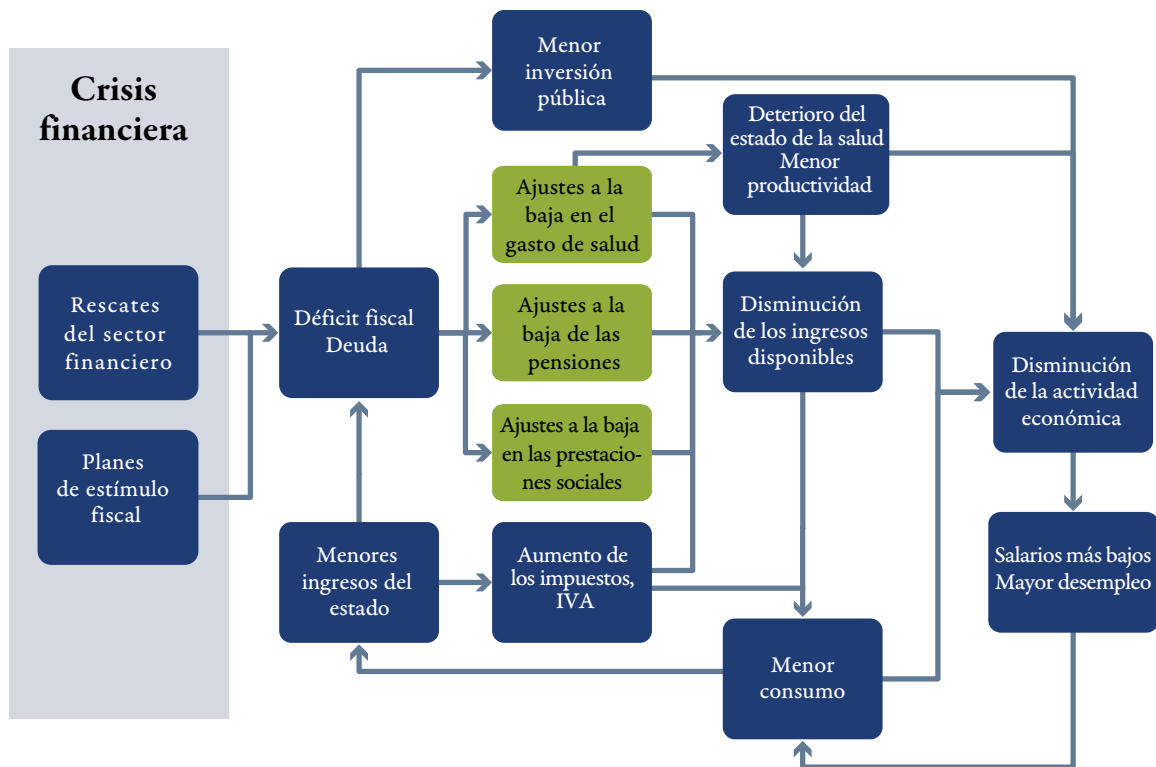
Recuadro 6.2 Utilización de los fondos soberanos de reserva de pensiones para financiar los rescates financieros

Los fondos soberanos de reserva de pensiones, normalmente establecidos para apoyar a los gobiernos en la financiación de los pasivos futuros de pensiones al complementar los fondos acumulados a partir de las cotizaciones de los empleadores y los trabajadores, se han aprovechado en un grado sustancial en el curso de la crisis mundial para ayudar a aliviar la tensión sobre las finanzas públicas nacionales. En algunos casos, estos se han utilizado para financiar intervenciones de forma directa; en otros, para apoyar a sectores económicos específicos que enfrentaban dificultades o para garantizar préstamos.

Por ejemplo, el Fondo de Reserva de Pensiones Nacional de Irlanda se utilizó para recapitalizar el sistema bancario irlandés como una de las contribuciones nacionales solicitadas en el marco del programa de ajuste económico para Irlanda. Otro ejemplo es el Fondo Futuro de Australia, el cual recibió su última asignación financiera por parte del Gobierno en 2008, y como resultado de lo cual su nivel de activos se considera que se encuentra actualmente por debajo de su nivel objetivo según lo determinado por el Actuario del Gobierno de Australia. El Fondo de Pensiones de Nueva Zelanda, por su parte, ha aumentado su exposición a la economía nacional de Nueva Zelanda en respuesta a los consejos del Gobierno sobre considerar oportunidades atractivas de inversión en Nueva Zelanda. También para este caso, el Gobierno redujo la transferencia de recursos del presupuesto público al Fondo en 2009/10 y la suspendió en 2010/11; se ha programado que esta se reanudaré en 2020/21.

Fuente: OIT, 2011a; Casey, 2014; fuentes nacionales.

Figura 6.10 Los riesgos sociales y económicos de la consolidación fiscal



Fuente: OIT.

Enlace: <http://www.social-protection.org/gimi/gess/RessourceDownload.action?ressource.ressourceId=43680>.

Dichos aumentos afectan desproporcionadamente a los grupos de bajos ingresos (Thomas y Picos-Sánchez, 2012).

Además de estas medidas, algunos gobiernos han tenido que recurrir a las fuentes de financiación disponibles para financiar los rescates de las instituciones financieras en problemas. El uso de los fondos nacionales de pensiones, ya sea a través de préstamos y decisiones de inversión explícitos o bien a través de garantías de préstamos no explícitas (véase el recuadro 6.2), es motivo de preocupación, ya que dichos fondos están sujetos a objetivos y metas de desempeño rigurosos, así

como a reglas gubernamentales estrictas que ahora parecen estar dejándose de lado. Dichos activos de pensiones por lo general representan las cotizaciones acumuladas de los trabajadores y de los empleadores para garantizar su seguridad social en la vejez, una demanda cada vez más acuciante a medida que estas sociedades envejecen.

En general, el despliegue de vastos recursos públicos para rescatar a las instituciones privadas consideradas “demasiado grandes para irse a la quiebra” y, en menor medida, para financiar los planes de estímulo fiscal, hizo aumentar la deuda soberana, obligó a los contribuyentes a

absorber las pérdidas y, en última instancia, obstaculizó el crecimiento económico (figura 6.10). Muchos gobiernos han reducido el consumo y la inversión pública, así como las prestaciones sociales, creando así un círculo vicioso: las reducciones en la inversión en infraestructura y los salarios del sector público, así como los recortes a la seguridad social, redujeron aún más la demanda agregada de la economía, y, en consecuencia, redujeron la demanda de mano de obra y a su vez aumentaron el desempleo y disminuyeron la recaudación fiscal obtenida de los ingresos y los recursos fiscales disponibles, añadiendo así una presión para reducir aún más las transferencias sociales. El costo del ajuste se ha trasladado a las poblaciones, quienes por más de cinco años se esfuerzan por salir adelante a pesar de la falta de empleo y los menores ingresos.

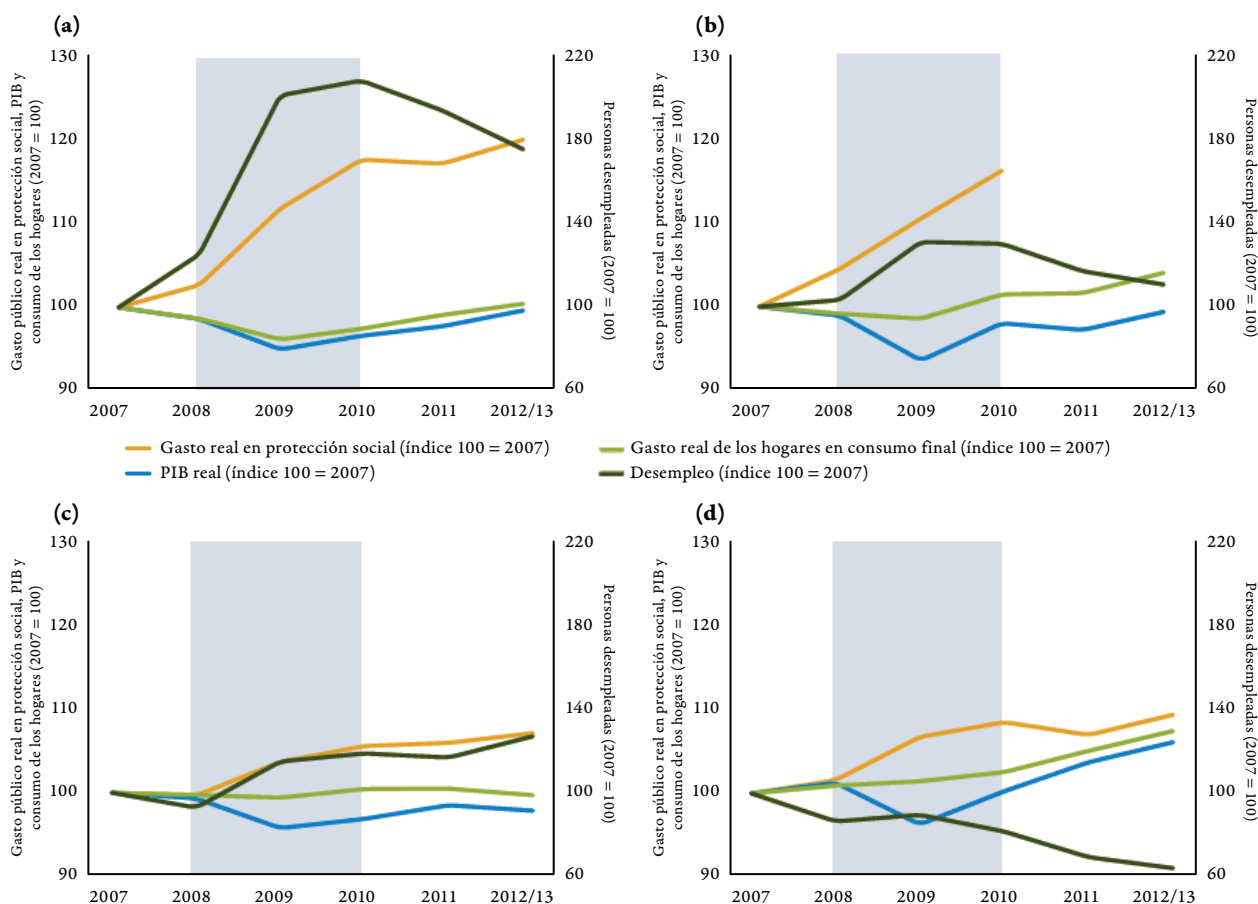
6.2.2 La primera fase de la crisis: La extensión de la protección social para sostener los ingresos disponibles de los hogares y la demanda interna (2008-09)

El otorgamiento automático de las prestaciones del seguro de desempleo en la primera fase de la crisis demostró el papel anticíclico de dichos regímenes, financiados con las cotizaciones acumuladas con

miras a satisfacer el mayor gasto en prestaciones durante las crisis económicas. En una serie de países, se amplió dichos regímenes para facilitar el acceso a prestaciones ante una situación de desempleo masivo. Por ejemplo, en Estados Unidos se extendió la duración máxima para el pago de las prestaciones ya que las oportunidades de empleo eran muy escasas para dar abasto ante el aumento en el número de desempleados. Otros países, como Alemania, ajustaron sus marcos legales para permitir a las empresas de determinados sectores introducir una reducción temporal de la jornada laboral, compensada por prestaciones de protección social, a fin de evitar despidos. Otros ejemplos de buenas prácticas incluyen conjuntos de medidas de estímulos especiales que incorporan las prestaciones de asistencia social que se necesitan con urgencia para atender al creciente número de pobres. Estos y otros ajustes a corto plazo limitaron la caída del poder adquisitivo de los ciudadanos y por lo tanto también la disminución de la demanda agregada mundial.

Los datos de Alemania, Estados Unidos, Francia y Japón de 2009 hasta principios de 2010, proporcionan evidencia de la función estabilizadora económica y social anticíclica automática del

Figura 6.11 Tendencias del gasto público real en protección social per cápita, PIB, consumo y el desempleo, 2007-2012/13: (a) Estados Unidos; (b) Japón; (c) Francia; (d) Alemania

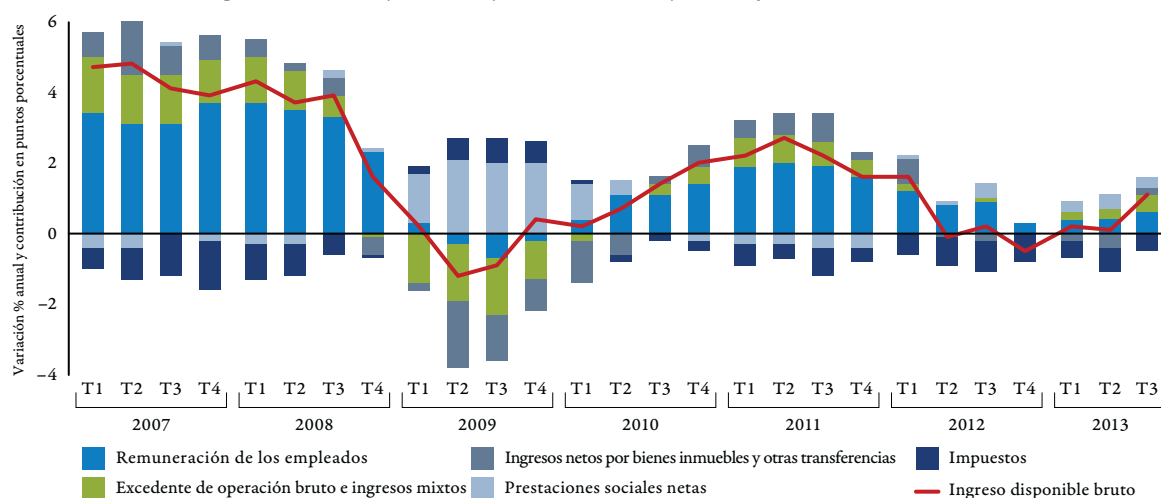


Nota: Niveles indexados, 2007 =100.

Fuentes: IOIT, OCDE, Eurostat, FMI.

Enlace: <http://www.social-protection.org/gimi/gess/RessourceDownload.action?ressource.ressourceId=43323>.

Figura 6.12 Contribuciones de diversos componentes para el crecimiento de los ingresos nominales brutos disponibles de los hogares, Área Europea de 17 países, 2000-12 (porcentajes)



Notas: Variación porcentual anual y contribuciones en puntos porcentuales. El ingreso laboral incluye la remuneración de los asalariados, el excedente bruto de las operaciones y los ingresos mixtos (compensación de trabajadores independientes).

Fuente: Eurostat/ Banco Central Europeo.

Enlace: <http://www.social-protection.org/gimi/gess/RessourceDownload.action?ressource.ressourceId=43324>.

gasto en protección social, especialmente del papel desempeñado por los estímulos fiscales específicos para ampliar las prestaciones de corto plazo para los desempleados y los pobres al revertir la tendencia a la baja del gasto en el consumo privado (Figura 6.11).¹¹

El análisis a lo largo del tiempo de los diferentes componentes del crecimiento en los ingresos privados disponibles, proporciona evidencia adicional del efecto anticíclico de la protección social. Antes de la crisis, los ingresos por el trabajo, las prestaciones sociales netas, los impuestos y las rentas de la propiedad variaban durante los ciclos económicos de tal manera que la renta real bruta disponible se incrementó en alrededor del 4 por ciento anual en el Espacio Europeo hasta 2008 (figura 6.12). Posteriormente, en 2009 y principios de 2010, las poblaciones en la mayoría de los países experimentaron descensos significativos en sus ingresos de las utilidades y otras fuentes de ingresos del mercado, debido a un aumento del desempleo, la reducción de la jornada laboral y las utilidades, y la disminución de las ganancias y otros ingresos del capital.

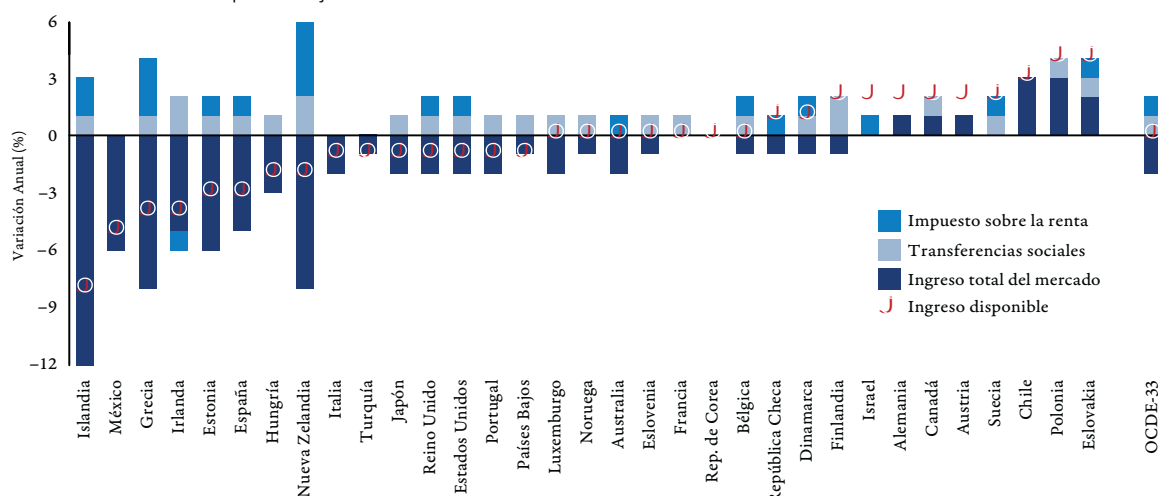
En promedio, los ingresos de las utilidades y del capital (ingresos del mercado) disminuyeron en un 1.9 por ciento anual en términos reales en toda la OCDE durante este período; sin embargo, en algunos países, como Grecia, Islandia y Nueva Zelanda, los ingresos del mercado se redujeron en más de un 7 por ciento anual (figura 6.13). El aumento de las transferencias sociales y otros

elementos de los estímulos fiscales especiales desempeñaron un papel particularmente importante en amortiguar los efectos de la reducción de los ingresos del mercado en países como España, Estonia, Irlanda, y Nueva Zelanda. En otros países, donde las prestaciones de protección social periódicas y adecuadas no estaban disponibles, no se pudo observar dicho efecto amortiguador contra las caídas drásticas de los ingresos disponibles de los hogares. Desde 2010 hasta principios de 2012, el componente de las utilidades añadió un promedio de 2 puntos porcentuales al crecimiento de los ingresos disponibles, mientras que los cambios en la reducción de las prestaciones sociales claramente obraron en dirección opuesta.

No obstante, la evidencia de la función estabilizadora económica y social anticíclica automática del gasto de la protección social observado en 2009 y principios de 2010, no fue suficiente para contener la presión de los mercados financieros, las agencias calificadoras y los enfoques ortodoxos para adoptar en los programas de protección social medidas de ajuste a partir de 2010. En lugar de unirse con los interlocutores sociales en la búsqueda de respuestas alternativas a la crisis que podría haberles permitido adaptarse a la reforma estructural sin socavar los derechos sociales o exacerbar las dificultades experimentadas por las empresas, los gobiernos de la mayoría de los países de ingresos altos adoptaron políticas de consolidación fiscal, incluyendo reducciones en los derechos y duración

¹¹ En Alemania, donde el 26 por ciento del PIB se destinó a la protección social pública en 2012, se introdujeron cuatro paquetes de estímulo a partir de 2008, con el objetivo principal de preservar empleos. Su costo a partir de 2011, ascendió hasta alrededor del 4 por ciento del PIB de 2008 (en comparación con el 19.8 por ciento gastado en el rescate del sector financiero). En Francia, donde el 32 por ciento del PIB en 2012, se destinó a la protección social, las medidas extraordinarias de rescate fiscal fueron más modestas, al representar (a 2011) el 1.6 por ciento del PIB de 2008 (en comparación con el 19.0 por ciento gastado en el rescate del sector financiero). En Estados Unidos, donde el 20 por ciento del PIB en 2012 se destinó a la protección social, existió un paquete de estímulo extraordinario principal en 2008 y algunos paquetes menores después de ese. A 2011, su costo ascendió hasta alrededor del 5.6 por ciento del PIB de 2008 (en comparación con el 5.1 por ciento gastado en el rescate del sector financiero).

Figura 6.13 Variaciones anuales en el ingreso disponible, 2007-10, por componente de ingresos, países seleccionados de la OCDE (porcentajes)



Notas: El valor de 2007 se refiere al 2006 para Chile y Japón; el valor de 2008 se refiere a Alemania, Australia, Estados Unidos, Finlandia, Francia, Israel, Italia, México, Noruega, Nueva Zelanda y Suecia. El valor de 2010 se refiere a 2009 para Hungría, Japón, Nueva Zelanda y Turquía; 2011 para Chile. Los datos correspondientes a 2010 con arreglo a las encuestas de European Union Statistics on Income and Living Conditions (EU-SILC), son provisionales para Austria, Bélgica, República Checa, Eslovaquia, Eslovenia, España, Estonia, Finlandia, Grecia, Irlanda, Islandia, Italia, Luxemburgo, Polonia, y Portugal. Los ingresos familiares se ajustan al tamaño del hogar. Los ingresos del mercado se registran como netos de impuestos en Hungría, México y Turquía.

Fuente: Con arreglo a la Base de Datos de la OCDE sobre Distribución del Ingreso; véase OCDE, 2013b.

Enlace: <http://www.social-protection.org/gimi/gess/RessourceDownload.action?ressource.ressourceId=43417>.

de las prestaciones. Los resultados negativos durante esta profunda y prolongada recesión económica se ven no sólo en el aumento de la pobreza, sino también en los efectos económicos graduales de reducción del consumo privado agregado (véase la sección 6.2.3).

Pese a los efectos de amortiguación y de estabilización del consumo originados por los impuestos y las transferencias, la crisis redujo efectivamente los ingresos disponibles en muchos países de la OCDE, en un gran número de casos con repercusiones negativas en el consumo privado y la demanda agregada. En total, entre 2007 y 2010, los hogares privados sufrieron una caída anual en los ingresos disponibles de hasta un 8.4 por ciento en Islandia y entre el 2 y el 4 por ciento en España, Estonia, Grecia, Hungría, Irlanda, México y Nueva Zelanda (figura 6.13). Este efecto se agudizó aún más por las devaluaciones internas llevadas a cabo en algunos países de la Eurozona.

6.2.3 La segunda fase de la crisis mundial: La consolidación fiscal (a partir de 2010)

El giro hacia las medidas de consolidación fiscal en la segunda fase de la crisis, a partir de 2010, revirtió la típica orientación expansiva de las respuestas a la primera fase e incluyó diversas medidas para reducir las prestaciones. Esto coincidió con la reversión de la política adoptada por la Junta del FMI y respaldada por la OCDE y el G-20

(recuadro 6.1). Más recientemente, el economista jefe del FMI, Olivier Blanchard, ha admitido la seria subestimación de los multiplicadores fiscales con respecto a la profundidad de la contracción económica en el diseño de políticas de consolidación fiscal (Blanchard y Leigh, 2013); asimismo, las investigaciones del FMI han reconocido que la consolidación fiscal tiene efectos adversos tanto a corto como a largo plazo en el desempleo, la demanda privada y el crecimiento del PIB, perjudicando desproporcionadamente a los asalariados más que a quienes viven de las ganancias y de los ingresos (Guajardo, Leigh y Pescatori, 2011; Ball, Leigh y Loungani, 2011), y que las políticas que sustentan la demanda agregada siguen siendo de vital importancia (Blanchard, Jaumotte y Loungani, 2013). Sin embargo, en aquel momento la mayoría de los países de ingresos altos adoptaron políticas de consolidación fiscal, con recortes de gastos dirigidos en particular a las prestaciones de corto plazo, tales como las prestaciones de desempleo, las prestaciones familiares y los programas de apoyo familiar, por lo que se hizo más difícil para los hogares mantener una vida digna con al menos una seguridad mínima de los ingresos, especialmente para muchas familias con hijos. A raíz de las recientes reformas, algunos países europeos podrían ya no cumplir con los requisitos del Convenio sobre la seguridad social de la OIT (norma mínima), 1952 (núm. 102), que la mayoría de ellos ha ratificado. El cuadro 6.2 proporciona una visión general de algunas de las principales medidas adoptadas durante la crisis mundial.

Prestaciones de desempleo

El acceso a las prestaciones de desempleo, y los niveles y la duración máxima de los pagos, se redujeron a partir de 2010 (véase también el capítulo 3, sección 3.2). Los aumentos en la pobreza se han atribuido en parte a tales reducciones de la protección: un estudio reciente, por ejemplo, sostiene que el aumento de la pobreza en Estados Unidos se deriva directamente de los recortes en las prestaciones de desempleo (CBPP, 2014).

En los países con enfoques de financiación anticipada, las prestaciones de desempleo entre 2008 y principios de 2010 fueron financiadas con las cotizaciones actuales y los fondos de reserva acumulados bajo regímenes de seguro de desempleo (SD). Sin embargo, debido a que persistieron las tasas elevadas de desempleo más allá de 2010, los fondos de reserva del SD comenzaron a agotarse. A continuación, se consideró aumentar las tasas de cotización del SD, aunque hubo renuencia de los empleadores, quienes argumentaron por el contrario a favor del apoyo pro-cíclico en forma de menores cotizaciones al seguro social. Esto pone de relieve la importancia de promover la financiación anticíclica del SD en países sin políticas de financiación anticipada para garantizar la disponibilidad de fondos razonables del SD durante futuras crisis económicas. La financiación anticipada de las prestaciones de desempleo en proporciones razonables y dentro de un marco bien gobernado, podría ayudar a aliviar la presión en los presupuestos públicos durante las crisis, cuando las necesidades son altas y los ingresos decaen, y el sector empresarial es menos receptivo a posibles aumentos de las cotizaciones.

Salud

La mayoría de los gobiernos han iniciado reformas en los sistemas de protección de la salud, tales como la racionalización de los costos de los servicios de salud pública, la introducción de copagos de los pacientes y la reducción de la masa salarial del personal médico. El aumento de los pagos directos en salud añade más presión en los gobiernos para aumentar las pensiones y demás prestaciones de protección social para cubrir el costo adicional en que deben incurrir los hogares al procurarse los servicios de salud necesarios. Mientras tanto, una menor calidad en la prestación de los servicios de salud da lugar a peores resultados en ese ámbito

(véase, por ej., Karanikolos et al., 2013; Mladovsky et al., 2012). El deterioro de la salud mental, el aumento en el consumo de drogas y las tasas de suicidio más elevadas han sido relacionados con las medidas de consolidación fiscal (OMS, 2011a; Stuckler y Basu, 2013). El Centro Europeo de Control de Enfermedades advirtió que están surgiendo riesgos graves para la salud a raíz de las medidas de consolidación fiscal introducidas en 2008.¹² Más específicamente, en España, Grecia y Portugal, el acceso de los ciudadanos a los servicios de salud pública se ha visto seriamente restringido, en la medida en que se informa sobre incrementos en la mortalidad y la morbilidad. The Lancet habla de “una tragedia griega de la salud pública” en la que los ciudadanos están sujetos a uno de los programas más radicales de reducción del estado de bienestar en los últimos tiempos (Kentikelinis et al., 2014).

Prestaciones sociales

La amplia gama de prestaciones financiadas con impuestos, como las asignaciones por hijos, las prestaciones de discapacidad y el subsidio para la vivienda, se han racionalizado durante la crisis en la búsqueda del ahorro de costos. Los efectos negativos de la consolidación fiscal en la pobreza han sido más notables en los países donde el sistema básico de asistencia social es débil o se ha debilitado recientemente, como en algunos de los países bálticos afectados por la crisis y los países europeos que han ratificado programas de ajuste económico. El Gobierno de Grecia, por ejemplo, está planificando realizar cambios estructurales drásticos para sustituir un gran número de prestaciones sociales existentes, como las de discapacidad y las familiares, así como la pensión mínima contemplada en los regímenes de seguro social, por una red de seguridad para los más pobres y un solo régimen focalizado de ingreso mínimo que proporcione una prestación relativamente baja. Irlanda también está sustituyendo su prestación universal por hijo por un subsidio para las familias de bajos ingresos sujeto a la comprobación de recursos. La introducción de la comprobación de recursos para las prestaciones anteriormente universales y la mayor focalización de las prestaciones en las personas que viven en la pobreza, socavan los principios de protección universal, que solían ser parte del contrato social en muchos países europeos en virtud de derechos jurídicos. Por ejemplo, las medidas de consolidación fiscal han restringido el acceso de las

¹² En enero de 2013, médicos de España, Grecia, Irlanda y Portugal, enviaron una carta abierta a los líderes políticos europeos y a las autoridades de salud en la que deploraron los efectos que estaban teniendo las decisiones financieras y económicas adoptadas como respuesta a la crisis económica en la salud de la poblaciones de sus países e hicieron un llamado de acción inmediata para revertir esta situación: <http://www.epha.org/spip.php?article5563> [visitada 01 de mayo 2014].

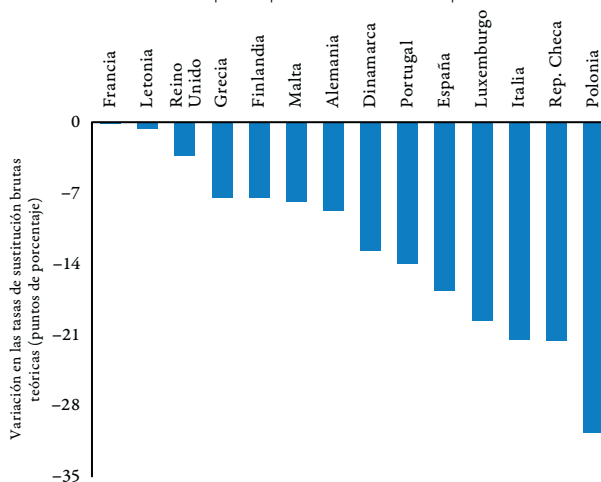
personas con discapacidad a la vida en comunidad, la educación, la atención primaria y la asistencia. Los recortes en los programas de igualdad de género, los servicios de cuidado infantil, las prestaciones de paternidad y por hijos a cargo, los servicios a las víctimas de la violencia y la asistencia jurídica afectan en particular a las mujeres (Comisario de la UE para los Derechos Humanos, 2013).

Pensiones

Las reformas comunes de las pensiones incluyen el aumento de la edad de jubilación, la reducción de las prestaciones, el aumento de las tasas de cotización y la reducción de las exenciones fiscales de las pensiones, así como las reformas estructurales introducidas en algunos países. La mayoría de los países incorporaron cambios en sus sistemas de pensiones antes de la crisis, en vista del envejecimiento demográfico de las poblaciones; ahora bien, la consolidación fiscal precipitó medidas drásticas de ahorro adoptadas sin la debida consideración de sus impactos sociales. Algunas de estas reformas han sido impugnadas ante los tribunales constitucionales nacionales. Una buena medición del efecto de las reformas es la tasa bruta de sustitución teórica de las pensiones públicas (obligatorias). Las simulaciones muestran a los futuros pensionistas percibiendo pensiones más bajas en al menos 14 países de Europa, con una disminución prevista en más de 10 puntos porcentuales en ocho países (figura 6.14).¹³

La mayoría de las reformas estructurales de las pensiones en los países de ingresos altos que han introducido el principio del ahorro individual han eliminado las garantías de facto mínimas de las pensiones que solían proporcionar de forma explícita los sistemas de pensiones tradicionales de “prestaciones definidas” (algunas de las cuales permanecen vigentes). Además, numerosas reformas han erosionado aún más el poder adquisitivo de las pensiones a través de medidas de indexación que limitan su ajuste a un nivel por debajo de los cambios en los precios y salarios: España, por ejemplo, dejó de indexar las pensiones con respecto a la inflación de los precios en 2013.¹⁴ Estos cambios dan como resultado que más personas de edad no tengan suficiente seguridad de los ingresos: los pensionistas se vuelven cada vez más pobres a medida que envejecen y el valor real de su pensión mengua en ausencia de mecanismos de indexación adecuados. En Polonia y Suecia, por ejemplo, las tasas de

Figura 6.14 Reducción de las tasas de sustitución teóricas brutas de las pensiones obligatorias para los trabajadores de salario promedio al jubilarse a los 65 años después de 40 años de cotización, 2010–50 (puntos porcentuales del salario promedio teórico)



Fuente: Con arreglo a datos de la Comisión Europea, 2012c; Comisión Europea, 2012d.

Enlace: <http://www.social-protection.org/gimi/gess/RessourceDownload.action?ressource.ressourceId=43721>.

pobreza para las personas de edad casi se han duplicado, del 10 al 18 por ciento y del 7 al 14 por ciento, respectivamente, entre 2005 y 2012 (sírvese consultar el capítulo 4). Es necesario reexaminar los regímenes de pensiones para asegurar que estos contemplen las garantías mínimas de prestaciones a través de pensiones contributivas o políticas coordinadas con prestaciones no contributivas de asistencia social.

En general, la OIT espera que cada vez más trabajadores recurran en su vejez a los regímenes de asistencia social o de ingreso mínimo garantizado financiados con los impuestos como resultado de las reformas de las pensiones de la última década más o menos. Algunos sistemas nacionales de pensiones ya no cumplen con los requisitos de adecuación que exigen los países que han ratificado el Código Europeo de Seguridad Social y el Convenio núm. 102 de la OIT –que es el caso para la mayoría de los países europeos.

Erosión del modelo social europeo

En 2012, 123 millones de personas de los entonces 27 Estados miembros de la Unión Europea (el 24 por ciento de la población), estaban en riesgo de pobreza o de exclusión

¹³ Desde que se realizaron estas proyecciones, España, Grecia, Italia y Portugal, han adoptado nuevas medidas de austeridad para reducir las prestaciones de pensiones futuras en virtud de sus sistemas públicos (Comité de Protección Social de la UE, 2009; Comisión Europea, 2012c).

¹⁴ Ley 23/2013 Reguladora del Factor de Sostenibilidad y del Índice de Revalorización del Sistema de Pensiones de la Seguridad Social, Boletín Oficial del Estado, 26 Dic. 2013.

social, en comparación con 116 millones en 2008; y había 800,000 niños más viviendo en la pobreza que en 2008.¹⁵ Estas cifras causaron alarma en toda Europa. Algunas estimaciones prevén un contingente adicional de 15–25 millones de personas que se enfrentan a la perspectiva de vivir en la pobreza para el año 2025 si continúa la consolidación fiscal (Oxfam, 2013). La mayor pobreza y desigualdad son la consecuencia no sólo de la gravedad de la recesión mundial, sino también de decisiones políticas específicas que restringen las transferencias sociales y limitan el acceso a servicios públicos de calidad. Los logros del modelo social europeo,¹⁶ que redujo drásticamente la pobreza y propició la prosperidad en el período posterior a la Segunda Guerra Mundial, se han erosionado durante y después de la crisis por una serie de reformas de ajuste que han dado lugar a un resurgimiento de la pobreza en Europa y a un descenso de la prosperidad para las clases medias. El concepto largamente aceptado del acceso universal a condiciones de vida digna para todos los ciudadanos se ha visto amenazado por la creciente brecha entre los programas más focalizados dirigidos a aquellos en los niveles inferiores de la distribución del ingreso y el mayor énfasis en el ahorro individual para los grupos de ingresos medios y superiores. Esta fragmentación de los sistemas de seguridad social limita el potencial para una puesta en común del riesgo, erosiona la solidaridad social, limita la responsabilidad del Estado en la atención de sólo los extremadamente pobres, y cambia los términos del contrato social que ha estado en la base misma del modelo social europeo. El debilitamiento de la negociación colectiva y el diálogo social, junto con la desregulación y la “flexibilización” de los mercados laborales, ha agravado esta erosión (OIT, 2013b; IIEL, 2012; Vaughan-Whitehead, 2013).

Por otra parte, mientras que los ahorros generados por las medidas de consolidación fiscal pueden haber ayudado a cubrir el servicio de la deuda, no han apoyado el crecimiento económico. En Chipre, Grecia, Irlanda y Portugal, donde han tenido lugar algunas de las más audaces reformas estructurales como parte de los términos acordados en virtud de los diferentes programas de ajuste económico adoptados por estos países desde 2008, los ingresos disponibles de las familias han disminuido en consecuencia, como resultado del alto desempleo, la reducción de los salarios y los recortes del gasto en protección social, y esto a su vez ha dado lugar

a un menor consumo (Figura 6.15). Por ejemplo, en Grecia la reforma del sistema de protección social limita la responsabilidad del Estado a la prestación de un ingreso mínimo garantizado para los pobres, que se establece provisionalmente en un nivel bajo equivalente al 75 por ciento del promedio actual de la pensión mínima garantizada. La reforma prevé la probabilidad de que las pensiones complementarias se conviertan en responsabilidad de los individuos y de los empleadores (a través de un sistema de cuentas individuales); esto sustituye a un sistema, si bien muy fragmentado, de dudosa sostenibilidad, en el que en el pasado casi todos los individuos podían contar con al menos una pensión de vejez mínima. Al reducirse los salarios en casi un 35 por ciento y aumentar el desempleo al 28 por ciento entre 2008 y finales de 2013, disminuyeron los ingresos procedentes de las cotizaciones al sistema de seguridad social. Seguir pagando por las prestaciones de la seguridad social habría requerido la financiación del déficit, pero esto no se consideró prioritario. En su lugar, reducciones orientadas por los objetivos de la consolidación fiscal han recortado el gasto en protección social en más de un 12 por ciento en términos reales desde 2008, y el consumo privado siguió la misma tendencia a la baja (figura 6.15, panel (b)). Inevitablemente, la pobreza en Grecia se elevó a un nivel sin precedentes superior al 35 por ciento de la población en 2013, causando un intenso sufrimiento humano cuando muchas familias se vieron imposibilitadas de seguir cubriendo sus necesidades básicas para llevar una vida digna. Los activistas sindicales hablan de “un empobrecimiento programado de la población.”¹⁷

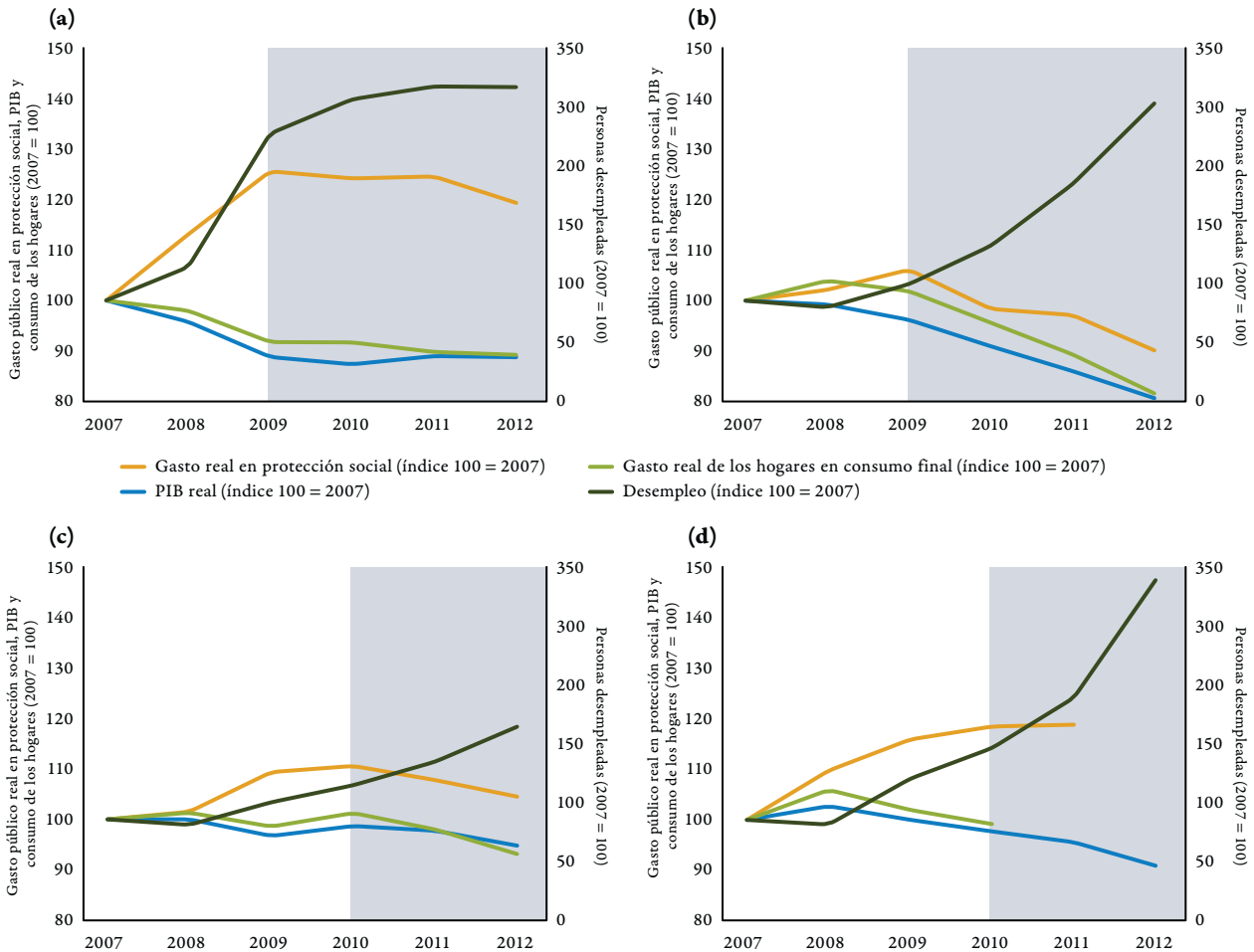
Otros países que experimentan una fuerte presión de los mercados financieros, como España e Italia, también introdujeron reformas de mayor alcance que las de los países en los que la crisis de la deuda era menos aguda, como Bélgica y Francia, o marginal, como Alemania. Si bien algunas reformas estaban destinadas a realizar las mejoras necesarias en la eficiencia administrativa, otras representaban un alejamiento de un enfoque centrado en la prevención de la pobreza y de la inseguridad de los ingresos de toda la población, hacia un enfoque limitado al alivio de la pobreza (“redes de seguridad”). Estas reformas enfatizaron de manera desproporcionada el objetivo fiscal del equilibrio de los presupuestos públicos sin la debida consideración del objetivo de prestaciones adecuadas para todos, como estipulan diversos instrumentos

¹⁵ Según Eurostat, “en riesgo de pobreza o exclusión social” significa que estaban en riesgo de pobreza (fijado en el 60 por ciento de la mediana nacional de los ingresos disponibles equivalentes, después de las transferencias sociales), severamente privados en términos materiales y/o que viven en hogares con una baja intensidad de mano de obra (Eurostat, 2013).

¹⁶ Investigaciones recientes de la OIT identifican las siguientes características fundamentales del modelo social europeo: (1) el aumento de los derechos mínimos de las condiciones laborales, (2) sistemas de protección social universales y sostenibles, (3) mercados laborales inclusivos, (4) un diálogo social sólido y de buen funcionamiento, (5) servicios públicos y servicios de interés general, y (6) la inclusión social y la cohesión social (Vaughan-Whitehead, 2013).

¹⁷ Rompolis, Confederación Griega de Sindicatos (GSEE), Ginebra, 14 de enero 2014.

Figura 6.15 Protección social pública real y gasto en consumo final real de los hogares, desempleo y PIB real: Evolución reciente de los cuatro países de la UE en virtud de los programas de ajuste económico, 2008-13: (a) Irlanda; (b) Grecia; (c) Portugal; (d) Chipre



Nota: Niveles indexados, 2007 =100.

Fuentes: OIT, OCDE, Eurostat, FMI.

Enlace: <http://www.social-protection.org/gimi/gess/RessourceDownload.action?ressource.ressourceId=4320>.

internacionales –incluyendo, entre otros, el Convenio de la OIT núm. 102, el Convenio sobre las prestaciones de invalidez, vejez y sobrevivientes, 1967 (núm. 128) y la Recomendación sobre los pisos de protección social, 2012 (núm. 202). Tal desequilibrio constituye un peligro significativo para la cohesión social y la justicia social, y contribuye a la erosión del modelo social europeo.

En algunos países europeos, los tribunales han examinado la validez constitucional de las medidas de consolidación fiscal. En 2013, el Tribunal Constitucional Portugués dictaminó que cuatro de las medidas de consolidación fiscal del presupuesto, que afectaban principalmente a los funcionarios públicos y a los pensionistas, eran ilegales y violaban de la Constitución del país. En Letonia, el presupuesto de 2010, propuso nuevos recortes de gastos e incrementos fiscales, incluyendo un recorte del 10 por ciento de las pensiones

y una disminución del 70 por ciento para los jubilados que trabajaban; el Tribunal Constitucional dictaminó que los recortes de las pensiones eran inconstitucionales por considerar que violaban el derecho a la seguridad social, y tuvieron que ser revertidos. En Rumania, también se declaró inconstitucionales los recortes del 15 por ciento de las pensiones propuestos en mayo de 2010; aunque las pensiones financiadas en parte con las cotizaciones de los trabajadores están protegidas por la Constitución, el Gobierno ha eludido esta protección sobre la base de un artículo constitucional separado que permite la limitación temporal de ciertos derechos con el fin de defender la seguridad nacional (PNUD y RCPAR, 2011; OACNUDH, 2013). Más recientemente, el Parlamento Europeo ha iniciado una investigación sobre la legitimidad democrática de las reformas de ajuste y sus impactos sociales en Chipre, Eslovenia, España, Grecia, Irlanda, Italia

y Portugal (Parlamento Europeo, 2014a; Parlamento Europeo, 2014b).

6.2.4 Las transferencias, los impuestos y el diálogo social adecuados: Elementos clave de una recuperación socialmente responsable

La protección social tiene un papel que desempeñar tanto en la prevención como en la reducción de la pobreza en todas las sociedades, aunque el potencial de diferentes sistemas de protección social para prevenir y reducir la pobreza varía. Por ejemplo, sin las transferencias y las medidas fiscales de protección social, el 32.2 por ciento de la población de Finlandia se habría encontrado en la pobreza en 2010, en comparación con el 7.3 por ciento de la población que en realidad se encontró en situación de pobreza ese año. La figura 6.16 indica la capacidad efectiva de prevención y reducción de la pobreza de las transferencias nacionales y los sistemas fiscales en los países de la OCDE. Muestra diferencias muy significativas entre los países, incluso para los que se encuentran en un nivel similar de desarrollo económico y recursos fiscales potenciales, lo que ilustra el punto de que es la voluntad política de cada sociedad la que establece el marco de su sistema de protección social.

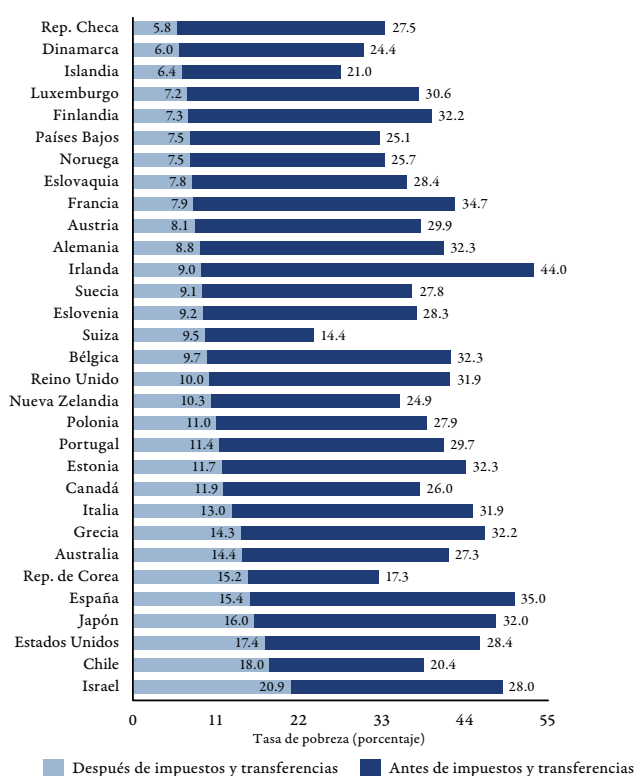
La protección social apoya el crecimiento y el cambio estructural en el mercado de trabajo. También apoya los ingresos del hogar esenciales para sostener el consumo y la demanda interna. Los niveles adecuados de protección social son un elemento importante de una estrategia de crecimiento inclusivo, como se indica en las distintas secciones del presente informe.

La integración de las políticas de protección social, de empleo y fiscales es clave para una recuperación socialmente sensible. El aumento de la pobreza y las desigualdades refleja en gran medida no sólo la reciente crisis, sino una tendencia a largo plazo que debilita la función de desarrollo y la capacidad distributiva del Estado (véase, por ej., OCDE, 2008; OCDE, 2011a; UNRISD, 2010). Los desequilibrios globales podrían exacerbarse con el aumento de los ahorros preventivos de los hogares debido a que éstos han perdido la confianza en la capacidad y o voluntad del sistema público de velar por la seguridad de sus ingresos a largo plazo. Esta situación requiere la coordinación efectiva de las políticas de protección social, laborales y fiscales para abordar de una mejor manera las circunstancias emergentes en el mercado de trabajo y evitar daños permanentes de sus repercusiones en los niveles actuales y futuros de protección social para todos, incluyendo no sólo a los segmentos más pobres de la sociedad, sino también a la clase media. Se alienta a los países a hacer un mejor uso de sus sistemas de protección social a fin de evitar una ruptura en

la solidaridad entre generaciones y grupos de ingresos, y para lograr la paz social.

El diálogo nacional y las consultas sobre opciones de políticas alternativas pueden lograr un equilibrio óptimo entre la adecuación y la sostenibilidad. Las encuestas de país de la OIT en Europa han indicado que la mayoría de las reformas adoptadas durante la crisis se introdujeron sin la debida atención a las consultas con los interlocutores sociales y las partes interesadas clave de la sociedad civil (véase, por ej., Guardiancich, 2012). Como resultado, tales reformas tienden a ser desequilibradas al poner demasiado énfasis en la dimensión de la rentabilidad con el fin de restablecer las finanzas públicas, en tanto dejan de lado los resultados sociales en términos de pobreza y desigualdad. El diálogo nacional es esencial para garantizar medidas de protección social adecuadas, particularmente con respecto a la protección de los niños y las personas de edad de la pobreza y la vulnerabilidad, y garantizar que los ajustes necesarios se basan en un equilibrio justo y viable

Figura 6.16 Tasas de pobreza en los países de la OCDE antes y después de impuestos y transferencias de protección social, último año disponible



Nota: La línea de la pobreza relativa se define como el 50 por ciento de la mediana del ingreso familiar equivalente.

Fuente: Con arreglo a la Base de Datos de la OCDE sobre Distribución del Ingreso.

Enlace: <http://www.social-protection.org/gimi/gess/RessourceDownload.action?ressource.ressourceId=43437>.

Recuadro 6.3 Islandia: Una recuperación socialmente responsable ante la crisis

Islandia repudió la deuda privada de los bancos extranjeros y no rescató a su sector financiero, haciendo recaer las pérdidas en los titulares de bonos en lugar de los contribuyentes. Este no fue un problema de deuda soberana; de acuerdo con el FMI, esta deuda fue el resultado de la privatización y la desregulación del sector bancario, facilitado por el fácil acceso a la financiación externa y los crecientes desequilibrios no fueron detectados por la supervisión del sector financiero de Islandia. Dos referéndums nacionales, celebrados en 2010 y 2011, permitieron a los ciudadanos votar sobre si y cómo debería el país pagar una deuda privada nacionalizada; los votantes islandeses expresaron un rotundo “no” ante las políticas ortodoxas que hubieran acompañado a este plan de amortización de la deuda. A pesar de las presiones y amenazas provocadas por las políticas heterodoxas de Islandia - repudio de la deuda, los controles de capital y la depreciación de la moneda - el país se está recuperando adecuadamente de la crisis (Krugman, 2012). Se ha recuperado el acceso a los mercados internacionales de capital, preservando el bienestar de sus ciudadanos, con el apoyo del FMI. En 2012, la calificación crediticia de Islandia fue mucho mayor que la de Grecia. Tal y como se declaró en la consulta del Artículo IV del FMI con Islandia:

Un objetivo clave de las autoridades islandesas posterior a la crisis era preservar el sistema de bienestar social en presencia de la consolidación fiscal necesaria. Los aumentos salariales, acordados entre los interlocutores sociales, en mayo de 2011, dieron lugar a un aumento en los salarios nominales del 6 por ciento y la tasa de desempleo cayó hasta alrededor del 7 por ciento en 2012. ...

...Al diseñar el ajuste fiscal, las autoridades introdujeron un impuesto sobre los ingresos más progresivo y crearon el espacio fiscal para preservar las prestaciones sociales. En consecuencia, cuando la compresión de los gastos se inició en 2010, el gasto en protección social continuó ascendiendo como porcentaje del PIB, y aumentó la cantidad de hogares que reciben ayuda a los ingresos desde el sector público. Estas políticas condujeron a una fuerte reducción de la desigualdad. El coeficiente de Gini de Islandia – el cual había aumentado durante el auge - cayó hasta niveles consistentes con sus pares nórdicos en 2010 (FMI, 2012, págs. 5-6.).

140

entre la adecuación y la sostenibilidad, como parte del contrato social básico en el que se basan las sociedades modernas.

El Comité de Protección Social de la Comisión Europea, destacó a finales de 2013, que se debe aprender las lecciones de las experiencias recientes de reforma, que se debe considerar las correcciones a las políticas sobre la base de evaluaciones sólidas del impacto social de sus efectos a corto y largo plazo y, sobre todo, que dicho análisis debe estar disponible antes de que las políticas sean adoptadas.¹⁸ La OIT anima a todos los países a restablecer el diálogo político nacional con los interlocutores sociales y los demás sectores de la sociedad civil para explorar las opciones de políticas óptimas que aborden eficazmente la pobreza y las desigualdades.

Existen ejemplos de buenos enfoques. El modelo social nórdico no sólo es resiliente, sino que se ha utilizado activamente en las crisis. Finlandia, por ejemplo, protegió su sistema de salud y protección social durante la gran crisis económica que enfrentó en la década de 1990 después de la caída de la antigua Unión Soviética, en un momento en que el modelo social nórdico fue duramente criticado por impedir el crecimiento. Más recientemente, los países nórdicos han reformado su modelo social sin dejar de preservar sus valores fundamentales, y en la actualidad se encuentran en condiciones de hacer frente a las secuelas de la crisis mundial, tanto económica como socialmente (véase el recuadro 6.3). Otros buenos ejemplos incluyen las medidas adoptadas durante la

fase inicial de la crisis para intensificar la focalización de la asistencia: en Estados Unidos, por ejemplo, los subsidios a los alimentos para los pobres que redujeron a la mitad el número de hogares que viven en la pobreza extrema, y la Ley de Atención Médica Asequible de 2013, que introdujo la cobertura de salud para todos los ciudadanos (CBPP, 2014).

Otros ejemplos importantes son las medidas de protección social existentes antes de la crisis que fue posible ampliar fácilmente cuando las condiciones empeoraron drásticamente, tales como el régimen de seguro de desempleo en Alemania, que podía proporcionar prestaciones para ayudar a limitar los despidos, o las reformas francesas que proporcionaron incentivos a las empresas para retener a los trabajadores de más edad y a la vez contratar a trabajadores más jóvenes.

6.3 Los países de ingresos medios: El crecimiento inclusivo a través de la protección social

6.3.1 La extensión considerable de la cobertura de la protección social

En muchos países de ingresos medios, la tendencia dominante de años recientes, que comenzó mucho antes de la crisis mundial de 2008, ha sido una de extensión de la cobertura de la protección social, aunque con amplias variaciones de un

¹⁸ El Comité de Protección Social de la UE concluyó en septiembre de 2013, que “las evaluaciones de impacto social deben formar parte de los Programas de Ajuste Económico con el fin de elegir el camino más adecuado de reformas y ajustar la distribución del impacto resultante entre los distintos grupos de ingreso y grupos etarios” (Comité de Protección Social de la UE, 2013, pág. 26).

país a otro. Muchas reformas de las políticas de protección social reconocieron explícitamente la importancia de las inversiones en salud, educación y protección social a fin de fomentar el crecimiento inclusivo y la reducción de la pobreza en el corto plazo, y desarrollar el capital humano y competencias a más largo plazo. En muchos sentidos, estas políticas marcan una clara ruptura con algunas de las políticas de los años 1980 y 1990, que hacían hincapié en los recortes en el sector público, la introducción de tasas de acceso a los servicios de salud, educación y otros servicios públicos, y la privatización de las pensiones. La experiencia de las crisis fiscales y económicas de la década de 1990 en Asia y América Latina, llevó a muchos países a reconsiderar sus modelos económicos. Las nuevas políticas reconocen un papel más activo del Estado en la promoción del desarrollo social y económico y el fortalecimiento de la demanda interna. El especial acento en las políticas de protección social en muchos países de ingresos medios es un poderoso testimonio de la premisa de que el crecimiento sostenible y equitativo no puede lograrse en ausencia de políticas sólidas de protección social y de la extensión progresiva de la cobertura de la seguridad social a grupos mucho más grandes de la población (OIT, 2010b; OIT, 2011a ; OIT, 2012a).

Varios países de ingresos medios, entre ellos Argentina, Brasil, China, India, Indonesia, México, Namibia, Sudáfrica y Tailandia, han extendido considerablemente diferentes elementos de su sistemas de protección social, particularmente desde principios de la década de 2000, con resultados notables (véase, por ej., Fiszbein y Schady , 2009; OIT, 2010b; AISS, 2013). Estos esfuerzos fueron interrumpidos temporalmente en algunas partes del mundo por la crisis global, cuyos efectos agravaron los de las crisis de alimentos y combustibles de diversas maneras. Algunos países se recuperaron después

de 2010 en términos de crecimiento económico, pero aún así registraron un aumento de la vulnerabilidad y el empleo informal y sus posiciones económicas siguieron expuestas a la recuperación incierta de la demanda mundial.

Varios países, que se incorporaron recientemente a las filas de los países de ingresos medios o lograron dejar atrás el estatus de países menos adelantados, como Cabo Verde, Ghana, Lesotho y Zambia, han puesto en marcha diversas políticas de protección social con el objetivo de extender la protección social de forma gradual a grupos más amplios de la población, en la medida en que lo permitan los recursos nacionales y externos disponibles, como parte de sus estrategias de desarrollo.

Muchas reformas se han centrado en regímenes y programas no contributivos, tales como las transferencias monetarias condicionadas o incondicionadas para los hijos y las familias, las pensiones sociales, y/o los regímenes de garantía del empleo. Numerosos países también han hecho sus programas del seguro social más equitativos, más eficaces y más sostenibles, aunque muchos también siguen luchando para incorporar en la economía formal a la mayoría de los trabajadores informales, especialmente en las zonas rurales. Estas reformas contribuyeron a fomentar la extensión de los sistemas nacionales de seguridad social, al tiempo que garantizaron al menos un nivel mínimo de seguridad social en la forma de un piso nacional de protección social.

El cuadro 6.3 y el mapa de la figura 6.6 anterior, ilustran la amplia gama de esfuerzos recientes para extender la protección social en los países de ingresos medios, tanto a través de la introducción de nuevos regímenes y programas como de la extensión considerable de los ya vigentes.

El gran número de países de ingresos medios que han extendido la protección social demuestra una priorización

Cuadro 6.3 Ejemplos seleccionados recientes de la extensión de la protección social en los países de ingresos medios*

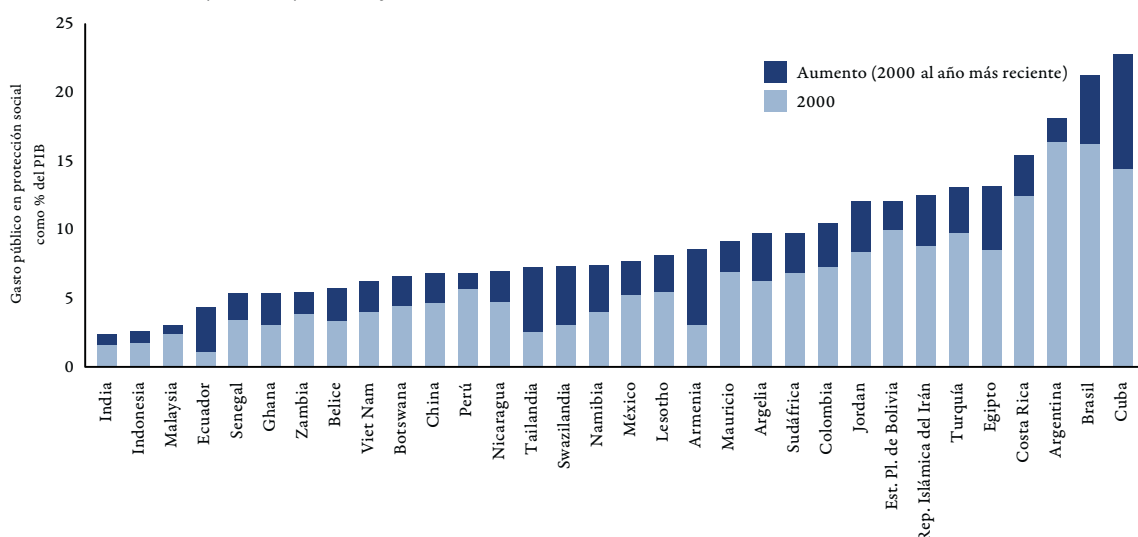
Tipo de programa	Países en los que recientemente se ha introducido o expandido significativamente programas/regímenes
Prestaciones a favor de la infancia y la familia	Argentina, China, Mongolia, Senegal, Sudáfrica
Transferencias monetarias con un enfoque de desarrollo humano	Argentina, Brasil, Colombia, Ecuador, Filipinas, Ghana,** Honduras, Indonesia, Jamaica, México, Mongolia, Nicaragua, República Unida de Tanzania
Apoyo a los ingresos mínimos de los hogares	Chile, China, Ghana,** Zambia**
Programas de empleo público	Argentina, Camerún, Ghana,** India, Indonesia, Sudáfrica
Protección de la maternidad	Argentina, Estado Plurinacional de Bolivia, Ghana,** India,** Indonesia,** Jordania, Sudáfrica
Protección en caso de desempleo	Arabia Saudita, Jordania, Sudáfrica, Tailandia, Viet Nam
Pensiones sociales	Argentina, Estado Plurinacional de Bolivia, Botswana, Brasil, Cabo Verde, Chile, China, Costa Rica, India, Lesotho, Mauricio, República de Modavia, Namibia, Panamá, Perú, Samoa, Sudáfrica, Tailandia, Viet Nam
Expansión de la cobertura del sistema de salud	Argentina, Brasil, Chile, China, Colombia, Ghana, República Democrática Popular Lao, Indonesia, México, Marruecos, Tailandia

* Inevitablemente, este cuadro no puede proporcionar una relación completa de las reformas e iniciativas recientes, sino que presenta una selección con fines ilustrativos.

** Programa piloto.

Fuente: Compilación con arreglo a datos de la OIT.

Figura 6.17 Aumento del gasto público en protección social, países de ingresos medios seleccionados, 2000 al último año disponible (porcentaje del PIB)



Fuente: Véase las fuentes detalladas en el anexo IV, cuadro B.12.

Enlace: <http://www.social-protection.org/gimi/gess/RessourceDownload.action?ressource.ressourceId=43537>.

significativa de las políticas de protección social en este grupo de países en los últimos años, evidenciada por el hecho de que muchos países de ingresos medios también han expandido considerablemente la dotación de los recursos asignados a la protección social.

Las buenas tasas de desarrollo económico han contribuido a los importantes aumentos observados en las tasas de gasto en protección social en muchos países de ingresos medios, aunque persiste una amplia variación en los niveles de gasto. Desde el año 2000, 14 de los 32 países incluidos en la figura 6.17, han incrementado el porcentaje del PIB invertido en la protección social pública (incluida la salud) en más de un 3 por ciento del PIB.

6.3.2 El avance hacia un crecimiento más inclusivo

Muchos países de ingresos medios han logrado tasas relativamente altas de crecimiento económico desde el año 2000. Este crecimiento ha ayudado a ampliar el espacio fiscal y la base de ingresos del Estado y ha facilitado el fortalecimiento de las administraciones públicas, todo lo cual ha propiciado la expansión de la protección social. Haciendo propicia esta oportunidad, algunas economías de América Latina y de Asia, después de haber aprendido de las crisis financieras que enfrentaron en la década de 1980, a finales de la década de 1990 y de nuevo en la década de 2000, han venido expandiendo los mecanismos de protección social para proteger mejor a los grupos más vulnerables de su población, y permitir a la población a afrontar mejor los riesgos y contingencias sociales.

Lo que es más importante, la crisis ha provocado un cambio en la forma en la que los países en desarrollo ven la relación entre el crecimiento y la protección social. Cuando las economías emergentes se encontraron con que la demanda de sus exportaciones iba en descenso, los responsables de las políticas empezaron a cuestionar los modelos de crecimiento impulsados por las exportaciones y recurrieron en su lugar a estrategias de recuperación centradas en el desarrollo del consumo y los mercados internos. Una forma de aumentar los ingresos de los hogares y, por tanto, el consumo interno es a través de la mejora de los sistemas de protección social.

Con el objetivo de encaminar las economías por una vía de desarrollo más sostenible, la expansión de la protección social se ha visto como una inversión para fomentar una fuerza de trabajo más sana, mejor educada y mejor calificada, capaz de responder a las nuevas demandas y apoyar la transición hacia niveles más altos de productividad necesarios para sostener el crecimiento económico (OIT, 2011a; OIT, 2014b; véase también las figuras 6.23 y 6.24 a continuación). Tales medidas pueden contribuir a superar la “trampa de los ingresos medios” del estancamiento del crecimiento debido a trayectorias de crecimiento desequilibrado (FMI, 2013c; Aiyar et al., 2013). La expansión de mecanismos de protección social eficaces para toda la población, en particular para las clases medias, también se considera una manera eficaz de contrarrestar las tasas de ahorro preventivo desproporcionadamente altas, que pueden contener la demanda agregada interna y contribuir a los desequilibrios globales (Padoan, 2010; Grupo Consultivo del Piso de Protección Social, 2011).

Recuadro 6.4 El papel de la protección social en el modelo brasileño de crecimiento impulsado por la demanda interna

Cuando la crisis financiera golpeó a Brasil en 2008, la economía brasileña, que hasta entonces se había beneficiado enormemente de términos de comercio favorables y crecientes exportaciones de productos básicos, se vio seriamente afectada por una fuerte disminución en las exportaciones y una contracción del crédito entre los bancos privados de Brasil. Esto dio lugar a una pérdida de 695,000 empleos formales en noviembre y diciembre de 2008 (ver CAGED/IPEADATA) y una caída del PIB del 4.4 por ciento en el cuarto trimestre de 2008 (Berg y Tobin, 2011, pág. 5). Para contrarrestar la caída de las exportaciones, el Gobierno respondió con una estrategia de crecimiento impulsado por la demanda interna. Esta estrategia tuvo dos pilares: aumentar el consumo interno mediante el aumento de los ingresos familiares y estimular las inversiones nacionales. Para este último fin, se puso en marcha un paquete de estímulo fiscal de 20 mil millones USD (el 1.2 por ciento del PIB), centrándose en inversiones en infraestructura y el establecimiento de líneas de crédito para los sectores que experimentaban dificultades. Para apoyar la demanda interna, los recortes de impuestos para los hogares de ingresos medios y las políticas sociales centradas en los más pobres fueron financiados a través del paquete de estímulo. Además de garantizar el mantenimiento de los programas de protección social existentes y el cumplimiento de los compromisos previos, el Gobierno amplió el programa de transferencias condicionadas Bolsa Familia a 1.3 millones de familias adicionales en condiciones de extrema pobreza. Por otra parte, la duración de los pagos del seguro de desempleo se extendió por dos meses para las personas que habían estado trabajando en sectores notablemente afectados por la crisis, beneficiando a alrededor de 310,000 personas. Aunque cuantitativamente las inversiones en protección social parecen comparativamente pequeñas, ya que solamente representan el 2.4 por ciento del paquete de estímulo, la red global existente de políticas sociales dio lugar a una reacción rápida a bajo costo por medio de la extensión de los programas pertinentes; esto tuvo un impacto muy significativo, dándole cobertura a más de 1.6 millones de las personas más vulnerables. Adicionalmente al paquete de estímulo, el Gobierno también mantuvo los incrementos reales del salario mínimo oficial programados para febrero de 2009 y enero de 2010. Se estima que en 2009, esto tuvo repercusiones en más del 20 por ciento de la población, principalmente en las personas con ingresos más bajos.

Por lo tanto, las políticas sociales y los aumentos del salario mínimo ayudaron a mantener o incluso aumentar los ingresos de los más pobres, y a su vez contribuyeron al crecimiento de la demanda interna. A pesar de una disminución en el PIB en 2009, del 0.6 por ciento, el consumo privado se mantuvo estable y en el segundo semestre de 2009, ya estaba empezando a crecer de nuevo (Berg y Tobin, 2011, pág. 7). Esto tuvo un efecto multiplicador en la economía, impulsando el empleo y los ingresos y contribuyendo sustancialmente a su recuperación. Para 2010, el PIB había vuelto a crecer en un impresionante 7.5 por ciento (FMI, 2013a). El énfasis más marcado en el crecimiento con base interna no ha interrumpido la tendencia predominante en la reducción de la desigualdad, como lo demuestra la continua caída del índice de Gini de 0.54 en 2008 a 0.526 en 2012 (IPEA, 2013, pág. 11). Por lo tanto, al aumentar los ingresos de las clases medias y bajas, la protección social ayudó a mitigar el impacto de la crisis en los más vulnerables y funcionó como un elemento importante de la política de crecimiento impulsado por la demanda interna implementada por el Gobierno brasileño como una respuesta ante la crisis. El caso de Brasil también demuestra que las políticas de ingresos pueden promover el crecimiento económico a la vez que reducen la pobreza y la desigualdad.

Fuentes: Con arreglo a Berg y Tobin, 2011; ILS, 2011b; IPEA, 2013; FMI, 2013a; base de datos CAGED/IPEADATA.

De hecho, muchos países de ingresos medios han procurado expandir sus sistemas de protección social con el objetivo expreso de invertir en el capital humano y en las capacidades humanas, a fin de lograr un crecimiento más sostenible e inclusivo.

La extensión de la cobertura de la protección social en Brasil (véase el recuadro 6.4), China (véase el recuadro 6.5) y Tailandia, son ejemplos particularmente aleccionadores, ya que en estos casos la cobertura de la expansión de la seguridad social formaba parte de un enfoque más amplio destinado a encauzar la economía hacia un patrón de crecimiento más inclusivo y más sostenible, que incluía también medidas para reformar los salarios mínimos. Estos países han implementado un conjunto de políticas económicas y sociales que combinan regímenes contributivos y no contributivos para reforzar sus pisos nacionales de protección social y fortalecer sus sistemas de seguridad social. Estas han sido coordinadas con políticas de empleo, y se ha hecho hincapié particularmente en hacer que las prestaciones y los servicios sean accesibles a la población a través de un

enfoque integrado. Estos gobiernos no se han centrado exclusivamente en la reducción de la pobreza mediante la focalización de las medidas de protección social en los más pobres, sino que han llevado a cabo una estrategia más amplia, que también ayudó a las personas de ingresos bajos y a las clases medias a mejorar su nivel de vida de manera sostenible. Estos casos ponen de relieve la importancia de estrategias coherentes que integran las políticas sociales en una gama más amplia de políticas fiscales, macroeconómicas de empleo y del mercado de trabajo coordinadas entre sí.

Mientras que algunos países de ingresos medios han logrado reducir las desigualdades de manera significativa, son necesarios más esfuerzos en esta área (PNUD, 2014; Naciones Unidas, 2013b). Aquí, el sistema de protección social desempeña un papel particularmente importante como uno de los canales por los que se puede compartir de manera más equitativa los beneficios del crecimiento: no sólo en su impacto directo en la redistribución a través de las transferencias y cotizaciones sociales, sino también de formas más indirectas al facilitar el

Recuadro 6.5 Fortalecimiento del crecimiento impulsado por la demanda interna en China mediante el aumento de los salarios y la expansión de las prestaciones de protección social

Desde mediados de la primera década del siglo, los planes quinquenales de China han reconocido la necesidad de abordar las desigualdades en rápido crecimiento de los ingresos y de proporcionar seguridad de ingresos a todas las personas de China, quienes tienen una gran confianza en el sistema público de seguridad social.

Las disparidades de ingresos entre las poblaciones rurales y urbanas, entre las regiones más desarrolladas y menos desarrolladas, entre los diversos grupos de la población y entre los diferentes sectores de la economía, han sido una preocupación recurrente de las autoridades nacionales. Los otros retos sociales clave en China son brindar seguridad de los ingresos, garantizar un acceso equitativo y asequible a la salud, educación y vivienda, y generar suficiente empleo para las poblaciones urbanas y rurales. Desde el punto de vista económico, el fortalecimiento de la demanda interna agregada y el consumo se ha convertido en una de las prioridades nacionales desde el inicio de la crisis económica mundial, debido a la menor demanda de las exportaciones chinas como consecuencia de la crisis.

El Gobierno ha observado claramente los vínculos entre estos retos económicos y sociales y decidió abordarlos de la mejor manera posible. El rápido crecimiento económico experimentado por China desde finales de la década de 1970, ha aumentado la capacidad económica y fiscal del país para expandir su sistema de seguridad social. En consecuencia, junto con la estrategia de expansión económica, se ha dado prioridad a las siguientes iniciativas, entre otros:

- En 2003 y 2007, se estableció dos nuevos regímenes de seguros médicos sociales para la población rural y la parte previamente no asegurada de la población urbana, respectivamente. Estos, junto con otros regímenes de seguro médico ya existentes, ahora cubren a un total de 1.34 mil millones de personas, más del 96 por ciento de la población.
- Se ha mejorado la adecuación de las prestaciones del seguro médico para garantizar el acceso equitativo y efectivo a los servicios de salud. Esto adoptó varias formas, tales como el aumento de las tasas de reembolso, la ampliación de la gama de artículos reembolsables, el incremento del límite para el reembolso, la introducción de un seguro para pagos elevados realizados directamente por los usuarios, la reforma del sector de la salud pública y una mayor inversión en las instalaciones de salud rurales y en los centros urbanos de salud comunitaria.
- En 2009 y 2011, se introdujo dos nuevos regímenes de pensiones de vejez, de nuevo para la población rural y para los residentes urbanos que no estaban asegurados. El objetivo era lograr la cobertura universal para el año 2020; de hecho, esto ya se alcanzó en 2012. La cantidad total de asegurados en virtud de estos dos regímenes nuevos fue de 498 millones a finales de 2013, incluyendo 138 millones de pensionistas. Junto con los cubiertos por los regímenes vigentes, el número total de asegurados (incluidos los beneficiarios) ascendió a 820 millones, más del 80 por ciento de la población mayor de 18 años.
- Tanto el nuevo régimen de salud como el de pensiones están altamente subsidiados por el Gobierno. Por ejemplo, la contribución fiscal anual al seguro médico para los residentes urbanos no asegurados se elevó de 40 yuanes renminbi (CNY) por persona en 2007 (en comparación con 60 CNY para los asegurados) hasta 280 CNY en 2013, y se prevé que aumente de nuevo en el 2014 hasta 320 CNY.
- El nivel de la pensión pagada en virtud del sistema de pensiones de los trabajadores urbanos se ha incrementado de forma consecutiva durante diez años (2005-14) a una tasa anual del 10 por ciento para asegurar su poder adquisitivo.
- El importe global de las prestaciones pagadas por el seguro social en el año 2013 ascendió a 2.8 miles de millones CNY – casi el triple de su nivel en 2007 - lo cual representa una importante contribución al crecimiento con base interna.
- El programa de garantía de nivel de vida mínimo alcanzó la meta de la cobertura universal desde 2007, lo cual representa una contribución esencial a la reducción de la pobreza y la desigualdad.

Como resultado de estas y otras iniciativas, el gasto en la seguridad social ha crecido constantemente, lo cual contribuye al aumento del ingreso disponible para millones de familias y apoya el desarrollo económico sostenible de China.

Fuentes: Con arreglo a datos del Banco Asiático de Desarrollo, 2010; OIT, 2012f; ISSA, 2013; fuentes nacionales.

acceso a la salud y la educación. Invertir en la extensión de la protección social, como lo han hecho muchos países de ingresos medios, ayuda a contener la desigualdad y sus efectos negativos en el crecimiento y permite a los países a transitar por una senda de crecimiento más equitativo y más sostenible (véase, por ej., Berg y Ostry, 2011; Ostry et al., 2014). Este enfoque es, en efecto, particularmente relevante para los países de ingresos medios, que son los que ahora albergan a la mayoría de los

pobres del mundo (Sumner, 2010). En este contexto, los mecanismos de protección social desempeñan un papel particularmente importante en la reducción y prevención de la pobreza, al contener la desigualdad, asegurar oportunidades de vida equitativas y fomentar la inclusión social.

Habida cuenta de las tasas de desaceleración del crecimiento económico en muchos países de ingresos medios (FMI, 2013A) y los efectos potencialmente perjudiciales de las políticas mal

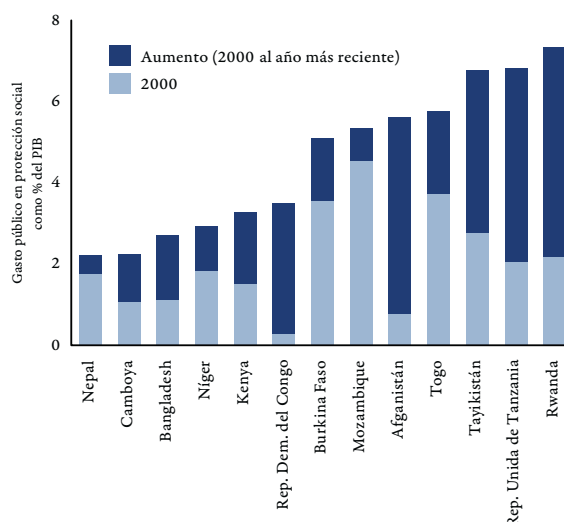
diseñadas de consolidación fiscal, esfuerzos continuos son esenciales para fortalecer los sistemas de seguridad social y ampliarlos en dos dimensiones: Garantizar al menos niveles básicos de seguridad social para todos a través de pisos nacionales de protección social, y alcanzar progresivamente niveles más altos de seguridad social que impidan efectivamente la vulnerabilidad y respondan a la necesidades de seguridad social de las clases medias, que a menudo se ven descuidadas por las políticas convencionales de reducción de la pobreza (véase, por ej., Birdsall, 2010).

6.4 Los países de ingresos bajos: Más allá de las redes de seguridad, en camino hacia las garantías de los pisos de protección social

6.4.1 Contra la corriente: La extensión de la cobertura de la protección social en los países de ingresos bajos

Los países de ingresos bajos afrontan mayores limitaciones para expandir la cobertura de la protección social que los países de ingresos medios y altos. Por lo general, se enfrentan a mayores niveles de pobreza e indigencia que deben ser abordados con menos recursos financieros, a través de capacidades institucionales más débiles y dentro de contextos a menudo frágiles. Sin embargo, una serie de países de ingresos bajos también ha dado pasos decisivos hacia la expansión de la protección social en diversas áreas (véase la figura 6.6 y el cuadro 6.4). Rwanda, por ejemplo, reformó a fondo su sistema de salud con el fin de garantizar el acceso efectivo de más del 90 por ciento de la población a los servicios de salud y mejorar la calidad de los servicios de salud prestados; esto ha contribuido a una rápida disminución de la mortalidad materna e infantil (Sekabaraga et al., 2011). Bangladesh, Kenia y Malawi están entre los países que han introducido programas

Figura 6.18 Aumento del gasto público en protección social, países de ingresos bajos seleccionados, 2000 al último año disponible (porcentaje del PIB)



Nota: Algunos gastos financiados por donantes en cuanto a los regímenes de protección social podrían no reflejarse plenamente en esta figura.

Fuente: Para más detalles, véase el anexo IV, cuadro B.12.

Enlace: <http://www.social-protection.org/gimi/gess/RessourceDownload.action?ressource.ressourcelid=43578>.

de transferencias monetarias condicionadas, lo que ha contribuido a mejorar la seguridad de los ingresos y el acceso a la educación para las familias vulnerables en contextos difíciles donde los servicios públicos y la capacidad de entrega eran a veces demasiado limitados para hacer frente incluso a las emergencias de seguridad alimentaria (García y Moore, 2012; Monchuk, 2014). En Nepal, la extensión de la cobertura de las pensiones sociales ha mejorado la seguridad de los ingresos de las mujeres y los hombres de edad. En Mozambique, un importante programa de transferencias monetarias ha mejorado la seguridad de los ingresos de los hogares vulnerables, muchos de los cuales incluyen a personas de edad y niños (Cunha et

Cuadro 6.4 Ejemplos seleccionados recientes de la extensión de la protección social en países de ingresos bajos*

Tipo de programa	Países en los que recientemente se ha introducido o expandido significativamente los programas/regímenes
Prestaciones a favor de la infancia y la familia	Mozambique, Nepal, Níger**
Transferencias monetarias con un enfoque de desarrollo humano	Bangladesh, Kenia,** Malawi**
Apoyo a los ingresos mínimos de los hogares	Mozambique, Rwanda, Uganda**
Programas de empleo público	Benín, Etiopía, Malawi, Níger, Rwanda, Rep. Unida de Tanzania
Protección de la maternidad	Bangladesh**
Pensiones sociales	Bangladesh,** Kirguistán, Nepal, Sierra Leona, Tayikistán, Rep. Unida de Tanzania**
Expansión de la cobertura del sistema de salud	Burundi, Camboya, Rwanda

* Ya que no es posible proporcionar una relación completa de las reformas e iniciativas recientes en todo el mundo, este cuadro presenta una selección con fines ilustrativos.

** Programa piloto.

Fuente: Compilado por la OIT a partir con arreglo a diversas fuentes.

al., 2013). En Etiopía, Malawi y Níger, entre otros países, los programas públicos de empleo contribuyen a mejorar la seguridad de los ingresos para los trabajadores de las zonas rurales durante la temporada de carestía (McCord, 2012; Lieuw-Kie-Song, 2011). Aunque la cobertura de algunos de estos programas está limitada a ciertas áreas geográficas o grupos estrechamente definidos de la población, éstos constituyen una importante inversión en la salud, la nutrición, la educación y las capacidades productivas de la población, y han generado efectos importantes en la reducción de la pobreza y la vulnerabilidad y la mejora de los niveles de vida.

Como resultado de estos esfuerzos, muchos países de ingresos bajos han aumentado significativamente la proporción del PIB que invierten en la protección social (incluida la salud) (véase la figura 6.18). Esto refleja un cambio importante en las prioridades de desarrollo con un mayor énfasis en el desarrollo humano.

Los hogares pobres, incluidos los trabajadores pobres, viven en la inseguridad en países que no ofrecen ninguna garantía básica de seguridad de los ingresos ni servicios de salud a través de mecanismos de protección social. Muchas personas pobres trabajan en la economía informal rural, donde dependen en gran medida de los ingresos que pueden obtener de la venta de sus cosechas. Desde una perspectiva económica, la falta de cobertura de la protección social da lugar al uso ineficiente de los recursos, obligando a los hogares rurales pobres a optar por cultivos de bajo riesgo y escaso rendimiento para mantener activos líquidos pero menos productivos, y/o retirar a sus hijos de la escuela en respuesta a las crisis.¹⁹ La falta de seguro o de otras formas de protección puede pues llevar a la pobreza crónica, o a alguna situación en la que la gente puede caer fácilmente en la pobreza ante posibles crisis y por lo tanto no están en condiciones de mejorar su situación de manera sostenible. Las transferencias sociales pueden contribuir a la mejora de la seguridad de los ingresos de los hogares mediante la estabilización y la protección del consumo, lo que a su vez puede facilitar la inversión (OIT, 2010b).

En los últimos años, se ha promovido activamente las políticas de protección social en países de ingresos bajos, en reconocimiento a su papel en la reducción de la pobreza crónica y la vulnerabilidad, y por contribuir a la consecución de los objetivos de desarrollo económico y social. Se ha hecho hincapié en el papel de la protección social en la mejora de los resultados nutricionales, de salud y de educación, en particular para los niños, y en el fortalecimiento

de los recursos y las capacidades humanas (véase las figuras 6.23 y 6.24 más abajo). Más recientemente, también se ha puesto presión en el papel económico de la protección social en la estabilización del consumo de los hogares, el impulso de la demanda agregada y el estímulo de los mercados locales, especialmente en zonas remotas. Las simulaciones de transferencias monetarias en Etiopía y Kenia demuestran que el beneficio real agregado a la economía local es considerablemente mayor que el importe real de la transferencia misma (FAO, 2014; Taylor, Thome y Davis, 2013). Para muchos países de ingresos bajos, un reto particular consiste en trasladar el gasto de la seguridad a la protección social: un estudio reciente del FMI sobre Afganistán determinó que hay un equilibrio que debe lograrse entre el gasto en seguridad y el gasto social con el fin de optimizar las posibilidades de establecer y mantener la paz social (Aslam, Berkes y Fukač, 2013).

Esta situación ha cambiado la percepción de las políticas de protección social en los países de ingresos bajos, alejándose de la suposición de que éstas representan un costo (que se suele considerar inasequible) y acercándose más a una comprensión de que constituyen una “inversión en las personas” que es, de hecho, indispensable para el desarrollo futuro (Cichon et al., 2006; OIT, 2008a; Monchuk, 2014). Como resultado de este cambio, las políticas recientes han puesto un mayor énfasis en el desarrollo social y humano, con un enfoque en la reducción de la extrema pobreza y la promoción del “crecimiento favorable a los pobres” (por ejemplo, la OCDE, 2009a), centrando algo más de atención en las redes de seguridad, mientras que otras políticas han ido más allá para promover el crecimiento inclusivo (véase, por ej., OIT, 2011a).

Las políticas de desarrollo integral son decisivas para fomentar las sinergias entre el suministro de transferencias monetarias, acceso a la salud y otros servicios sociales, y la inversión pública. Por ejemplo, una serie de países africanos francófonos han puesto en marcha medidas para garantizar el acceso efectivo a los servicios de salud universal para los niños y las madres jóvenes. Mientras que éstas han tenido un impacto notable, podrían haber tenido aún más éxito si se hubieran unido a medidas más eficaces para mejorar y ampliar la oferta y mejorar la accesibilidad y la calidad de los servicios de salud. Tales medidas podrían incluir el fortalecimiento de la infraestructura de salud pública a través de programas de empleo público que también ofrecen oportunidades de empleo y fortalecen la seguridad de los ingresos para las poblaciones vulnerables.

¹⁹ Véase, por ej., Barrientos, 2007; Barrientos, 2013; Morduch, 1995; Dercon, 2003; OIT, 2010b; OIT, 2013b; Grupo Consultivo del Piso de Protección Social, 2011.

6.4.2 La extensión de la protección social con el producto de las medidas de consolidación y ajuste fiscal

La extensión de la protección social en los países en desarrollo comenzó mucho antes de la crisis financiera y económica mundial, y luego cobró impulso cuando la crisis dio lugar a una aceleración de la inversión en la protección social. Esto fue posible, en parte, debido a que algunos países se habían beneficiado del reciente auge de los precios de las materias primas; sin embargo, muchos países en desarrollo financiaron la extensión de la protección social con el producto de medidas de ajuste como la reducción de los subsidios, el aumento de los impuestos sobre el consumo (como el IVA) y el ahorro de costos generados por las reformas en los sistemas de pensiones y de protección social, como se describió en la sección 6.2.2. Los efectos netos en el bienestar social varían de país a país y todavía no se han estudiado adecuadamente.

Durante la crisis alimentaria y energética, muchos países en desarrollo aumentaron los subsidios o recortaron los impuestos sobre los alimentos y/o los combustibles (FMI, 2008); no obstante, más recientemente, 78 países en desarrollo comenzaron a revertir los subsidios a los alimentos y la energía, pese a la falta de una clara indicación de que los precios locales de los alimentos y la energía habían disminuido o de que se hubiera establecido satisfactoriamente algún piso de protección social compensatoria. Esta tendencia la impulsó en gran medida la lógica ortodoxa según la cual los subsidios generalizados pueden ser ineficaces y costosos, y que su sustitución por redes de seguridad focalizadas puede eliminar las distorsiones del mercado y apoyar a los grupos vulnerables de una manera más rentable (Coady et al., 2010). Así, la estrategia normal del FMI recomendó la reducción de subsidios a la energía (FMI, 2013b), una política que, en principio, puede tener impactos

Recuadro 6.6 Mozambique: La extensión de la protección social mediante un subsidio a los combustibles

En Mozambique, el Gobierno ha trabajado junto con la OIT, el FMI, UNICEF, otras agencias de la ONU y el Banco Mundial para cambiar la prioridad de los gastos y garantizar que se encuentren disponibles los recursos suficientes para la construcción de un piso de protección social nacional. Un estudio conjunto de la OIT-FMI (Cunha et al., 2013) llegó a la conclusión de que la extensión progresiva de un piso de protección social no representaba una amenaza para la sostenibilidad fiscal. El estudio recomienda que el subsidio de combustible mal focalizado sea sustituido por un sistema más eficaz de protección social. Las recaudaciones del sector de recursos naturales en pleno auge tienen el potencial de ampliar el espacio fiscal disponible para tal prestación. El Gobierno tiene previsto realizar una asignación presupuestaria de alrededor del 0.8 por ciento del PIB para el piso de protección social entre 2014-16.

ambientales positivos –una de las razones por las que las agencias de la ONU han apoyado esta política en países como Mozambique (véase el recuadro 6.6).

Existen, sin embargo, algunas implicaciones importantes en materia de políticas que deben tenerse en cuenta al considerar un enfoque orientado hacia la eliminación de los subsidios y la concesión de prestaciones para los más pobres.

- Si bien se puede eliminar los subsidios de la noche a la mañana, desarrollar un sistema de protección social lleva tiempo, especialmente en los países donde la capacidad institucional es limitada. Por lo tanto, existe un alto riesgo de retirar los subsidios y dejar a las poblaciones desprotegidas, sin compensación mediante mecanismos adecuados de protección social, por lo que los alimentos y la energía se volverían inaccesibles para muchas familias, en particular las más pobres.
- La orientación hacia los pobres excluye a otros hogares vulnerables y puede dar lugar a malos resultados en materia de desarrollo. El diseño de una red de seguridad sólo para los pobres puede dejar desprotegidos a muchos hogares no ricos que se beneficiaban de los subsidios. El retiro de los subsidios a los combustibles y el consiguiente aumento de los precios energéticos a niveles inasequibles han provocado protestas en muchos países, por ejemplo, Argelia, Camerún, Chile, India, Indonesia, Kirguistán, México, Mozambique, Nicaragua, Níger, Nigeria, Perú, Sudán y Uganda (Ortiz et al., 2013; Zaid et al., 2014). Estudios recientes, incluyendo algunos realizados por el FMI, señalan que la desigualdad de ingresos es un obstáculo grave para el desarrollo, especialmente mientras la recuperación mundial siga siendo frágil y muchos países en desarrollo sigan tratando de desarrollar sus mercados internos para fomentar la demanda nacional. Una red de seguridad para los más pobres no es de ninguna manera una respuesta suficiente a estos desafíos.
- Los importantes ahorros en términos de costos resultantes de las reducciones en los subsidios energéticos deberían permitir a los países el desarrollo de sistemas de protección social integrales: los subsidios a los combustibles son grandes, pero las nuevas redes de seguridad tienden a ser pequeñas en su alcance y costo. Por ejemplo, en Ghana, el subsidio eliminado a los combustibles habría costado más de mil millones USD en 2013, mientras que el programa focalizado LEAP cuesta alrededor de 20 millones USD por año.
- Las reformas en materia de subsidios son complejas y sus impactos sociales deben ser evaluados y discutidos adecuadamente en el marco del diálogo nacional para que se

entienda los efectos netos en el bienestar social y se acuerde impulsar reformas antes de retirar cualquier subsidio.

6.4.3 Más allá de las redes de seguridad: Hacia pisos nacionales de protección social

La extensión de los programas de protección social en los países de ingresos bajos ha contribuido en gran medida a acelerar el desarrollo social y económico y avanzar hacia el logro de los ODM (Naciones Unidas, 2013b). Además, hoy se otorga un mayor reconocimiento a las funciones más amplias de la protección social con respecto a la concreción de los derechos humanos, la contención de la desigualdad y de la inseguridad de los ingresos y la promoción de la cohesión social. Al mismo tiempo, los países de ingresos bajos hacen frente a ciertas limitaciones específicas, incluyendo un espacio fiscal limitado, la imprevisibilidad de la ayuda exterior y una débil capacidad institucional, incluso en lo que respecta a los sistemas fiscales. Los economistas suelen aconsejar a los gobiernos de esos países que focalicen más estrechamente la protección social como una forma de reconciliar la reducción de la pobreza con la consolidación fiscal (Ravallion, 1999) –una línea de asesoramiento que ha sido particularmente prevalente en el periodo actual de recesión y de crecimiento lento. Como resultado, los programas de protección social se implementan a menudo en forma de programas de protección temporales a pequeña escala, con frecuencia, estrechamente focalizados y/o limitados a determinadas zonas geográficas. La asignación de los escasos recursos disponibles para responder a las necesidades de protección social de la población en un contexto de pobreza generalizada, constituye un reto, especialmente en relación con el establecimiento de criterios de elegibilidad que sean equitativos y transparentes, y protejan la dignidad de los beneficiarios previstos. Es importante tener en cuenta que las personas que logran salir de la pobreza están en alto riesgo de volver a caer en ella. En las zonas rurales de Etiopía, entre 1999 y 2009, menos del 40 por ciento de las personas que salió de la pobreza, se las arregló para mantenerse por encima de la línea de la pobreza (Chronic Poverty Advisory Network, 2014, pág. 77).

Mientras que los programas del tipo de red de seguridad inicialmente ofrecen protección social a sus destinatarios, su eficacia a menudo se ve obstaculizada por su falta de fundamentos en la legislación nacional y de fuentes de financiación estables y fiables. Pocos países de ingresos bajos proporcionan prestaciones sociales basadas en derechos con una definición clara de los criterios de elegibilidad y el tipo y el nivel de las prestaciones. La focalización de los programas sociales en la pobreza extrema, con exclusión de la mayoría de los hogares pobres y vulnerables, que también tienen necesidad de asistencia pública, es un cometido políticamente difícil y administrativamente complicado.

En muchos países, existe una marcada división entre los regímenes contributivos y los no contributivos. Mientras que se suele tener la percepción de que los regímenes del seguro social atienden a los intereses de los empleados de la economía formal (a menudo pocos), los regímenes no contributivos (sujetos o no a la comprobación de recursos) tienden a considerarse como parte de las políticas de reducción de la pobreza. Mediante una mejor coordinación y combinación de regímenes contributivos y no contributivos, los países pueden encontrar formas más efectivas no sólo de reducir la pobreza, sino también de evitar el empobrecimiento, evitar que los que salen de la pobreza caigan de nuevo en ella, y mejorar la seguridad económica de toda la población. Los sistemas de protección social abarcadores y bien coordinados, en consecuencia, son un componente importante de un conjunto integrado de políticas para hacer frente a la pobreza crónica y recurrente.

Algunos países de ingresos bajos han hecho grandes avances en mejorar la coordinación de los regímenes de protección social vigentes –situándolos en el contexto de un marco estratégico común bajo el control del Gobierno y desarrollados con la participación de las principales partes interesadas– y en fortalecer los marcos legales, institucionales y fiscales nacionales, a fin de hacer que los sistemas nacionales de seguridad social sean más eficaces, eficientes, equitativos y sostenibles. Tales esfuerzos van más allá de un foco estrecho en las redes de seguridad (a menudo fragmentadas), y tienen por objeto la construcción de pisos nacionales de protección social y sistemas de seguridad social (OIT, 2012a).

En tiempos de crisis, es importante ampliar, en lugar de reducir, las inversiones sociales, y las redes de seguridad muy focalizadas tienden a representar una reducción de facto en la cobertura. Dada la importancia decisiva de apoyar a las familias en tiempos de dificultad, y de aumentar los ingresos de las personas a fin de alentar la recuperación socio-económica, se puede elaborar un argumento persuasivo a favor de la extensión progresiva de las transferencias universales a, por ejemplo, las familias con niños, las personas de edad, las personas con discapacidad y otros grupos. La focalización de la protección social hacia los más pobres y excluyendo a las poblaciones vulnerables como una decisión consciente en el diseño de políticas es incompatible con la Carta de las Naciones Unidas, la Declaración del Milenio, la Declaración Universal de los Derechos Humanos (según la cual toda persona tiene derecho al nivel mínimo de vida, incluyendo comida, ropa, educación y seguridad social), y los convenios que han firmado casi todos los gobiernos de todo el mundo (véase, por ej., Naciones Unidas, 2008; Sepúlveda, 2014; Sepúlveda y Nyst, 2012).

Una expansión progresiva de una prestación de la seguridad social requiere, entre otras cosas, el fortalecimiento de los marcos jurídicos y de la capacidad institucional, así como una base de recursos sostenible, que en muchos casos se basa en una

combinación de fuentes internas y externas. Son esenciales políticas fiscales y una administración tributaria sólidas para asegurar que los gobiernos puedan contar con una base de recursos sostenible y equitativa para sus políticas de desarrollo económico y social. Esto es particularmente importante en los países ricos en recursos, con el fin de garantizar que los beneficios del crecimiento se distribuyan equitativamente y sirvan a las necesidades de sus poblaciones (OCDE, 2014a; Hujo y McClanahan, 2009; Hujo, 2012).

Un enfoque que se centra en soluciones de responsabilidad nacional y basadas en los derechos, hace hincapié en la importancia de políticas nacionales de protección social eficaces que puedan apoyar el crecimiento inclusivo y el desarrollo social y económico sostenible y contribuir a la concreción de los derechos humanos. Al hacerlo así, este enfoque va más allá de la ayuda externa para el desarrollo y de las políticas de protección social a corto plazo, y contribuye a garantizar la coherencia entre las políticas económicas, de empleo y sociales dentro de un marco legal e institucional sólido y sostenible (Townsend, 2009; Behrendt et al., 2009). Tales esfuerzos dedicados y de responsabilidad nacional para fortalecer las capacidades institucionales han contribuido a mejorar los resultados del desarrollo, por ejemplo, en Etiopía y Rwanda. En otros países, en particular los que se consideran estados frágiles, estos desafíos pueden ser aún mayores; ahora bien, la protección social es una de las áreas de políticas que potencialmente pueden contribuir al fortalecimiento del “contrato social”, al fomentar el diálogo nacional y mejorar la confianza en las instituciones gubernamentales y públicas en general (véase, por ej., Hickey, 2010).

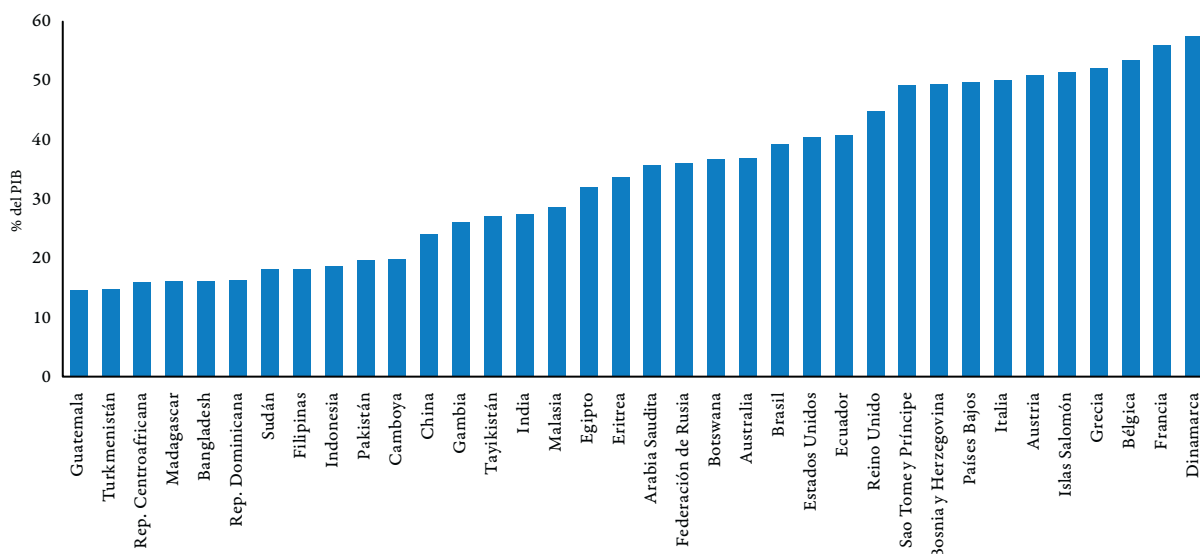
Si los gobiernos y otros actores nacionales persiguen estas políticas con compromiso y buena fe, la creación y el fortalecimiento de los pisos nacionales de protección social no sólo tendrán un impacto inmediato en la vida de las personas, sino que también contribuirán a la construcción de sociedades y economías más inclusivas en el más largo plazo.

6.5 El espacio fiscal para los pisos de protección social

A menudo se argumenta que la protección social no es asequible o que los recortes del gasto público son inevitables durante los períodos de ajuste. Pero hay alternativas, incluso en los países más pobres. Encontrar el espacio fiscal para las inversiones económicas y sociales críticas, es esencial si se quiere lograr un desarrollo sostenido y equitativo, particularmente durante una recesión y períodos de crecimiento lento.

Es importante entender desde el principio que las opciones de los gobiernos en materia de ingresos y de gastos varían considerablemente en todo el mundo. Es una cuestión de elección política (OIT, 2008a; Hall, 2010). Algunos países optan por gastar más o menos, como parte de su contrato social, como se muestra en la figura 6.19. Al igual que en las decisiones relativas al gasto, hay una disparidad similar en cómo los gobiernos recaudan recursos para el desarrollo social y económico. Mediante la utilización de todas las opciones posibles para ampliar el espacio fiscal e invertir en su población, los países pueden lograr un círculo virtuoso de crecimiento sostenido y desarrollo social, y evitar

Figura 6.19 Gasto gubernamental total en países seleccionados, 2013 (porcentaje del PIB)



Fuente: FMI, 2013a.

Enlace: <http://www.social-protection.org/gimi/gess/RessourceDownload.action?ressource.ressourceId=43518>.

el riesgo de un crecimiento lento y la trampa del bajo desarrollo humano (Ryder, 2013; OIT, 2012e).

Hoy en día, la necesidad de crear y mantener el espacio fiscal para inversiones socioeconómicas nunca ha sido mayor. Habida cuenta de la importancia de la inversión pública en la mejora de las perspectivas de crecimiento económico y social inclusivo y equitativo, es fundamental que los gobiernos exploren opciones para aumentar el gasto social y las inversiones económicas generadoras de empleo. Incluso la Directora Gerente del FMI, reconociendo el riesgo de que la consolidación fiscal pueda poner en peligro los esfuerzos de recuperación a nivel mundial, ha hecho un llamado a “la exploración agresiva de todas las medidas posibles que podrían ser eficaces para promover el crecimiento en el corto plazo” (Lagarde, 2011).

Hay opciones a disposición de los gobiernos para ampliar el espacio fiscal para una recuperación socialmente sensible,

incluso en los países más pobres –opciones que cuentan con el respaldo de las declaraciones en materia de políticas de las Naciones Unidas y de las instituciones financieras internacionales (FMI y Banco Mundial, 2006; OIT, 2009a; OIT, 2011a; OIT, 2012a; OCDE, 2014a; PNUD, 2007; Naciones Unidas, 2009b; Naciones Unidas, 2013c). Éstas incluyen: (1) la reasignación del gasto público, (2) el aumento de los ingresos fiscales, (3) la extensión de las cotizaciones al seguro social, (4) préstamos adicionales o la reestructuración de la deuda existente, (5) la restricción de los flujos financieros ilícitos, (6) el recurso al aumento de la ayuda y las transferencias, (7) el recurso a las reservas fiscales y de divisas extranjeras y/o (8) la adopción de un marco macroeconómico más adecuado (Hujó y McClanahan, 2009; Durán-Valverde y Pacheco, 2012; Ortiz y Cummins, 2012). Normalmente, un gobierno se forjaría su propio espacio fiscal a partir de algunas

Recuadro 6.7 Financiación de la protección social por medio de la eliminación de los subsidios

Desde 2010, 100 gobiernos han estado considerando la eliminación de subsidios a los alimentos y a los combustibles y sustituirlos por redes de seguridad focalizadas en los pobres, incluidos 31 países de África subsahariana, 22 en los PIA, 12 en Asia Oriental y el Pacífico, 11 en América Latina, nueve en el Oriente Medio y el Norte de África, y seis en el sur de Asia. El asesoramiento estándar sobre políticas del FMI es eliminar los subsidios a la energía de forma progresiva (FMI, 2013b), un curso de acción que, en principio, tiene externalidades ambientales positivas. Sin embargo, la eliminación repentina de los subsidios - un elemento principal de la consolidación fiscal en los países en desarrollo - ha llevado a protestas significativas contra los precios más altos de alimentos y combustibles resultantes (Ortiz et al., 2013). Por ejemplo, en Nigeria, donde la mayoría de la población vive con menos de 2 USD al día, muchos perciben que la gasolina barata es el único beneficio tangible que reciben del Estado: de ahí las protestas masivas en 2012, cuando el Gobierno eliminó un subsidio a los combustibles, el cual lograba que los costos de alimentación y transporte se mantuvieran bajos.

Existen tres lecciones claves que deben tener en cuenta los gobiernos que contemplan la eliminación de subsidios: (1) las reformas a los subsidios son complejas; no existe ninguna opción de “modelo único para todos”, y el efecto neto de cualquier reforma en el bienestar dentro de su contexto nacional debe ser comprendida y discutida de forma apropiada dentro del diálogo nacional; (2) el diseño de una red de seguridad exigua que se focalice exclusivamente en los más pobres es un mecanismo de compensación insuficiente si otros hogares también se benefician de los subsidios; los enormes ahorros públicos obtenidos a partir de la cancelación de los subsidios a la energía, deben permitir a los gobiernos tener en cuenta sistemas de protección social universal adecuados y otras políticas de desarrollo necesarias que funcionen para todos los ciudadanos, y no sólo para unos pocos; (3) a medida que los precios de alimentos y energía rondan máximos históricos, se debe evitar la reducción de los subsidios a menos que ya se haya establecido un sistema de protección social que funcione bien y el cual pueda proteger a los hogares; dicho sistema necesita tiempo para poder desarrollarse, y si los subsidios se retiran de un día para otro, la población se quedará sin protección durante un período de vulnerabilidad excepcional, como lo demuestran las últimas reclamaciones de la sociedad civil (Zaid et al., 2014).

Recuadro 6.8 Imposición de impuestos a la extracción minera y de recursos naturales para generar el espacio fiscal para la protección social

Gravar la extracción de los recursos naturales ofrece un gran potencial para muchos países en desarrollo. Si bien el caso más conocido puede que sea el enfoque de Noruega de gravar las ganancias del petróleo y depositar las recaudaciones en el Fondo Global de Pensiones del Gobierno, los países en desarrollo ofrecen varios ejemplos innovadores en cuanto a la canalización de los flujos de recaudación de recursos naturales para la protección social (Hujó, 2012; OCDE, 2014A). Por ejemplo, Mongolia se encuentra financiando una prestación infantil basada en derechos universales a partir de los impuestos sobre las exportaciones de cobre. Cuando los precios del cobre bajaron con la caída de la demanda en 2009, se aconsejó a Mongolia que focalizara su prestación universal infantil; rehusó hacerlo, cuando en 2010/11 los precios del cobre volvieron a subir. Dada la naturaleza volátil de los precios de los productos básicos, muchos gobiernos han creado “fondos de estabilización” sobre la base de los impuestos a las ganancias inesperadas. Estos fondos permiten a los gobiernos compensar sus recaudaciones y gastos, ahorrando los ingresos extraordinarios para “casos de emergencia” cuando los precios de exportación de productos básicos puedan ser bajos, y por tanto garantizar que las inversiones en el desarrollo social y económico se mantengan constantes. Los ejemplos incluyen el Fondo de Estabilización del Cobre Chile, el Fondo de Estabilización del Petróleo de Irán y el Fondo de Estabilización de Recursos Minerales de Papúa Nueva Guinea. Durante la reciente recesión económica, una serie de países han recurrido a estos fondos para financiar las medidas de estímulo para el crecimiento nacional y aumentar la protección social.

de estas opciones. La singularidad de cada país requiere que la gama de opciones se examine detenidamente en el plano nacional y que la selección se base en el diálogo social eficaz y en un enfoque sólido de la economía política (OIT, 2012a).

6.5.1 Opción 1: La reasignación del gasto público actual

Esta es la opción más ortodoxa, que incluye la evaluación de las asignaciones presupuestarias actuales, sustituyendo las inversiones de un elevado costo y de escaso impacto con las que puedan generar mayores efectos socio-económicos, eliminando las ineficiencias del gasto y/o haciendo frente a la corrupción. La reformulación de las prioridades requiere que los gobiernos estén dispuestos a reconsiderar cuáles son las áreas de las políticas públicas que requieren más apoyo. Por ejemplo, los Gobiernos de Camboya, Costa Rica, Mauricio y Sri Lanka, han reducido el gasto en los sectores de defensa y seguridad a favor de un aumento del gasto en los sectores sociales. Una de las áreas del gasto con un gran potencial para la creación de espacio fiscal son los subsidios. El retiro de los subsidios ha permitido la expansión de los regímenes de protección social en varios países, entre ellos Ghana y Mozambique, aunque el efecto neto en el bienestar de cualquier reforma, debe comprenderse adecuadamente antes de retirar los subsidios (recuadro 6.7).

6.5.2 Opción 2: El aumento de los ingresos fiscales

Esto se puede lograr mediante la alteración de los diversos tipos de tasas impositivas, el fortalecimiento de la eficiencia de los métodos de recaudación de impuestos, y la mejora del cumplimiento en general. Como se señaló anteriormente, 94 países ya están aumentando los impuestos sobre el consumo, tales como

el IVA, que generalmente son regresivos, ya que cubren productos que consumen los pobres. En lugar de ello, el enfoque debe desplazarse a otros impuestos, tales como los que gravan las ganancias corporativas, las actividades financieras, los ingresos personales, los bienes, las importaciones y las exportaciones, los cuales tienden a ser progresivos. La tributación progresiva –la principal herramienta de redistribución a disposición de los responsables políticos– se debe priorizar por motivos de un mayor espacio fiscal y de la equidad que conlleva el contar con el apoyo político de los ciudadanos para promover la recuperación socioeconómica (FMI, 2010c; Ostry et al., 2014).

6.5.3 Opción 3: La extensión de las cotizaciones sociales

La generación de fondos a través de las cotizaciones sociales está vinculada, por su naturaleza, a la extensión de los regímenes contributivos de la seguridad social. En los años recientes, muchos países han aumentado la financiación de la protección social significativamente por este medio, incluidos Brasil, China, Costa Rica, Lesotho, Namibia, Sudáfrica y Tailandia. En la mayoría de los países, estas iniciativas están estrechamente vinculadas con la introducción de nuevas medidas para atraer a más trabajadores al empleo formal y ampliar la cobertura de los regímenes contributivos de la seguridad social.

6.5.4 Opción 4: El endeudamiento o la reestructuración de la deuda existente

Algunos países tienen la capacidad potencial de endeudarse (a través de préstamos o las emisiones de bonos); otros ya tienen grandes deudas y necesitan hacer una mejor gestión de la deuda.

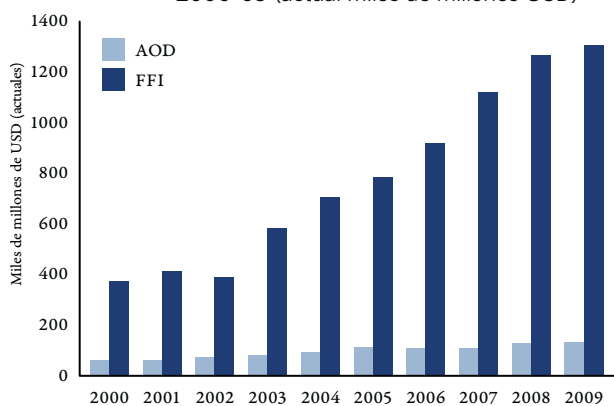
Recuadro 6.9 Ecuador: Utilización de los recursos liberados por la reestructuración de la deuda para la protección social

Algunos países en desarrollo han vuelto a examinar las deudas acumuladas que datan de la década de 1970 con el fin de reducir sus obligaciones pendientes. En 2008, Ecuador se convirtió en el primer país en llevar a cabo una auditoría oficial para evaluar la legitimidad de su deuda soberana. La investigación de dos años de duración, encargada por el Gobierno, llegó a la conclusión de que algunas de sus deudas externas (principalmente deudas del sector privado nacionalizadas por gobiernos anteriores) habían quebrantado varios principios del derecho internacional y nacional y eran, por tanto, “ilegítimas”. Si bien Ecuador respetó en su totalidad la deuda que había contribuido al desarrollo del país - la llamada deuda “legítima” - dejó de pagar su supuesta deuda ilegítima en noviembre de 2008 y la compró de nuevo al 35.0 por ciento de su monto original tan sólo unas semanas después.

Sobre la base de la experiencia ecuatoriana (y también la noruega), una Comisión especial de las Naciones Unidas de Expertos sobre las Reformas del Sistema Monetario y Financiero Internacional, declaró su apoyo a las auditorías de la deuda pública como un mecanismo para la reestructuración transparente y justa de las deudas (ONU, 2009b). Los recursos públicos liberados por este método en Ecuador se han invertido en el desarrollo humano, lo cual incluyó duplicar el gasto en educación entre 2006 y 2009, casi duplicar los programas de asistencia de vivienda para familias de ingresos bajos y la extensión de su programa principal de protección social, las transferencias monetarias del Bono de Desarrollo Humano. Los resultados son impresionantes: la pobreza cayó desde un máximo durante la recesión del 36.0 por ciento al 28.6 por ciento, el desempleo se redujo del 9.1 por ciento al 4.9 por ciento y las tasas de matrícula escolar aumentaron significativamente (Ray y Kozameh, 2012).

La reestructuración de la deuda es el proceso de reducción de los niveles existentes de deuda o del servicio de la deuda. Para los países que sufren de altos niveles de deuda, la reestructuración de la deuda existente puede ser posible y justificable si la legitimidad de la deuda es cuestionable (por ej., deudas nacionalizadas del sector privado) y/o si el costo de oportunidad es alto en términos del empeoramiento del crecimiento y el nivel de vida (recuadro 6.9). Los gobiernos que buscan reestructurar la deuda soberana tienen a su disposición cinco principales opciones: (1) renegociar la deuda (como lo han hecho más de 60 países desde la década de 1990), (2) lograr el alivio/cancelación de la deuda (por ej., en virtud de la Iniciativa a Favor de los Países Pobres Muy Endeudados o PPME, introducida en 1996), (3) aceptar el canje/conversión de la deuda (como lo han hecho más de 50 países desde la década de 1980), (4) repudiar la deuda (como lo han hecho Irak e Islandia), o (5) recurrir al impago (como lo han hecho más de 20 países desde 1999, incluyendo Argentina y la Federación de Rusia). Son amplias las experiencias de gobiernos que han reestructurado su deuda o reducido los pagos del servicio de la deuda, a menudo ante la oposición de los acreedores. El FMI ha propuesto un Mecanismo de Reestructuración de la Deuda Soberana (Kruger, 2002; FMI, 2003), y la Organización de las Naciones Unidas asimismo instó a la creación de un mecanismo para la reducción de la deuda soberana que se ocupe de manera justa de prestamistas y prestatarios por igual (ONU, 2009b; Naciones Unidas, 2010b).

Figura 6.20 Flujos Financieros Ilícitos (FFI) frente a la asistencia oficial para el desarrollo (AOD), 2000-09 (actual miles de millones USD)



Fuentes: Kar y Curcio, 2011; Banco Mundial, Indicadores del Desarrollo Mundial, 2011.

Enlace: <http://www.social-protection.org/gimi/gess/ResourceDownload.action?resource.resourceId=43517>.

6.5.5 Opción 5: La restricción de los flujos financieros ilícitos

Restringir los flujos financieros ilícitos (FFI), también tiene el potencial de generar grandes cantidades de recursos adicionales para inversiones socioeconómicas, incluyendo la protección social. Los FFI implican capital que se obtuvo, transfirió o utilizó ilegalmente e incluyen, entre otros, los bienes transables a precios de transferencia manipulados (facturación fraudulenta o trade mispricing) para evitar aranceles más altos, la riqueza canalizada a cuentas en el extranjero para evadir impuestos sobre los ingresos y los movimientos de dinero en efectivo no declarados (PNUD, 2011). Se estima que en 2009 1.3 miles de millones USD en FFI salieron de los países en desarrollo, principalmente a través de la facturación fraudulenta, casi dos tercios de los cuales terminaron en países de ingresos altos; esto equivale a más de diez veces el importe total de la ayuda recibida por países en desarrollo (figura 6.20).

6.5.6 Opción 6: El recurso al aumento de la ayuda y las transferencias

Esto requiere o bien establecer contactos con los diferentes gobiernos donantes para la gestión del aumento de las transferencias norte-sur o sur-sur, o bien reducir las transferencias sur-norte, tales como los FFI, que son considerablemente mayores (véase el párrafo anterior). Como resultado de las políticas de consolidación fiscal adoptadas en la mayoría de los países donantes, la ayuda al desarrollo se redujo en un 4 por ciento en términos reales en 2012, después de una caída del 2 por ciento en 2011 (OCDE, 2013e). En 2012, los Relatores Especiales de las Naciones Unidas sobre el Derecho a la Alimentación, la Extrema Pobreza y los Derechos Humanos, instaron a crear un fondo mundial de protección social para restablecer el equilibrio (De Schutter y Sepúlveda, 2012).

6.5.7 Opción 7: La utilización de las reservas fiscales y de divisas del banco central

Esto implica recurrir a los ahorros fiscales y otros ingresos del estado invertidos en fondos especiales, tales como los fondos soberanos de inversiones, y/o el uso de las reservas de divisas excedentes del banco central para impulsar el desarrollo nacional y regional. Para una discusión más detallada de esta opción, véase Ortiz y Cummins, 2012. Aquí hay espacio sólo para resaltar el caso de los fondos soberanos de inversiones (FSI), que potencialmente pueden ser utilizados por los países para impulsar el desarrollo socio-económico y la protección social. La lógica detrás de los FSI –tales como la

Autoridad de Inversión de Abu Dhabi, el Fondo Soberano de Pensiones de Noruega, y Temasek Holdings de Singapur y el Government of Singapur Investment Corporation (GIC) del Gobierno de Singapur— consiste en maximizar la rentabilidad financiera de la inversión, por lo general en los mercados internacionales de capital. Si bien la creación de un FSI es una opción con la que cuenta la mayoría de los gobiernos, muchos han cuestionado la lógica de invertir los ingresos públicos para el crecimiento del mercado de capitales cuando dichos recursos podrían ser invertidos en bienes y servicios sociales y económicos que se necesitan con urgencia en los propios países. Venezuela, por ejemplo, ha utilizado sus reservas fiscales para financiar una serie de objetivos de desarrollo tanto a nivel nacional como regional. Por otro lado, Timor Oriental, un país con puntajes muy bajos en los indicadores de desarrollo humano y una alta proporción de personas que viven en la pobreza (el 50 por ciento en 2007, frente al 36 por ciento en 2001), tiene un estimado de 6.3 millones USD invertidos en un FSI en el extranjero. El punto clave es que los gobiernos tienen múltiples opciones sobre cómo utilizar sus reservas para impulsar el desarrollo socio-económico, y las alternativas deben ser evaluadas cuidadosamente (véase el recuadro 6.8).

6.5.8 Opción 8: La adopción de un marco macroeconómico más flexible

Esto implica permitir déficits presupuestarios más altos y mayores niveles de inflación sin poner en peligro la

estabilidad macroeconómica (por ej., a través de la distensión cuantitativa en los Estados Unidos). Los objetivos de la política macroeconómica son múltiples, desde el apoyo al crecimiento, la estabilización de los precios o el control de la inflación hasta suavizar los ciclos económicos, la reducción del desempleo y la pobreza, y la promoción de la equidad. En las últimas décadas, los marcos macroeconómicos han puesto gran énfasis en las medidas de estabilización a corto plazo, tales como el control de la inflación y de los déficits fiscales, como parte de esfuerzos más amplios encaminados a liberalizar las economías, integrarlas en los mercados globales y atraer la inversión. Si bien estos objetivos macroeconómicos no son necesariamente irracionales, hay un riesgo cada vez mayor en muchos países en desarrollo de que otros objetivos importantes, como el crecimiento generador de empleo y la protección social, pierdan prioridad razón por la cual tiendan a ser subvalorados.

Es importante destacar que existen diversos puntos de vista sobre lo que constituye un nivel “aceptable” de inflación o déficit fiscal, y que, como parte de la respuesta a la crisis, ha existido un creciente reconocimiento en cuanto a la necesidad de aliviar restricciones presupuestarias y permitir un grado creciente de gasto deficitario, especialmente para brindar apoyo a las inversiones socialmente relevantes y al crecimiento económico generador de empleo (FMI, 2009; Epstein, 2009; Pollin, Epstein y Heintz, 2008; Islam y Chowdhury, 2010a; Islam y Chowdhury, 2010b; UNCTAD, 2011; UNCTAD, 2012; UNCTAD, 2013).

En resumen, existen muchas oportunidades para que los países puedan aumentar el espacio fiscal para la protección

Cuadro 6.5 Estrategias de espacio fiscal: ejemplos de países seleccionados

Estrategia	Est. Plur. de Bolivia	Botswana	Brasil	Costa Rica	Lesotho	Islandia	Namibia	Sudáfrica	Tailandia
Reasignación del gasto público				×	×	×		×	×
Aumento de los ingresos fiscales	×	×	×		×	×			×
Ampliación de las cotizaciones a la seguridad social			×	×	×		×	×	×
Reducción de la deuda/servicio de la deuda	×	×	×	×	×	×		×	×
Restricción de los flujos financieros ilícitos						×	×		
Aumento de la ayuda							×		
Aprovechamiento de las reservas fiscales	×	×	×						
Marco macroeconómico más flexible	×		×			×			

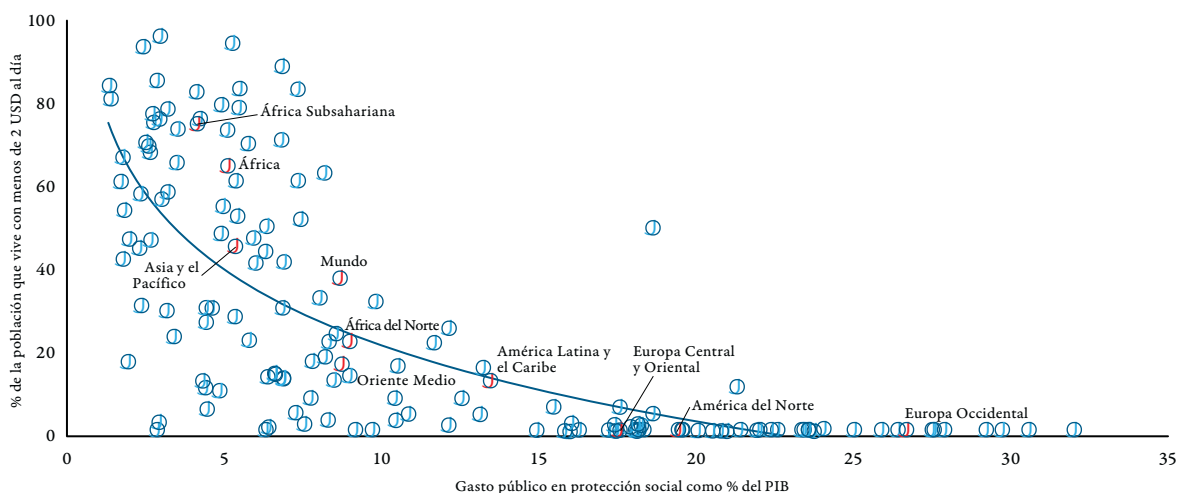
Fuentes: Adaptado de Durán-Valverde y Pacheco, 2012; Ortiz y Cummins, 2012.

social por medio de una combinación de estrategias personalizadas. Por lo general, es apropiado que los gobiernos tengan en consideración una combinación de las diferentes estrategias, así como en los ejemplos presentados en el cuadro 6.5. Cada país es único, y debe examinarse de manera cuidadosa toda la gama de opciones disponibles para el espacio fiscal –prestando especial atención a los posibles riesgos y las disyuntivas asociadas con cada oportunidad– a nivel nacional a través de un diálogo inclusivo para asegurar una recuperación socialmente responsable. Todas las opciones de espacio fiscal descritas en este informe son respaldadas por las declaraciones de políticas de las Naciones Unidas e instituciones financieras internacionales. La Recomendación núm. 202 de la OIT, hace hincapié en la responsabilidad de los gobiernos nacionales en la financiación de pisos nacionales de protección social, y en la movilización de los recursos necesarios para garantizar la sostenibilidad financiera, fiscal y económica de estos acuerdos. La Recomendación también señala explícitamente que las estrategias de movilización de recursos nacionales pueden incluir la aplicación efectiva de las obligaciones fiscales y de cotización, la modificación de las prioridades de gasto, y/o una base de recaudación más amplia y suficientemente progresiva. La Recomendación establece además que los países cuyas capacidades económicas y fiscales sean insuficientes para poner en práctica las garantías pueden solicitar apoyo y cooperación internacional a fin de complementar sus propios esfuerzos (Párrafos 11-12; véase también OIT, 2012a).

6.6 Por qué los pisos de protección social son clave para la recuperación y deben formar parte de la Agenda de desarrollo post 2015

A medida que la comunidad mundial lucha por sobreponerse a la recesión y al crecimiento lento y evalúa la agenda de desarrollo actual y el avance realizado hacia la consecución de los Objetivos de Desarrollo del Milenio, resulta oportuno recordar las tres razones principales por las cuales la protección social es una de las condiciones necesarias para el desarrollo sostenible. Primero, es un derecho humano y un elemento esencial de los derechos laborales. También es una necesidad social y política, ya que los Estados necesitan la capacidad de intervenir cuando los mercados hayan fracasado; los sistemas nacionales de protección social eficaces son herramientas poderosas para garantizar la seguridad de los ingresos, para prevenir y reducir la pobreza y la desigualdad, y para construir una sociedad inclusiva; por lo tanto, estos fortalecen la cohesión social y contribuyen a establecer y mantener la paz social. La protección social es también una necesidad económica para sostener el consumo y la demanda interna a través del aumento de los ingresos del hogar. Una protección social adecuada realza la productividad y el desarrollo humano, permite a los trabajadores adaptarse a los cambios, y facilita el cambio estructural equitativo e inclusivo. La inversión en protección social es una inversión para una sociedad sana, productiva y equitativa.

Figura 6.21 Gasto público en protección social (porcentaje del PIB) y proporción de la población en condiciones de pobreza

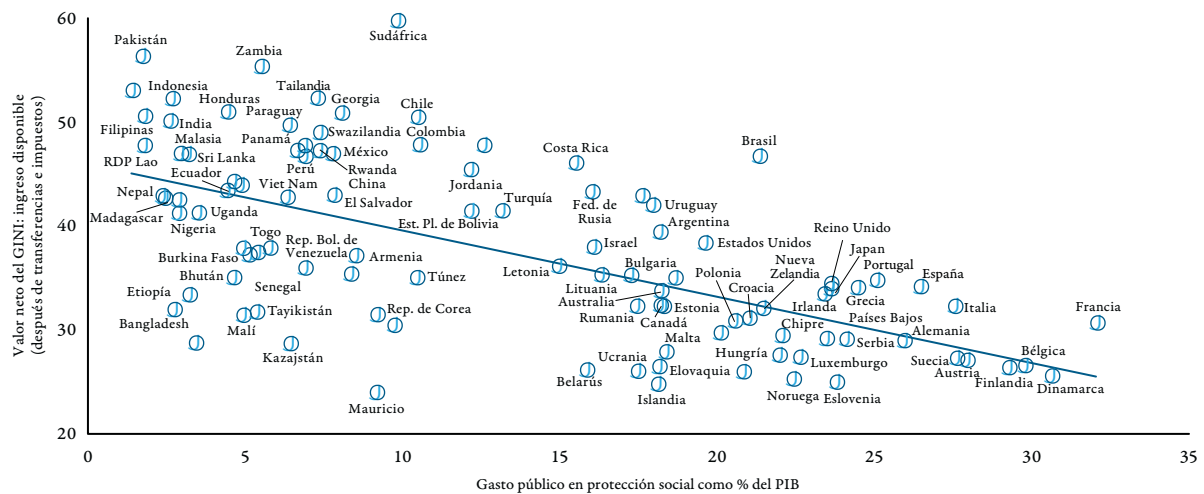


Notas: $R^2 = 0.5326$. La relación entre los resultados de los gastos públicos de protección social y los de la pobreza es compleja, ya que involucra una variedad de factores. Cabe señalar en particular que 2 USD PPP por día no representa una línea de pobreza absoluta significativa en los países de ingresos altos; Este punto de corte fue seleccionado para fines del gráfico a efectos de garantizar la comparabilidad internacional.

Fuentes: El gasto público en protección social: con arreglo a datos del FMI, OCDE, Eurostat, OIT, CEPALSTAT, Banco Asiático de Desarrollo y fuentes nacionales. Recuento de la pobreza: Banco Mundial, Indicadores del Desarrollo Mundial (disponible en abril de 2013). Para más detalles véase el anexo IV, cuadro B.12.

Enlace: <http://www.social-protection.org/gimi/gess/RessourceDownload.action?ressource.ressourceId=38559>.

Figura 6.22 Gasto público en protección social (porcentaje del PIB) e igualdad de ingresos (coeficiente de Gini), último año disponible



Notes: $R^2 = 0,3893$. Una vez más, la relación entre las políticas de protección social (medidas en la presente por el gasto) y la desigualdad (medidas en la presente por el coeficiente de Gini), es mucho más compleja de lo que puede plasmarse aquí. Políticas de protección social bien diseñadas no solamente abordan la desigualdad de los ingresos, sino también varias otras dimensiones de la desigualdad (véase, por ejemplo UNRISD, 2010; OCDE, 2011b; PNUD, 2014).

Fuentes: El gasto público en protección social con arreglo a datos del FMI, OCDE, Eurostat, OIT, CEPALSTAT, BAsD/ADB y fuentes nacionales (véase el anexo IV, cuadro B.12). Índice de Gini: Banco Mundial, Indicadores del Desarrollo Mundial (disponible en enero 2014); BAsD/ADB, CEPAL; Solt, 2009; Solt, 2013).

Enlace: <http://www.social-protection.org/gimi/gess/RessourceDownload.action?ressource.ressourceId=42217>.

6.6.1 Los pisos de protección social reducen la pobreza y las desigualdades

La protección social reduce la pobreza y la exclusión social

La protección social es un instrumento esencial para hacer frente a todas las formas de pobreza. Programas de transferencias monetarias han logrado reducir la pobreza de forma exitosa en África, Asia, Europa Central y del Este, y América Latina, lo cual podría producir resultados mucho más rápidos que los que se esperan a partir de los efectos de “filtración” de las políticas económicas. Si bien a nivel práctico, los beneficios han tendido a ser menores que los necesarios, una transferencia monetaria a un nivel adecuado puede hacer que la gente salga de la pobreza de un día para otro. De igual importancia, las transferencias monetarias han tenido efectos aún mayores en la reducción de la magnitud de la pobreza. Por ejemplo, los subsidios no contributivos de Sudáfrica han reducido la brecha de la pobreza en más de un tercio (Woolard, Harttgen y Klasen, 2010), el programa Oportunidades en México ha reducido las cifras de aquellos que viven en la pobreza en un 10 por ciento y la brecha de la pobreza en un 30 por ciento (Skoufias y Parker, 2001), y el Programa de Protección Social de Kirguistán ha reducido el número de personas que viven en la pobreza extrema en un 24 por ciento y la brecha de pobreza entre los beneficiarios en un 42 por ciento (Banco

Mundial, 2003). Se ha informado que la expansión de la asistencia alimentaria en los Estados Unidos ha reducido el número de hogares en situación de pobreza extrema a la mitad (CBPP, 2014). En general, las transferencias sociales y los impuestos han reducido la pobreza en más del 50 por ciento en la mayoría de países europeos (véase la figura 6.16 anterior).

El gasto en protección social tiene un papel destacado en la reducción y prevención de la pobreza, ya que controla la desigualdad y aborda la exclusión social. Su capacidad para garantizar que las personas puedan salir de la pobreza para siempre es especialmente importante: el riesgo de regresar a la pobreza es muy alto cuando no existen mecanismos eficaces de protección social (Chronic Poverty Advisory Network, 2014). La protección social es esencial no solamente para abordar la pobreza monetaria, sino también la exclusión social (Babajanian y Hagen-Zanker, 2012). De hecho, la protección social constituye uno de los canales esenciales por medio de los cuales los gobiernos pueden distribuir y redistribuir los ingresos y recursos, y compartir los beneficios del crecimiento, fortaleciendo los mandatos democráticos que les son concedidos en las elecciones para cumplir con las expectativas sociales. Actualmente, el papel clave de la protección social en el crecimiento inclusivo es ampliamente reconocido (por ejemplo, OCDE, 2009a). En consecuencia, no es sorprendente que los niveles más altos de gasto en protección social se asocien con niveles más bajos de pobreza (véase la figura 6.21).

La protección social reduce la desigualdad de los ingresos

El papel de la protección social va mucho más allá de una mera reducción de la pobreza en términos de ingresos. Si bien, el debate desde hace algún tiempo se ha centrado casi exclusivamente en la reducción de la pobreza y la eficiencia de la focalización, se reconoce cada vez más que la reducción de la pobreza no es suficiente para promover un crecimiento inclusivo (PNUD, 2013; Naciones Unidas, 2013d; Naciones Unidas, 2013e). Se necesitan políticas de protección social más amplias que abarquen enfoques tales como la extensión del seguro social para ayudar a prevenir la pobreza y la inseguridad y para controlar la desigualdad (figura 6.22). La correlación entre el gasto público en la protección social y la desigualdad (según lo expresado por el coeficiente de Gini), es menos notable que para la pobreza, pero todavía existe una relación visible, lo cual sugiere que los niveles más altos de gasto en protección social se asocian con niveles menores de desigualdad.

La protección social contribuye al desarrollo del capital humano, reduce el hambre y contribuye a la seguridad alimentaria

Existen pruebas contundentes de las reformas positivas de la protección social en cuanto al hambre y la nutrición. En África, Asia y América Latina, se ha demostrado que las transferencias monetarias mejoran la cantidad y la diversidad de consumo de alimentos, a la vez que protegen el consumo de alimentos durante las perturbaciones o los períodos de escasez. Una mejor nutrición también contribuye a un mejor desarrollo físico: los programas en Malawi, México y Colombia presentan reducciones en el número de niños con crecimiento atrofiado (Yablonski y O'Donnell, 2009; Tirivayi, Knowles y Davis, 2013), mientras que niños en hogares sudafricanos que perciben una pensión, crecen en promedio 5 centímetros más que los niños de hogares que no la perciben (Case, 2001).

La protección social respalda resultados educativos positivos

Los programas de protección social, incluidas las transferencias monetarias, el suministro de matrículas y material educativo gratuitos, así como los programas de alimentación escolar, han demostrado que redundan en mayores tasas de matrícula escolar, una menor cantidad de deserciones escolares y menos trabajo infantil al eliminar barreras a la demanda a la educación, incluyendo la necesidad de las familias pobres de depender de los niños para obtener ingresos y para brindar cuidados. Los

programas de transferencias en Bangladesh, Brasil, Camboya, Ecuador, Etiopía, Malawi, México, Nicaragua, Pakistán, Sudáfrica y Turquía, han demostrado un aumento significativo en la matrícula escolar y/o la asistencia a la escuela de los niños (Adato y Bassett, 2008).

La protección social respalda resultados de salud positivos

La protección social puede contribuir de diversas maneras a la consecución de resultados de salud mejores y más igualitarios. Las inversiones en infraestructura, personal y medicamentos para la salud, se necesitan con mayor urgencia en los lugares donde la carga de la enfermedad es más grave. También se necesita apoyo financiero para evitar que las familias caigan en la pobreza a causa del pago de gastos de salud considerables de su propio bolsillo. Un estudio comparativo de países de la OMS demostró que esto se puede lograr mediante la reducción de la dependencia del sistema de salud en los desembolsos directos de los usuarios y al brindar una mayor protección al riesgo financiero (Xu, Evans y Kawabata, 2003). El compromiso de Tailandia para lograr el acceso universal a la salud condujo a mejoras significativas en los resultados de salud en varias medidas, entre ellas la utilización de los servicios y la tasa de empobrecimiento relacionada con la salud (Evans et al, 2012; Tangcharoensathien et al, 2009). El programa Oportunidades de México combina las transferencias monetarias y servicios de salud gratuitos con mejoras en el suministro de servicios de salud, lo cual condujo a una disminución del 17 por ciento en la mortalidad infantil rural durante un período de tres años y una reducción del 11 por ciento en las tasas de mortalidad materna (Barham 2010; Adato y Bassett, 2008). En Ghana, las exenciones de las cuotas de usuario para mujeres embarazadas dieron lugar a una reducción significativa en la tasa de mortalidad materna (Witter et al., 2007). Más recientemente, existe evidencia sobre la utilidad de las intervenciones más amplias de protección social en la prevención, tratamiento, atención y apoyo del VIH/SIDA (OIT, 2008b; Temin, 2010). Por ejemplo, se ha encontrado que las transferencias monetarias han sido efectivas en el apoyo a las familias para brindar cuidados a personas que viven con el VIH/SIDA, así como en la mejora del acceso al tratamiento y la adhesión.

6.6.2 Los pisos de protección social promueven el empleo decente y el crecimiento inclusivo

La protección social promueve el empleo

La protección social desempeña un papel importante en la creación del acceso al empleo pleno y productivo y el trabajo decente

para todos, incluidos las mujeres y los jóvenes, por medio de transferencias monetarias, medidas activas de mercado laboral, seguro médico y políticas de apoyo a la familia. Estos han demostrado fomentar la participación en el mercado laboral en los países de ingresos bajos y medios al garantizar oportunidades de trabajo públicos, cubriendo los costos de la búsqueda de empleo y apoyando a las personas con responsabilidades en el cuidado de los hijos - con efectos particularmente marcados en las mujeres. En Sudáfrica, la participación en el mercado laboral entre aquellos que perciben transferencias monetarias fue del 13 al 17 por ciento mayor que la de los hogares que no perciben transferencias, con la mayor diferencia presentada entre mujeres (Economic Policy Research Institute, 2004). Para los jóvenes que se encuentren desempleados de forma estructural o en alto riesgo social, el programa Joven en Chile combina la experiencia laboral, la formación y el aprendizaje; este modelo ha sido replicado en otros países de América del Sur (Banco Mundial, 2003). En otros países, como en India y Uganda, las transferencias monetarias se han utilizado para proporcionar empleo para jóvenes locales y para la gente pobre. Las transferencias monetarias también pueden proporcionar recursos indispensables para financiar la búsqueda de empleo, apoyar la formación y el desarrollo de habilidades de calidad, aumentar el acceso al crédito y fortalecer la capacidad de recuperación de los pequeños productores agrícolas en el mantenimiento de la producción. Los programas de empleo público también pueden estar relacionados

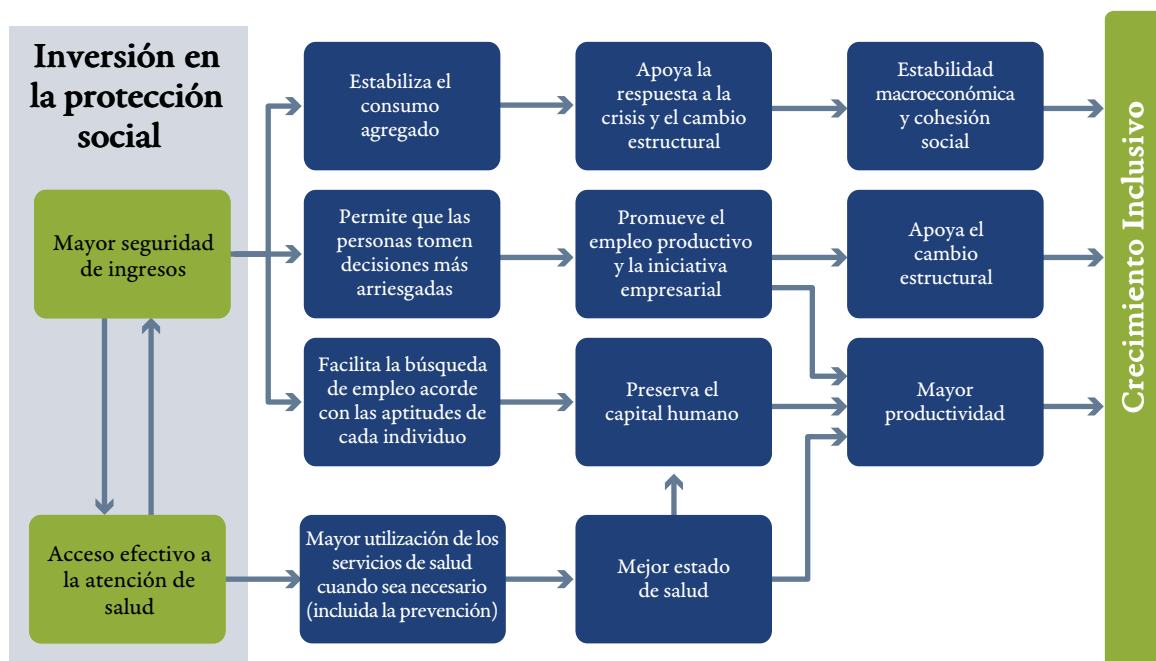
con los empleos verdes y mejoras medioambientales, como por ejemplo en Brasil y Filipinas. Un estudio reciente de Estados Unidos indica que brindar asistencia alimentaria a los hijos de familias pobres, incrementa sus ingresos anuales promedio en el largo plazo hasta 3,000 USD, y aumenta su número promedio de horas laborales por 150 al año (CBPP, 2014).

Muchos países de Asia, África y América Latina han desarrollado formas para coordinar los mecanismos de protección social con las políticas y servicios del mercado de trabajo, fortaleciendo así las oportunidades de las personas desempleadas para que puedan regresar al mercado. Un hallazgo particularmente interesante es que los participantes adultos en varios de los programas latinoamericanos de transferencias monetarias mencionados anteriormente, así como los beneficiarios de regímenes similares en Sudáfrica, estuvieron en condiciones de aumentar su tasa de actividad económica, observando cómo su empleabilidad se incrementó por medio de inversiones sencillas y el acceso a la formación y servicios de empleo, y para buscar trabajo de manera más efectiva con unos costos de búsqueda de empleo estimulados por medio de las transferencias monetarias modestas percibidas por las familias.

La protección social promueve el crecimiento económico

Los regímenes de protección social contribuyen al crecimiento económico sostenible al aumentar la productividad laboral y

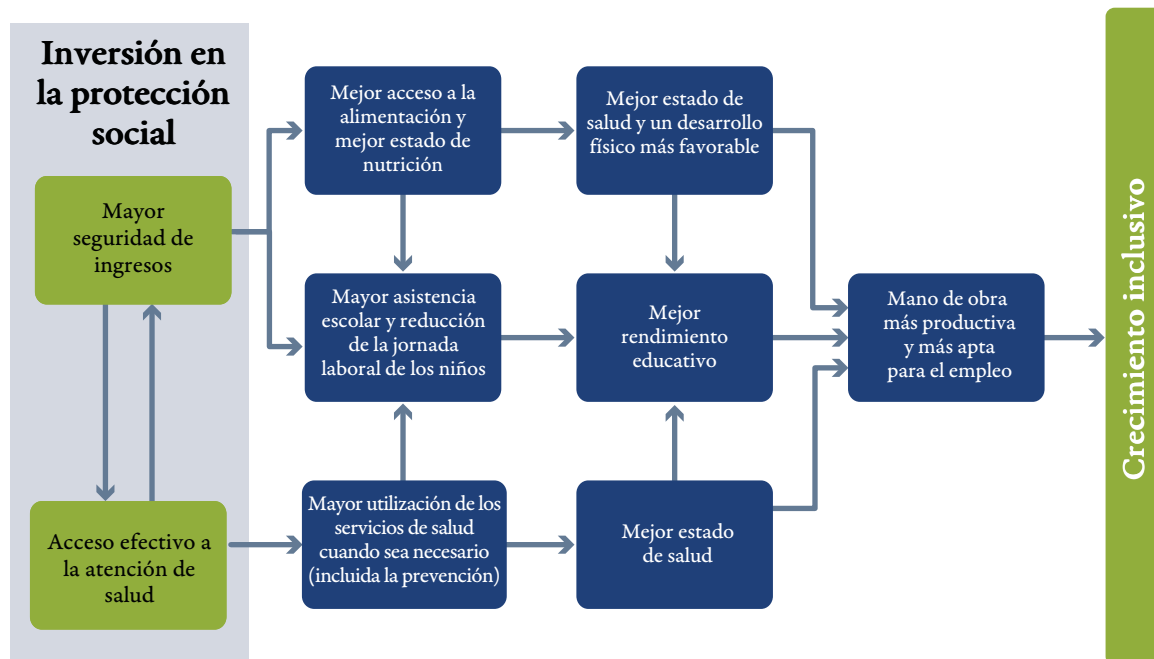
Figura 6.23 Representación resumida de algunos de los efectos positivos de la extensión de la protección social en el crecimiento inclusivo (a corto plazo)



Fuente: Con arreglo a Behrendt, 2013.

Enlace: <http://www.social-protection.org/gimi/gess/RessourceDownload.action?ressource.ressourceId=43579>.

Figura 6.24 Representación resumida de algunos de los efectos positivos de la extensión de la protección social en el crecimiento inclusivo (a más largo plazo)



Fuente: Con arreglo a Behrendt, 2013.

Enlace: <http://www.social-protection.org/gimi/gess/RessourceDownload.action?ressource.ressourceld=43580>.

capacitar a las personas para encontrar empleos decentes. La inyección de dinero en las comunidades rurales pueden tener efectos multiplicadores importantes en la economía local, al incentivar el comercio de bienes y servicios y fomentar un desarrollo local más dinámico basado tanto en la agricultura como en actividades no agrícolas (Tirivayi, Knowles y Davis, 2013; Alderman y Yemtsov, 2012). La protección social representa una inversión en la “infraestructura humana” de un país, la cual no es menos importante que las inversiones en su infraestructura física. Solamente una población que se encuentre sana, bien alimentada y bien educada puede desarrollar su potencial para el empleo productivo. Los efectos positivos de las transferencias monetarias en la nutrición de los niños, y en el acceso a la salud y la educación, han sido bien documentados en todo el mundo. Por lo tanto, los sistemas de protección social bien diseñados permiten a un país explotar su pleno potencial productivo y promover el crecimiento inclusivo (OIT, 2014d).

Existen varios canales por medio de los cuales los sistemas de protección social pueden apoyar este tipo de inversiones en las personas (véase OIT, 2010b; Social Protection Floor Advisory Group, 2011; Behrendt, 2013), con efectos beneficiosos tanto a corto como a largo plazo. En el corto plazo, la protección social puede ayudar a mejorar la salud de la población, estabilizar el consumo agregado, permitir que las personas adopten decisiones más arriesgadas y participen en actividades económicas más productivas, preservar y promover el capital humano y

mejorar el funcionamiento del mercado laboral (véase el gráfico 6.23). Con ello contribuye a apoyar los cambios estructurales en el mercado de trabajo y la economía, y también ejerce su tan necesitada función anticíclica en las crisis económicas, tales como la causada por la reciente crisis mundial.

A más largo plazo, los efectos de un mejor acceso a los alimentos, un mejor estado nutricional y una mejor salud, contribuirán al mejor desarrollo físico y mental de la población. Los efectos de la mejora en el acceso a la educación y la mejora en el rendimiento educativo, también contribuyen a fomentar una fuerza de trabajo más productiva y más fácil de ser contratada, lo cual es una de las condiciones previas para el crecimiento sostenido e inclusivo (véase figura 6.24).

La crisis ha desencadenado un cambio en la forma en que la comunidad internacional percibe la relación entre el crecimiento, la intervención pública y la protección social. En Asia y el Pacífico, por ejemplo, los responsables de la formulación de políticas se están distanciando cada vez más de los enfoques de crecimiento impulsados netamente por las exportaciones y desplazándose hacia estrategias de recuperación con alto coeficiente de empleo más inclusivas que enfatizan la necesidad de reducir las altas tasas de ahorro interno y mejorar los programas de protección social que se encuentran subdesarrollados en la región (Ortiz y Cummins, 2013). China es un buen ejemplo, ya que posee regímenes de protección social ampliados enormemente

en los últimos años para elevar el nivel de vida del país y promover la demanda nacional.

En África y en otras partes, la crisis de precios de los alimentos puso de relieve las limitaciones de los sistemas tradicionales de apoyo basados en la comunidad y en la familia para responder ante las perturbaciones agregadas y estimuló los esfuerzos para fortalecer la agricultura local. A nivel mundial, actualmente existe una sensibilidad sobre la necesidad de aumentar los ingresos de los hogares, ampliar los mercados internos y prepararse de mejor manera para futuras perturbaciones mediante la creación de sistemas más sólidos durante el período de recuperación de la crisis actual.

La protección social respalda la paz social, la estabilidad política y la construcción del Estado

La protección social no es solamente un derecho humano; también es una necesidad social y política. No puede haber una sociedad inclusiva y cohesionada si la brecha entre pobres y ricos continúa creciendo. Si bien las fuentes de conflicto político varían de un país a otro, los conflictos generalmente se originan en los agravios sociales graves, a menudo arraigados en la percepción de desigualdad entre los grupos sociales, étnicos, religiosos u otros. Las medidas de protección social desempeñan un papel fundamental en el alivio y la prevención de este tipo de fuentes de conflicto. Los gobiernos que han introducido y mantenido sistemas de seguridad social robustos no solamente han reducido significativamente la desigualdad, sino también han ganado la confianza de sus ciudadanos, proporcionándoles prestaciones fiables y servicios de calidad, brindados por instituciones eficientes y confiables (por ejemplo, GIZ, 2012). Por tanto, la protección social desempeña un papel clave en la construcción del Estado, la construcción de instituciones y el fomento de la paz social y la justicia social.

6.6.3 Sin dejar atrás a nadie: Pisos de protección social para cambiar las vidas de las personas en 2030

La protección social funciona. Esta es una conclusión clave de este Informe Mundial sobre la Protección Social. La extensión de la protección social en muchos países en desarrollo en los últimos años ha logrado alcanzar de forma exitosa el derecho a la seguridad social para grupos más amplios

de la población. Más niños y familias perciben prestaciones monetarias para mejorar la seguridad de sus ingresos, los cuales facilitan enormemente el acceso a la nutrición, la salud y la educación. Más mujeres y hombres mayores pueden ahora depender de una fuente regular de ingresos por medio de una pensión, incluso si los niveles aún son modestos. Más gente, especialmente de las zonas rurales, se está beneficiando del derecho a un empleo garantizado durante cierto número de días en las temporadas de escasez, y, en consecuencia, una mayor seguridad de ingresos a lo largo de todo el año. Más niños y adultos tienen acceso a servicios de salud porque los gobiernos han extendido la cobertura del seguro médico y han subsidiado las cotizaciones para las personas que no estarían en condiciones de pagarlas de otra manera, y han mejorado la calidad y la accesibilidad a los servicios de salud pública. Estas importantes inversiones en protección social también permiten a los trabajadores desempeñar un empleo más productivo y fortalecer el consumo agregado. Una prestación de protección social puede marcar una enorme diferencia en la vida de una sola persona, y de todo un país.

A pesar de estos esfuerzos positivos, el 73 por ciento de la población mundial en edad laboral, y sus familias, aún no se encuentra suficientemente cubierta por los sistemas de seguridad social integral. Se necesitan más esfuerzos para acelerar la extensión de la seguridad social a los niveles adecuados. Los gobiernos, con la participación de los interlocutores sociales y otras partes interesadas, tienen la responsabilidad de cerrar las brechas que aún persisten en la protección social y garantizar progresivamente los niveles adecuados de seguridad social para sus poblaciones. Los pisos de protección social abordan las preocupaciones cotidianas de las familias y los hogares, y están vinculados con la obtención de los derechos de todas las personas - los de los niños, de las mujeres y los hombres en edad de trabajar, de las personas con discapacidad y de las personas mayores. *El Futuro que Queremos* de Río+20 reconoce “la necesidad de dar protección social a todos los miembros de la sociedad, fomentar el crecimiento, la resiliencia, la justicia social y la cohesión” y alienta “[las] iniciativas nacionales y locales dirigidas a proporcionar un nivel mínimo de protección social para todos los ciudadanos” (ONU, 2012a, p. 29). Mirando más allá de 2015, es esencial que los pisos de protección social y los sistemas de seguridad social sean incluidos entre los nuevos Objetivos de Desarrollo Sostenible.

Anexo I

Glosario

Este glosario se centra en los conceptos básicos, definiciones y metodología que guían el trabajo analítico de la OIT en cuanto a la seguridad social o protección social.¹ No tiene la intención de establecer definiciones universales; su propósito es más bien simplemente el de aclarar términos y conceptos que se utilizan en este informe y en la OIT.

Piso de protección social. La Recomendación núm. 202 de la OIT, proporciona orientaciones a los Estados miembros para establecer y mantener pisos nacionales de protección social como un conjunto definido a nivel nacional de garantías básicas de seguridad social que aseguran una protección destinada a prevenir o a aliviar la pobreza, la vulnerabilidad y la exclusión social (OIT, 2012a). Estas garantías deben asegurar como mínimo que, durante el ciclo de vida, todas las personas necesitadas tengan acceso al menos a una atención de salud esencial y a una seguridad básica de los ingresos que aseguren conjuntamente un acceso efectivo a los bienes y servicios definidos como necesarios a nivel nacional. Más específicamente, los pisos de protección social nacionales deberían comprender por lo menos las siguientes cuatro garantías de seguridad social, tal como se define en el plano nacional: (a) acceso a un conjunto de bienes y servicios de atención de salud esencial, incluida la atención de la maternidad; (b) seguridad básica de los ingresos para los niños, que asegure el acceso a la alimentación, la educación, los cuidados y cualesquiera otros bienes y servicios necesarios; (c) seguridad básica de los ingresos, para las personas en edad activa que no puedan obtener ingresos suficientes, en particular en caso de enfermedad, desempleo, maternidad e invalidez; y (d) seguridad básica de los ingresos para

las personas de edad.² Estas garantías deberían ser proporcionadas a todos los residentes y niños, con arreglo a lo estipulado en las leyes y reglamentos nacionales, y sin perjuicio de las obligaciones internacionales vigentes. La Recomendación núm. 202 también establece que las garantías básicas de seguridad social deberían establecerse por ley. La legislación nacional debería especificar la gama, las condiciones de elegibilidad y los niveles de las prestaciones que dan efecto a estas garantías, y establecer procedimientos de queja y de recurso eficaces y accesibles. Los pisos de protección social corresponden en muchos aspectos a la noción actual de “obligaciones esenciales”, para garantizar la concreción de, al menos, niveles esenciales mínimos de los derechos consagrados en los tratados de derechos humanos (ACNUDH, 2013).

Programa de empleo público. Programa gubernamental que ofrece oportunidades de empleo a determinadas categorías de personas que no logran encontrar otro empleo. Los programas de empleo público incluyen los regímenes de garantía de empleo y los programas de “dinero por trabajo” y “alimentos por trabajo” (véase el recuadro 3.2).

Programa de transferencias monetarias. Régimen o programa no contributivo que proporciona prestaciones monetarias a individuos u hogares, por lo general financiado con cargo a los impuestos, otros ingresos del gobierno, o mediante donaciones o préstamos externos. Los programas de transferencias monetarias³ pueden o no incluir una comprobación de recursos. Los programas de transferencias monetarias que proporcionan dinero en efectivo a las familias con la condición de que cumplan requisitos de comportamiento específicos, se denominan programas de

¹ El glosario se basa en gran parte en las definiciones, conceptos y métodos proporcionados en la primera edición del Informe Mundial sobre la Seguridad Social (OIT, 2010a), con una serie de cambios importantes para reflejar las disposiciones de la Recomendación sobre los pisos de protección social, 2012 (núm. 202), y otros acontecimientos recientes.

³ Recomendación núm. 202, párrafo 5.

² En términos estrictos, este término abarcaría todas las transferencias sociales otorgadas en dinero, incluidas, total o parcialmente, las transferencias contributivas; sin embargo, por lo general se entiende que se limita a las transferencias no contributivas.

transferencias monetarias condicionadas (TMC). Esto puede significar, por ejemplo, que los beneficiarios deben garantizar que sus hijos asistan a la escuela periódicamente, o que utilicen los servicios básicos de nutrición y de salud preventivos.

Programa/régimen de protección social (programa/régimen de seguridad social). Marco diferenciado de normas para proporcionar prestaciones de protección social a los beneficiarios que tienen derecho a las mismas. Tales normas especificarían el alcance geográfico y personal del programa (grupo objetivo), las condiciones de la ayuda social, el tipo de prestaciones, las cuantías de las prestaciones (transferencias monetarias), la frecuencia y otras características de las prestaciones, así como la financiación (cotizaciones, impuestos generales, otras fuentes), la gobernanza y la administración del régimen. Si bien el “programa” puede referirse a una amplia gama de programas, el término “régimen” se utiliza por lo general en un sentido más específico en referencia a un programa que está consagrado por la legislación nacional y el cual se caracteriza por al menos un cierto grado de “formalidad”. Un programa/régimen puede ser respaldado por una o más instituciones de seguridad social que rigen el otorgamiento de prestaciones y su financiación. En general, debería ser posible establecer una cuenta separada de los ingresos y gastos de cada programa de protección social. A menudo un programa de protección social ofrece protección contra un único riesgo o necesidad, y solamente cubre a un grupo específico de beneficiarios. Ahora bien, por lo general, una institución administrará más de un programa de prestaciones.

Protección social. El término “protección social” se utiliza en instituciones de todo el mundo con una mayor variedad de significados que el de “seguridad social”. A menudo, se interpreta como que tiene un carácter más amplio que el de la seguridad social (incluyendo, en particular, la protección proporcionada entre los miembros de la familia o los miembros de una comunidad local), pero también se utiliza en algunos contextos con un significado más restringido (entendido que únicamente comprende medidas destinadas a los miembros más pobres y vulnerables o excluidos por la sociedad). Por lo tanto, en muchos contextos los dos términos, “seguridad social” y “protección social”, pueden ser en gran parte intercambiables, y la OIT utiliza ambos en el discurso con sus mandantes y en la prestación de asesoramiento relevante para los mismos. En este informe, se hace alusión a la “protección social” tanto como una expresión alternativa para “seguridad social” como para indicar la protección proporcionada por la seguridad social en caso de riesgos y necesidades sociales.

Régimen contributivo. Régimen en el que las cotizaciones pagadas por las personas protegidas determinan directamente el derecho a prestaciones (derechos adquiridos). La forma más común de los regímenes de seguridad social contributivos es un sistema de seguro social obligatorio, que por lo general cubre a los trabajadores asalariados con un empleo formal y, en algunos países, a los trabajadores independientes. Otros tipos comunes de regímenes contributivos que proporcionan - en ausencia del seguro social - un cierto nivel de protección, incluyen los fondos de previsión nacionales, que habitualmente pagan una cuantía fija a los beneficiarios cuando

ocurren contingencias particulares (normalmente la vejez, invalidez o muerte). En el caso de los regímenes de seguridad social para las personas con un empleo asalariado, generalmente las cotizaciones son pagadas por los empleados y los empleadores (aunque, por lo general, los regímenes de accidentes del trabajo están totalmente financiados por los empleadores). Los regímenes contributivos pueden ser financiados en su totalidad por medio de cotizaciones, pero a menudo se financian en parte con el pago de impuestos o con otras fuentes; esto puede llevarse a cabo a través de un subsidio para cubrir el déficit, o por medio de un subsidio general que sustituye por completo a las cotizaciones, o que otorga subsidios solamente a grupos específicos de cotizantes o beneficiarios (por ejemplo, quienes no están cotizando debido a que están cuidando a niños, estudian, están prestando el servicio militar, se encuentran desempleados o tienen un nivel demasiado bajo de ingresos para cotizar plenamente o percibir prestaciones por debajo de cierto umbral debido a las bajas cotizaciones realizadas en el pasado).

Régimen de garantía de empleo. Programa de empleo público que proporciona un número garantizado de días de trabajo al año para los hogares pobres, en general, pagando salarios a un nivel relativamente bajo (por lo general, en el nivel del salario mínimo si este se define adecuadamente).

Régimen de prestaciones sujetas a comprobación de recursos. Un régimen que proporciona prestaciones previa comprobación de la situación de necesidad y se focaliza en ciertas categorías de personas u hogares cuyos medios de subsistencia están por debajo de un umbral determinado, a menudo se denomina régimen de asistencia social. Una comprobación de recursos se utiliza para evaluar si los recursos propios del hogar o del individuo (ingresos y/o activos), se sitúan por debajo de un umbral definido y determinar si los solicitantes son de hecho elegibles para una prestación, y de ser así a qué nivel se brindará la prestación. En algunos países, se utiliza la comprobación de recursos sustitutiva: es decir, la elegibilidad se determina sin evaluar efectivamente los ingresos o activos, sobre la base de otras características de los hogares (características sustitutas) que se consideran más fácilmente observables. Los regímenes de prestaciones sujetas a comprobación de recursos, también pueden incluir condiciones para el derecho y obligaciones tales como los requisitos de trabajo, la participación en controles de salud o (para los niños) la asistencia escolar. Algunos regímenes de prestaciones sujetas a comprobación de recursos incluyen asimismo otras prestaciones que se otorgan adicionalmente a la propia transferencia real de ingresos.

Régimen de seguro social. Régimen contributivo de protección social que garantiza la protección a través de un mecanismo de seguro, basado en: (1) el pago previo de cotizaciones, es decir, antes de la ocurrencia de la contingencia asegurada; (2) de riesgo compartido o “mancomunación”; y (3) la noción de una garantía. Las cotizaciones pagadas por (o para) las personas aseguradas se agrupan y el fondo resultante se utiliza para cubrir los gastos incurridos exclusivamente por las personas afectadas por la ocurrencia de la contingencia o contingencias pertinentes (claramente

definidas). Contrariamente a los seguros comerciales, en el seguro social la mancomunación de riesgos se basa en el principio de solidaridad en lugar de en primas de riesgo calculadas a título individual. Muchos regímenes de seguridad social contributivos se presentan y describen como regímenes de “seguros” (normalmente “regímenes de seguro social”), a pesar de ser, en realidad, de carácter mixto, con algunos elementos de carácter no contributivo en los derechos a las prestaciones. Esto permite una distribución más equitativa de las prestaciones, en particular para las personas con bajos ingresos y carreras laborales cortas o interrumpidas, entre otros. Estos elementos no contributivos adoptan diversas formas, siendo financiados ya sea por otros cotizantes (redistribución dentro del régimen) o por el Estado.

Régimen/programa de asistencia social. Un régimen que brinda prestaciones a los grupos vulnerables de la población, especialmente a los hogares en situación de pobreza. La mayoría de los regímenes de asistencia social son de prestaciones sujetas a comprobación de recursos.

Régimen/programa focalizado. Véase régimen de asistencia social.

Regímenes no contributivos. Los regímenes no contributivos, incluyendo los regímenes de prestaciones sujetas a comprobación de recursos y los regímenes sin comprobación de recursos, normalmente no requieren la cotización directa de los beneficiarios o de sus empleadores como condición para tener derecho a percibir las prestaciones correspondientes. El término abarca una amplia gama de regímenes, incluyendo regímenes universales para todos los residentes (como un servicio nacional de salud), regímenes por categorías para ciertos grupos amplios de la población (por ejemplo, para los niños menores de una edad determinada o las personas mayores de una cierta edad), y regímenes de prestaciones sujetas a comprobación de recursos (tales como los regímenes de asistencia social). Los regímenes no contributivos suelen financiarse con cargo a impuestos u otros ingresos del Estado, o, en algunos casos, a través de donaciones o préstamos externos

Régimen universal/régimen por categorías. En sentido estricto, los regímenes universales proporcionan prestaciones bajo la única condición de residencia. Sin embargo, el término también se utiliza a menudo para describir regímenes por categorías que proporcionan prestaciones a determinadas categorías amplias de la población sin comprobación de recursos. Las formas más frecuentes de estos regímenes son aquellas en que se transfieren ingresos a las personas mayores de cierta edad o a niños menores de cierta edad. Algunos regímenes por categorías también se focalizan en los

hogares con estructuras específicas (hogares monoparentales, por ejemplo) o grupos profesionales (como los trabajadores rurales). En algunos sistemas, el derecho a prestaciones puede estar condicionado a la realización o el cumplimiento de ciertas tareas. La mayoría de los regímenes por categorías son financiados con cargo a los impuestos.

Seguridad social. El derecho fundamental a la seguridad social figura en la Declaración Universal de Derechos Humanos (1948) y otros instrumentos jurídicos internacionales. La noción de seguridad social adoptada aquí abarca todas las medidas que prevean prestaciones, ya sea monetarias o en especie, para garantizar la protección, entre otras cosas, a partir de

- La falta de ingresos relacionados con el trabajo (o ingresos insuficientes) causada por enfermedad, invalidez, maternidad, accidentes del trabajo, desempleo, vejez o muerte de un familiar;
- La falta de acceso (asequible) a servicios de atención de salud;
- El apoyo familiar insuficiente, especialmente para los niños y adultos dependientes;
- La pobreza generalizada y la exclusión social.

La seguridad social tiene así dos dimensiones principales (funcionales), a saber, “la seguridad de los ingresos” y “la disponibilidad de la atención médica”, reflejados en la Declaración de Filadelfia (1944), que forma parte de la Constitución de la OIT: “medidas de seguridad social para garantizar ingresos básicos a quienes los necesiten y prestar asistencia médica completa”(III (f)).⁴ La Recomendación núm. 202 establece que, como mínimo, el acceso a la atención de salud esencial y la seguridad básica de los ingresos deberían ser garantizados a lo largo del ciclo de vida como parte de los pisos de protección social definidos a nivel nacional, y que niveles más elevados de protección deben ser alcanzados de forma progresiva por los sistemas nacionales de seguridad social en consonancia con el Convenio núm. 102 y otros instrumentos de la OIT.

El acceso a la seguridad social es esencialmente una responsabilidad pública, y habitualmente se proporciona a través de las instituciones públicas, financiadas ya sea por medio de cotizaciones o por impuestos, o por ambos. Sin embargo, el suministro de seguridad social puede ser, y a menudo resulta ser, el mandato de entidades privadas. Por otra parte, existen muchas instituciones de gestión privada (de seguros, de autoayuda, de carácter mutuo o comunitario) que en parte pueden asumir funciones seleccionadas que normalmente son desempeñados por la seguridad social, tales como el funcionamiento de los regímenes de pensiones profesionales, los cuales complementan y pudieran en gran medida sustituir elementos de los sistemas públicos de seguridad social. Los derechos a la seguridad

⁴ Estas dos dimensiones principales también se identifican en la Recomendación sobre la seguridad de los medios de vida de la OIT, 1944 (núm. 67) y la Recomendación sobre la asistencia médica, 1944 (núm. 69), respectivamente, como “elemento[s] esencial[es] de la seguridad social”. Estas recomendaciones prevén que, en primer lugar, “Los regímenes de seguridad de los medios de vida deberían aliviar el estado de necesidad e impedir la miseria, restableciendo, en un nivel razonable, las entradas perdidas a causa de la incapacidad para trabajar (comprendida la vejez), o para obtener trabajo remunerado o a causa de la muerte del jefe de familia.” (Recomendación núm. 67, principios rectores, párrafo 1.); y, segundo, que “El servicio de asistencia médica debería garantizar a las personas la asistencia que puedan prestar los miembros de la profesión médica y de las profesiones afines” y “El servicio de asistencia médica debería amparar a todos los miembros de la comunidad” (Recomendación núm. 69, párrafos 1 y 8). La Recomendación núm. 202 también refleja estos dos elementos en las garantías básicas de protección social que deben formar parte de los pisos nacionales de protección social (para más detalles, véase el recuadro I.1).

social se encuentran condicionados ya sea al pago de las cotizaciones de seguridad social para los períodos prescritos (régimenes contributivos, más a menudo estructurados como acuerdos de seguro social) o a algún requisito, a veces descritos como “residencia plus”, en virtud de lo cual se proporcionan prestaciones a todos los residentes del país que también cumplen con otros criterios determinados (régimenes no contributivos). Dichos criterios pueden hacer que los derechos a prestaciones estén condicionados por la edad, la salud, la participación en el mercado laboral, los ingresos u otros factores determinantes de la condición social o económica y/o incluso con la conformidad con ciertos requisitos de comportamiento.

Dos características principales distinguen a la seguridad social de otros acuerdos sociales. En primer lugar, las prestaciones se proporcionan a los beneficiarios sin ninguna obligación recíproca simultánea (por lo tanto, por ejemplo, no representan la remuneración por el trabajo u otros servicios brindados). En segundo lugar, no se basa en un acuerdo individual entre la persona protegida y el proveedor (como es el caso de, por ejemplo, un contrato de seguro de vida); el acuerdo se aplica a un grupo más amplio de personas y, en consecuencia, tiene un carácter colectivo.

Dependiendo de la categoría de las condiciones aplicables, también se hace una distinción entre los régimenes de prestaciones no sujetas a comprobación de recursos (en los que las condiciones del derecho a las prestaciones no están relacionadas con el nivel total de los ingresos o los bienes del beneficiario y sus familiares) y los régimenes de prestaciones sujetas a la comprobación de recursos (en los que se concede el derecho solamente a aquellos con ingresos o bienes por debajo de un umbral preestablecido). Una categoría especial de régimenes “condicionados” incluye a aquellos que, además de otras condiciones, requiere que los beneficiarios (y/o sus familiares o familias) participen en programas públicos prescritos (por ejemplo, programas educativos o de salud especificados).

Sistema de seguridad social/sistema de protección social. Todos los régimenes y programas de seguridad/protección social de un país,

teniendo en cuenta que el término “programa” a menudo se utiliza en un sentido más amplio que el del término “régimen.”

Todos los régimenes e instituciones de seguridad social de un país están inevitablemente interrelacionados y son complementarios en sus objetivos, funciones y financiación, y por lo tanto forman un sistema nacional de seguridad social. Por motivos de eficacia y eficiencia, es fundamental que exista una estrecha coordinación dentro del sistema, y que – incluso para propósitos de coordinación y planificación – las cuentas de ingresos y gastos de todos los régimenes se compilen en un presupuesto de seguridad social para el país, a efectos de que el gasto y la financiación futura de los sistemas que componen el sistema de seguridad social se planifiquen de forma integrada.

Transferencia social. Todas las prestaciones de seguridad social comprenden transferencias, ya sea monetarias o en especie; es decir, representan una transferencia de ingresos, bienes o servicios (por ej., servicios de asistencia médica). Esta transferencia puede ser de la población activa a los ancianos, de los sanos a los enfermos, o de los ricos a los pobres, etc. Los beneficiarios de estas transferencias pueden estar en condiciones de percirlas por parte de un régimen de seguridad social específico, por cuanto han cotizado a un régimen como este (régimen contributivo), o debido a que son residentes (régimenes universales para todos los residentes), o porque cumplen criterios específicos de edad (régimenes por categorías), o condiciones específicas de recursos (régimenes de asistencia social), o en razón de que cumplen varias de estas condiciones a la vez. Además, es un requisito en algunos régimenes (régimenes de garantía de empleo, programas de empleo público) que los beneficiarios cumplan con tareas específicas o (programas de transferencias monetarias condicionadas) adopten comportamientos específicos. En muchos países, por lo general, coexisten varios régimenes de diferentes tipos y pueden proporcionar prestaciones para contingencias similares para diferentes grupos de la población.

La medición de la cobertura de la seguridad social

Medir la cobertura de la seguridad social es una tarea compleja. Se debe considerar varias dimensiones a fin de realizar una evaluación completa. En la práctica, pocos países tienen disponible toda la gama de datos estadísticos necesarios para una evaluación completa de la cobertura de la seguridad social; sin embargo, un gran número de países cuentan con información parcial. Muchos países han reconocido la necesidad de comprometerse con la realización de una supervisión periódica de la cobertura de la seguridad social y están intensificando sus esfuerzos para mejorar la recopilación y el análisis de los datos.

La cobertura de la seguridad social es un concepto multidimensional con al menos tres dimensiones:

- *Alcance*. Mide por la gama (número) y el tipo de áreas (ramas) de la seguridad social a la que tiene acceso la población del país. Distintos grupos de la población podrían disfrutar de diferentes alcances de cobertura en función de su situación en el mercado de trabajo –un factor que debe tenerse en cuenta en la evaluación del alcance.
- *Magnitud*. Por lo general, se refiere al porcentaje de personas respecto de toda la población o del grupo meta (definido, por ej., por género, edad o situación en el mercado de trabajo), cubiertas por medidas de seguridad social en cada área específica.
- *Nivel*. Se refiere a la adecuación de la cobertura de un área específica de la seguridad social. Se puede medir por el nivel de las prestaciones monetarias otorgadas y puede ser absoluto o relativo en función de los valores de referencia

seleccionados, tales como los ingresos anteriores, los ingresos promedio, la línea de la pobreza, etc. Las mediciones de la calidad suelen ser relativas y pueden ser objetivas o subjetivas (por ej., la medición de la satisfacción de los beneficiarios frente a sus expectativas).

En la medición de la cobertura se hace una distinción entre la cobertura legal¹ y la cobertura efectiva en cada una de las tres dimensiones anteriores, y para cada área de la seguridad social. La cobertura efectiva suele ser diferente de la cobertura legal; a menudo es más baja, debido en gran parte a diversos problemas de gobernanza en la aplicación de las disposiciones legales y también a los déficit en la financiación. El cuadro AII.1 constituye un resumen de estas diversas dimensiones de la cobertura.

Cobertura legal

Las estimaciones del *alcance de la cobertura legal* suelen medir el número de áreas (ramas) de la seguridad social incluidas en la cobertura otorgada a la población o a grupos específicos de conformidad con la legislación nacional vigente. La lista de las nueve ramas contempladas por el Convenio núm. 102 de la OIT se utiliza como orientación.

Las estimaciones de la *magnitud de la cobertura legal* utilizan tanto la información de los grupos cubiertos por los regímenes estatutarios de un área (rama) determinada de la seguridad social como la información estadística disponible

¹ A veces la cobertura legal se denomina “cobertura estatutaria”, teniendo en cuenta que las disposiciones pueden tener sus raíces en disposiciones estatutarias distintas de las promulgadas por la legislación.

Cuadro All.1 Dimensiones múltiples de la cobertura: Ejemplos de preguntas e indicadores

Dimensión de la cobertura	Cobertura legal	Cobertura efectiva de las prestaciones de desempleo
Alcance	<p>¿Qué áreas de la seguridad social se aborda en la legislación nacional?</p> <p>Para un grupo determinado de la población: ¿para qué área de la seguridad social está cubierto este grupo de conformidad con la legislación nacional?</p>	<p>¿Qué áreas de la seguridad social se cubre realmente (se implementa realmente en la práctica)?</p> <p>Para un grupo específico de la población: ¿para qué áreas de la seguridad social está cubierto este grupo efectivamente (prestaciones disponibles realmente en la práctica)?</p>
Magnitud	<p>Para un área determinada de la seguridad social (rama): ¿qué categorías de la población están cubiertas de conformidad con la legislación nacional? ¿Qué porcentaje de la población o de la fuerza laboral está cubierta en virtud de la legislación nacional?</p>	<p>Para un área determinada de la seguridad social (rama): ¿qué categorías de la población están efectivamente cubiertas, es decir, disfrutan de acceso real a las prestaciones en caso de necesitarlas (actualmente o en el futuro)?</p> <p>La “tasa de cobertura de beneficiarios” para un área determinada de la seguridad social ¿qué porcentaje de la población afectada por la contingencia recibe las prestaciones o servicios (por ej., el porcentaje de personas de edad que perciben una pensión de vejez; porcentaje de desempleados que perciben prestaciones de desempleo)?</p> <p>La “tasa de cobertura de cotizantes” para un área determinada de la seguridad social, ¿qué porcentaje de la población cotiza al régimen, o de otro modo está afiliada al régimen, y por lo tanto se puede esperar que perciba prestaciones en caso necesario (por ejemplo, el porcentaje de población en edad de trabajar o de la fuerza de trabajo que cotiza a un régimen de pensiones)? Por extensión, la tasa de cobertura de las personas protegidas incluye a las personas que potencialmente tienen derecho a prestaciones no contributivas.</p>
Nivel	<p>Para un área determinada de la seguridad social: ¿cuál es el nivel de protección proporcionado según la legislación nacional? Para las prestaciones monetarias: ¿cuál es la cantidad o la tasa de sustitución prescrita en virtud de la legislación nacional?</p>	<p>Para un área determinada de la seguridad social: ¿cuál es el nivel de protección realmente provisto (por ej., para las prestaciones en efectivo, el nivel promedio de la prestación como proporción de la mediana del ingreso, el salario mínimo o el umbral de la pobreza)?</p>

Fuente: OIT, 2010a.

sobre el número de personas concernidas a nivel nacional. Puede determinarse que un grupo poblacional está cubierto legalmente en un área específica de la seguridad social (por ej., vejez, protección por desempleo, protección de la maternidad), si la legislación vigente establece que dicho grupo está cubierto obligatoriamente por el seguro social o que tiene derecho a prestaciones no contributivas especificadas en determinadas circunstancias (por ej., a una pensión estatal de jubilación al cumplir los 65 años o un apoyo a los ingresos si éstos caen por debajo de un umbral determinado). La tasa de cobertura legal de una rama dada de la seguridad social es la relación entre el número estimado de personas cubiertas legalmente y –según corresponda– la población total o la población activa en el grupo de edad pertinente, el número total de los empleados (es decir, los trabajadores que perciben sueldos y salarios) o el número total de personas ocupadas (incluyendo a los empleados y a los trabajadores por cuenta propia). Por ejemplo, si bien el Convenio núm. 102 permite a un país que lo ratifica, proporcionar cobertura a través de la seguridad social, mediante prestaciones universales o supeditadas a la comprobación de recursos, o una combinación de ambas, también formula alternativas a los requisitos mínimos de la magnitud de la cobertura, de la siguiente manera: (a) categorías prescritas de empleados, que constituyan por lo menos el 50 por ciento de

todos los asalariados; o (b) categorías prescritas de la población económicamente activa, que en total constituyan por lo menos el 20 por ciento de todos los residentes; o (c) todos los residentes cuyos recursos durante la contingencia no excedan los límites prescritos.

El *nivel de la cobertura legal* de determinadas ramas de la seguridad social se mide por lo general (para las prestaciones monetarias) en términos de tasas de las prestaciones o tasas de sustitución calculadas para determinadas categorías de beneficiarios, utilizando fórmulas de prestaciones o montos de prestaciones especificados en la legislación. Por ejemplo, el Convenio núm. 102 establece tasas de sustitución mínimas para las prestaciones monetarias en siete de sus nueve ramas (véase los cuadros del anexo III). Especifica que tales tasas mínimas deben aplicarse a un beneficiario “tipo” que cumpla ciertas condiciones de admisibilidad prescritas, y deben garantizarse, al menos, a quienes perciban ingresos hasta un cierto nivel prescrito.

Cobertura efectiva

Las mediciones de la cobertura efectiva deben reflejar cómo se aplica en realidad la legislación. La cobertura efectiva suele ser diferente de la cobertura legal (y normalmente más baja) a causa de incumplimiento, problemas con la aplicación de las disposiciones legales u otras

desviaciones de las políticas reales respecto del texto de la legislación. A fin de realizar una evaluación completa de la cobertura, se necesita utilizar en paralelo las mediciones de la cobertura legal y de la cobertura efectiva.

Las mediciones del alcance de la *cobertura efectiva* en un país revelan el número de áreas (ramas) de la seguridad social para las que existe una legislación vigente que realmente se aplique, es decir, si en todas estas áreas, la población cubierta legalmente también lo está de manera efectiva, según lo mide la magnitud de la cobertura efectiva (véase más adelante).

Al medir la magnitud de la cobertura efectiva, se debe distinguir entre la cobertura medida en términos de *personas protegidas* y en términos de *beneficiarios reales*. Las personas protegidas son aquellas que tienen prestaciones garantizadas, pero que no necesariamente las perciben en la actualidad –por ej., las personas que cotizan activamente a la seguridad social, lo que les garantiza la percepción de prestaciones para una contingencia especificada (por ej., una pensión de vejez al alcanzar la edad de jubilación) o las personas que tienen derecho a percibir prestaciones no contributivas de ser necesario.

Con respecto a las *personas protegidas*, la *tasa de cobertura de los cotizantes*, en el caso de los regímenes contributivos, refleja el número de personas protegidas en caso de que se vean afectadas por la contingencia cubierta, ahora o en el futuro. Es decir, la proporción de la población ocupada (o, alternativamente, la población en edad de trabajar o la población activa) que cotiza directa o indirectamente a la seguridad social en un área determinada de la seguridad social y que por lo tanto es probable que perciba prestaciones cuando sea necesario. Un ejemplo es el porcentaje de personas ocupadas que cotiza a un régimen de pensiones. Por extensión, la *tasa de cobertura de las personas protegidas* incluye a las personas que tienen derecho a prestaciones no contributivas.

Con respecto a los beneficiarios reales, la *tasa de cobertura de los beneficiarios* describe la proporción de la población afectada por una contingencia específica (por ej., las personas de edad, los desempleados) que se benefician realmente de prestaciones adecuadas de la seguridad social (por ej., pensiones de vejez, prestaciones de desempleo). Esta tasa refleja el número de quienes perciben realmente las prestaciones, tales como el número de beneficiarios de cualquier tipo de prestaciones de jubilación entre todos los residentes en edad legal de jubilación, o el número de beneficiarios de algún tipo de apoyo a los ingresos entre todos los desempleados o todos los que viven por debajo de la línea de la pobreza.

Las mediciones del *nivel de cobertura efectiva* identificarían los niveles de prestaciones (por lo general relacionados con ciertos puntos de referencia) percibidos efectivamente por los beneficiarios, tales como las prestaciones de desempleo o las pensiones pagadas, en

comparación con los ingresos medios, el salario mínimo o la línea de la pobreza. En el caso de los regímenes de pensiones contributivas, el nivel de cobertura efectiva también podría estar relacionado con los niveles futuros de las prestaciones.

Al evaluar la cobertura y las brechas en la misma, se debe distinguir entre la cobertura de: (1) la seguridad social contributiva, (2) los regímenes universales que cubren a todos los residentes (o todos los residentes en una categoría determinada),² y (3) los regímenes sujetos a comprobación de recursos que cubren potencialmente a todos aquellos que pasan la prueba de ingresos y/o activos requerida. En el caso de la seguridad social, tiene sentido examinar los números de personas que son realmente afiliados y cotizantes de dichos regímenes y que, en consecuencia, disfrutan potencialmente –a veces con los dependientes a su cargo– de la cobertura en caso de que se produzca alguna de las contingencias cubiertas por su seguro social. Estas personas entran en una categoría de personas “protegidas” en caso de producirse una contingencia dada. El concepto de personas protegidas también puede aplicarse cuando las personas están cubiertas por programas universales o por categorías: si existe una legislación que estipula que todos los residentes, o todos los residentes en una categoría determinada (por ej., la edad), tienen derecho a determinadas prestaciones o al acceso gratuito a servicios sociales, se puede decir que todas las personas contempladas por la legislación están “protegidas” en el caso de que ocurra la contingencia pertinente. Sin embargo es más bien complicado especificar quién está, de hecho, “potencialmente protegido” en el caso de las prestaciones sujetas a comprobación de ingresos o recursos o de las transferencias monetarias condicionadas.

Las mediciones anteriores de la magnitud y del nivel de la cobertura se aplican específicamente a ciertas áreas (ramas) de la seguridad social (y a veces incluso sólo a regímenes o tipos de regímenes específicos), y no pretenden proporcionar una medición generalizada de la cobertura de la seguridad social. Asegurar la especificidad de los indicadores de cobertura por área es esencial para realizar un análisis significativo y pertinente para el desarrollo de las políticas.

Como una medición agregada de la cobertura, el informe utiliza la proporción estimada de la población que goza de la protección integral de la seguridad social.³ Quienes disfrutan únicamente de un nivel básico de seguridad de los ingresos (al nivel de un umbral definido nacionalmente, tal como el umbral de pobreza) en todas las etapas del ciclo de vida, así también como del acceso a la atención de salud esencial (según esté establecido a escala nacional), se consideran beneficiarios de la protección social básica (el piso de protección social, tal como se define en la Recomendación núm. 202). Aquellos que se benefician de la cobertura (básica o integral) en algunas de las áreas, se consideran beneficiarios parciales de la cobertura básica o de la cobertura completa. El objetivo último de todas las normas de la OIT es

² Tales regímenes también se denominan regímenes por categorías.

³ Esta estimación se basa en el número de personas en edad de trabajar que disfrutan de la cobertura de la seguridad social; es decir, están cubiertos por la ley en las ocho áreas (enfermedad, desempleo, vejez, accidentes del trabajo y enfermedades profesionales, responsabilidades familiares, maternidad, invalidez, y supervivencia) en consonancia con el Convenio núm. 102. La salud no se incluye por razones metodológicas.

proporcionar una protección integral a tantas personas como sea posible; el objetivo intermedio es proporcionar al menos un nivel básico de protección a todas las personas.

La cobertura en salud

En lo que respecta a la cobertura en salud, se aplica dimensiones similares a las utilizadas para las otras ramas; no obstante, deben ajustarse los enfoques y los indicadores en particular con respecto al suministro de prestaciones de salud en especie. Por ejemplo, el suministro de atención de salud de calidad requiere considerar la disponibilidad del personal de salud calificado. Otra diferencia con las demás ramas se relaciona con el hecho de que la solicitud de prestaciones de salud a menudo significa un gasto privado, incluso si existe la afiliación a un sistema o régimen de salud. Por lo tanto, implementar los derechos de protección social en materia de atención de salud, requiere garantizar el acceso a la asistencia médica de ser necesario y evitar el empobrecimiento que se deriva de una mala salud.

La cobertura en salud tiene varias dimensiones:

- **Cobertura legal de salud:** identificación de la *proporción de la población* que está protegida por la legislación o de otra manera afiliada a un sistema o régimen de salud. Se mide por un indicador, tal como se explica a continuación.
- **La asequibilidad, disponibilidad y protección financiera de prestaciones de calidad:** el alcance de las prestaciones de salud de calidad que está disponible, dada, por ej., la existencia de un número suficiente de personal de salud calificado accesible en caso necesario, sin implicar dificultades financieras ni empobrecimiento. Se mide por un indicador, tal como se explica a continuación.

En este contexto, evaluar la cobertura en salud requiere tener en cuenta todas las dimensiones al mismo tiempo, utilizando cinco indicadores indirectos. Deben medirse los déficit con respecto a umbrales específicos. Sólo cuando se considera los datos desde la perspectiva de los cinco indicadores *juntos*, se puede proporcionar información fiable acerca de la situación actual y el progreso hacia la cobertura universal en salud.

El **indicador de cobertura legal de salud** mide la proporción de una población (porcentaje de la población total) o de sus grupos específicos afiliada efectivamente o inscrita en un sistema o régimen de salud público o privado: servicios de salud, principalmente nacionales, o regímenes sociales, nacionales, privados o micro regímenes basados en la comunidad. Se mide por lo general como un déficit comparado con el 100 por ciento de la población de un país y proporciona información sobre el estado actual y el avance de la cobertura de la población en términos de afiliación por país y región y en el plano mundial.

Los indicadores de **asequibilidad, disponibilidad y protección financiera de las prestaciones de calidad** son:

1. *Magnitud de los pagos directos como porcentaje del gasto total en salud:* Los desembolsos directos de los hogares, incluyendo gratificaciones y pagos en especie, al personal de salud y proveedores de productos farmacéuticos, dispositivos terapéuticos y otros bienes y servicios, cuya finalidad principal es contribuir a la recuperación o la mejora del estado de salud de las personas o grupos poblacionales. Comprende los pagos de los hogares a los servicios públicos, instituciones sin fines de lucro y organizaciones no gubernamentales, los costos compartidos no reembolsables, deducibles, copagos y cargos por servicios, pero excluye los pagos realizados por las empresas que proporcionan prestaciones médicas y paramédicas a sus empleados, lo exija o no la ley. Excluye los pagos para el tratamiento en el extranjero.

2. *Brecha de cobertura a causa del déficit de personal profesional de salud.* Este indicador refleja tanto el aspecto de la oferta del acceso en términos de la disponibilidad de la atención de salud y la proporción de la población que no tiene acceso a cuidados de salud debido al insuficiente personal de salud.

El elemento se centra primero en la disponibilidad de recursos humanos a un nivel que garantice al menos el acceso efectivo básico, aunque no universal, para todos. Para calcular el acceso a los servicios de profesionales médicos calificados (médicos y personal de enfermería y partería), utiliza como indicador indirecto la diferencia relativa entre la densidad de profesionales de la salud en un país determinado y el valor de su mediana en los países con un bajo grado de vulnerabilidad (el acceso de la población a servicios médicos profesionales en los países de baja vulnerabilidad se utiliza como un umbral de referencia para otros países).

El umbral relativo de la OIT corresponde al valor de la mediana en el grupo de países evaluados como de "baja vulnerabilidad." Los países se han clasificado en cuatro grupos de acuerdo a su nivel de vulnerabilidad: vulnerabilidad muy baja, baja, alta y muy alta (véase el cuadro AII.2). La clasificación se basa en tres criterios: nivel de pobreza, la magnitud de la economía informal y la imparcialidad de los mecanismos de financiación de la salud. Los indicadores indirectos utilizados son: (1) la incidencia de la pobreza, sobre la base de la línea internacional de la pobreza en términos de ingresos o de consumo de o por debajo de 2 USD PPA al día; (2) el empleo no asalariado como un indicador indirecto del empleo informal; y (3) con respecto a los países de baja vulnerabilidad, el gasto en salud no financiado con pagos directos a un nivel por encima del 40 por ciento del gasto total en salud. La mediana ponderada por la población del número de trabajadores de salud calificados (médicos y personal de enfermería y partería) en los países considerados de baja vulnerabilidad, sirve como umbral de referencia. Habida cuenta de las características socioeconómicas de estos países y de los mecanismos de financiación de la salud aplicados, estos países se consideran en condiciones de proporcionar acceso universal a través de un número suficiente de trabajadores

Cuadro All.2 Composición de los grupos definidos por el nivel de vulnerabilidad

Muy baja vulnerabilidad	Baja vulnerabilidad	Alta vulnerabilidad	Muy alta vulnerabilidad
Andorra, Argentina, Australia, Austria, Bahamas, Belarús, Bélgica, Bosnia y Herzegovina, Bulgaria, Canadá, Croacia, Chipre, República Checa, Dinamarca, Estonia, Finlandia, Francia, Alemania, Hungría, Islandia, Irlanda, Isla de Man, Israel, Italia, Japón, Jordania, Kazajistán, República de Corea, Letonia, Liechtenstein, Lituania, Luxemburgo, Malta, Mauricio, Montenegro, Países Bajos, Nueva Zelanda, Noruega, Territorios Palestinos Ocupados, Polonia, Portugal, Rumania, Federación de Rusia, Serbia, Seychelles, Singapur, Eslovaquia, Eslovenia, España, Suecia, Suiza, Taiwán (China), Ucrania, Reino Unido, Estados Unidos, Uruguay.	Albania, Argelia, Armenia, Belice, Est. Plur. de Bolivia, Brasil, Chile, Colombia, Costa Rica, República Dominicana, Ecuador, Egipto, El Salvador, Fiji, Gabón, Guyana, Irán, República Islámica de Iraq, Jamaica, Kirguistán, Malasia, Maldivas, México, República de Moldavia, Marruecos, Panamá, Paraguay, Perú, Sudáfrica, Suriname, República Árabe Siria, Tailandia, la ex República Yugoslava de Macedonia, Trinidad y Tobago, Túnez, Turquía, República Bolivariana de Venezuela.	Azerbaiyán, Bután, Botswana, Camboya, Camerún, Cabo Verde, China, Côte d'Ivoire, Djibouti, Georgia, Guatemala, Honduras, Indonesia, Kenia, Lesotho, Mauritania, Mongolia, Namibia, Nicaragua, Pakistán, Filipinas, Santa Lucía, Santo Tomé y Príncipe, Sri Lanka, Sudán, Suazilandia, Tayikistán, Timor Oriental, Turkmenistán, Viet Nam, Yemen.	Angola, Bangladesh, Benín, Burkina Faso, Burundi, República Centroafricana, Chad, República del Congo, República Democrática del Congo, Etiopía, Gambia, Gana, Guinea, Guinea-Bissau, Haití, India, República Democrática Popular Lao, Liberia, Madagascar, Malawi, Malí, Mozambique, Nepal, Níger, Nigeria, Papua Nueva Guinea, Rwanda, Senegal, Sierra Leona, Somalia, Togo, Uganda, República Unida de Tanzania, Zambia, Zimbabue.

de salud que gozan de condiciones de trabajo decente. En 2014, el umbral se sitúa en 41.1 médicos, personal de enfermería y de partería por 10,000 habitantes. Los déficit de los distintos países se calculan utilizando este umbral y el número real de trabajadores de salud.

Otra manera de analizar el indicador es referirse a la población no cubierta debido a un déficit de la oferta. En este contexto, el indicador de la OIT del déficit al acceso de personal estima la dimensión del desempeño general de la prestación de la atención de salud como el porcentaje de la población que no tiene acceso a la atención de salud si fuese necesario.

3. *Déficit financiero*, calculado como gasto per cápita (excepto los pagos directos) mediante el umbral relativo de la mediana del gasto en los países de baja vulnerabilidad tal como se define en el punto (2) anterior. En 2014, el umbral de referencia se sitúa en 239 USD per cápita.

4. *Tasa de mortalidad materna* por cada 10,000 nacidos vivos.

Otras consideraciones

Las principales fuentes de esta información son: la legislación de los países; datos sobre las personas protegidas, los beneficiarios, las prestaciones concedidas, los costos y la financiación extraídos de los registros y cuentas de las instituciones que administran los diferentes regímenes de seguridad social; y los datos relativos a los hogares de las encuestas periódicas de población activa, ingreso y gasto familiar, presupuesto familiar, o encuestas de tipo similar; así también como de encuestas diseñadas especialmente para supervisar la cobertura y el impacto de la seguridad social.

En resumen, se debe tener en cuenta una serie de cuestiones en la medición de la cobertura:

- La cobertura de la seguridad social se puede medir directamente sólo por separado para cada una de las ramas específicas, tales como la salud, la vejez o el desempleo, o incluso para un grupo de regímenes específicos dentro de cada rama. Las mediciones de la cobertura agregada, tales como el Índice de Protección Social ABD, se pueden construir sólo mediante la agregación de los indicadores de cobertura separados de todas las ramas de la seguridad social.
- La cobertura de los regímenes de seguridad social ante contingencias y riesgos sociales específicos puede entenderse de dos maneras: la cobertura potencial, medida por el número de personas protegidas si ocurre una contingencia determinada (por ejemplo, las personas cubiertas por los regímenes del seguro social, o los cotizantes a dichos regímenes), y la cobertura real, medida por el número de beneficiarios que realmente perciben las prestaciones o que utilizan los servicios. Estos dos conceptos son complementarios entre sí y deben ser evaluados por separado.
- La cobertura legal y la cobertura efectiva son distintas y deben medirse por separado. Aunque las personas podrían estar cubiertas legalmente, la aplicación de las disposiciones legales puede ser incompleta, por lo que la cobertura efectiva es generalmente más baja que la cobertura legal.
- En la medición de la magnitud de la cobertura, es importante elegir el numerador y el denominador correctos. Idealmente, el número absoluto de personas cubiertas

ante un riesgo específico se divide por el tamaño del grupo poblacional meta de las políticas o la prestación específica. Por ejemplo, para medir la magnitud de la cobertura real de las pensiones de vejez, el número de pensionistas debe relacionarse con el número total de adultos mayores, donde el numerador y el denominador pueden restringirse a un grupo de edad determinado, como por ejemplo, los mayores de 65 años (o por encima de cualquier otra edad legal de jubilación).

- Debe encontrarse un equilibrio entre la especificidad de las circunstancias nacionales (y la pertinencia del indicador a nivel nacional en cuanto a, por ej., la edad de jubilación) y la comparabilidad internacional.
- Se debe contar con datos administrativos como de las encuestas para llegar a una evaluación completa de la cobertura. Los datos administrativos son necesarios para evaluar las tasas efectivas de cobertura potenciales y reales. Sin embargo, la disponibilidad y la calidad de tales datos varían de un país a otro, y de un régimen a otro dentro de los países. Muy a menudo, los datos administrativos siguen la pista de ciertos eventos registrados administrativamente (como el pago de las cotizaciones o las prestaciones), en lugar de hacer un seguimiento de las personas que se encuentran detrás de este tipo de eventos. Esto lleva a una doble contabilización, en particular, al agregar los datos administrativos, ya que un individuo puede estar cotizando al mismo régimen desde más de un empleo, o a más de un régimen que proporciona cobertura para la misma contingencia, o estar percibiendo el mismo tipo de prestación de más de una fuente.
- Los datos de las encuestas de hogares son particularmente importantes para evaluar el nivel y la calidad de la cobertura y sus repercusiones. Además, sólo los datos de las encuestas de hogares pueden ayudar a evaluar la naturaleza de las brechas en la cobertura, las características de los grupos poblacionales no cubiertos y, en particular, las consecuencias de su falta de cobertura y su necesidad de tipos específicos de cobertura. Lamentablemente, muchas

encuestas periódicas de hogares aún carecen o bien de la información pertinente para la evaluación de la cobertura, o bien formulan preguntas tan diferentes que las comparaciones internacionales no son posibles. Las encuestas especiales, además, son raras y no poseen una normalización internacional.

En este anexo, se ha presentado un enfoque recomendado para la medición de la cobertura. Ahora bien, puesto que los datos realmente disponibles son aún limitados, ha resultado difícil seguir plenamente el enfoque recomendado en la elaboración del presente informe. En consecuencia, el informe se limita a una evaluación detallada de la cobertura en áreas seleccionadas de la seguridad social, y no mide completamente todas las dimensiones de la cobertura; por otra parte, muy pocos países cuentan con los datos para realizar una evaluación del nivel y la calidad de la cobertura de la mayoría de las ramas de la seguridad social. Por tanto, el presente informe presenta las estimaciones regionales de indicadores de cobertura seleccionados sobre la base de los datos disponibles. Dichas estimaciones regionales, se calculan cuando la disponibilidad de los datos garantiza que los países incluidos representan al menos tres cuartas partes de la población total de una región determinada. Los promedios regionales se ponderan, en función del indicador, por la población total, la población en edad de trabajar, las personas en la fuerza de trabajo u ocupadas. Debido a las limitaciones en la disponibilidad de los datos, la mayoría de estas estimaciones regionales se calculan para el último año disponible, que no es necesariamente el mismo para todos los países incluidos. Mientras que la disponibilidad de los datos ya ha mejorado desde la primera edición de este informe, se espera que los nuevos avances en materia de estadísticas nacionales y subnacionales de seguridad social, mejorará aún más la precisión de las estimaciones mundiales y regionales.

Requisitos mínimos contenidos en las normas de seguridad social de la OIT: Cuadros sinópticos

Las normas de seguridad social de la OIT sirven como referencia fundamental para orientar todo el trabajo de asesoramiento técnico y político de la OIT en el ámbito de la seguridad social. También dan significado y definición al contenido del derecho a la seguridad social tal y como se establece en los instrumentos internacionales de derechos humanos (en particular la Declaración Universal de los Derechos Humanos, 1948, y el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, 1966), constituyéndose de esta manera en herramientas esenciales para la concreción de este derecho y la implementación efectiva de un enfoque de la protección social basado en los derechos.

El marco normativo en materia de seguridad social de la OIT consiste en ocho convenios y recomendaciones actualizadas. Los más prominentes de estos son los Convenio sobre la seguridad social (norma mínima), 1952 (núm. 102), y la Recomendación sobre los pisos de protección social, 2012 (núm. 202).¹ El Convenio núm. 102, es único entre las normas internacionales en reagrupar las nueve contingencias clásicas de la seguridad social (asistencia médica, enfermedad, desempleo, vejez, accidentes del trabajo y enfermedades profesionales, responsabilidades familiares, maternidad, invalidez y sobrevivencia) en un único instrumento integral y jurídicamente vinculante. En el mismo, se establece los puntos de referencia cualitativos y cuantitativos para cada una de estas contingencias, que en conjunto determinan las normas mínimas para la protección de la seguridad social proporcionada por los regímenes de seguridad social en relación, entre otras cosas, con:

- La definición de la contingencia (¿Qué debería cubrirse?)
- Las personas protegidas (¿Quién debe estar cubierto?)
- El tipo y cuantía de las prestaciones (¿En qué debe consistir la prestación?)
- Las condiciones para la adquisición del derecho a prestaciones, incluyendo el período de calificación (¿Que debería hacer una persona para tener derecho a una prestación?)
- La duración de la prestación y el período de espera (¿Por cuánto tiempo se debe pagar/proporcionar la prestación?)

Además, establece reglas comunes de organización, financiación y gestión colectivas, y establece los principios de buena gobernanza, incluyendo la responsabilidad general del Estado en el debido suministro de las prestaciones y la correcta administración de los sistemas de seguridad social, la gestión participativa, la garantía de las prestaciones definidas, el ajuste de las pensiones, el derecho de apelación y reclamo, la financiación colectiva y la mancomunación del riesgo, y las valuaciones actuariales periódicas. El Convenio núm. 102, continúa sirviendo como parámetro y referencia para el desarrollo gradual de la cobertura integral de la seguridad social a nivel nacional y como medio para prevenir la nivelación a la baja de los sistemas de seguridad social en todo el mundo, según lo confirmó la Conferencia Internacional del Trabajo en 2011 (OIT, 2012a).

Los Cuadros AIII.1-AIII.9, a continuación, proporcionan una visión general de algunos de los requerimientos fundamentales establecidos en las normas de la OIT.

¹ El Convenio núm. 102 ha sido ratificado hasta la fecha por 50 países –más recientemente por Brasil (2009), Bulgaria (2008), Honduras (2012), Jordania (2014), Rumania (2009) y Uruguay (2010)–, y proporciona orientación para todos los 185 Estados Miembros de la OIT. Las recomendaciones de la OIT no están abiertas a ratificación.

Cuadro AIII.1 Principales requerimientos: Normas de la OIT sobre seguridad social relativas a la protección de la salud

	Convenio núm. 102 Normas mínimas	Convenio núm. 130 ^a y Recomendación núm. 134 ^b Normas más elevadas	Recomendación núm. 202 Protección básica
¿Qué debería cubrirse?	Todo estado mórbido, cualquiera que fuere su causa; el embarazo, el parto y sus consecuencias	La necesidad de asistencia médica curativa y preventiva	Cualquier condición que requiere atención de salud esencial, incluyendo la maternidad
¿Quién debe estar cubierto?	Por lo menos: <ul style="list-style-type: none"> El 50% de todos los asalariados y sus cónyuges e hijos; <i>o</i> categorías de la población económicamente activa (que constituyan, por lo menos, el 20% de todos los residentes, y sus cónyuges e hijos); <i>o</i> todos los residentes cuyos recursos económicos no superen el umbral prescrito 	C.130: Todos los asalariados, incluidos los aprendices, y sus cónyuges e hijos; <i>o</i> <ul style="list-style-type: none"> categorías de la población activa (que constituyan, por lo menos, el 75% de toda la población activa, y sus cónyuges e hijos); <i>o</i> la categoría prescrita de residentes que conforma, por lo menos, el 75% de todos los residentes R.134: Además: los trabajadores ocasionales y sus familias, los trabajadores familiares, todas las personas económicamente activas y sus familias, todos los residentes	Universalidad de la protección, a través de la extensión progresiva; por lo menos, todos los residentes y los niños deben gozar de la garantía básica de acceso al menos a atención de salud esencial; los no residentes también deben estar de conformidad con las obligaciones internacionales del país
¿En qué debe consistir la prestación?	En caso de estado mórbido: atención de médicos generalistas, atención especializada en hospitales, medicamentos y suministros esenciales, hospitalización cuando fuere necesaria En caso de embarazo, parto y sus consecuencias: atención prenatal, del parto y postnatal por personal médico y parteras calificadas, hospitalización cuando fuere necesaria	C.130: La asistencia médica que requiere la condición de la persona, con el fin de conservar, restablecer o mejorar la salud de la persona y su aptitud para trabajar y hacer frente a sus necesidades personales, incluyendo, por lo menos: atención de médicos generalistas, atención especializada en hospitales, cuidados y prestaciones conexas, suministros médicos esenciales, hospitalización, cuando fuere necesaria, asistencia odontológica y readaptación médica R.134: También el suministro de aparatos médicos (por ej., anteojos) y servicios de convalecencia	Bienes y servicios que conforman la atención de salud esencial, incluida la atención de la maternidad, cumpliendo criterios de accesibilidad, disponibilidad, aceptabilidad y calidad; atención médica prenatal y postnatal gratuita para las más vulnerables; se debe proporcionar niveles más elevados de protección a tantas personas como sea posible, tan pronto como sea posible
¿Cuál debe ser la duración de la prestación?	Mientras persistan el estado mórbido, embarazo, o el parto y sus consecuencias. Podrá limitarse a 26 semanas en cada caso de enfermedad. La prestación no podrá suspenderse mientras el beneficiario perciba prestaciones de enfermedad o recibe tratamiento para una enfermedad para la que se reconoce la necesidad de una asistencia prolongada.	C.130: Mientras dure la contingencia. Podría limitarse a 26 semanas cuando un beneficiario deja de pertenecer a las categorías de personas protegidas, a menos que ya esté recibiendo asistencia médica para una enfermedad que requiere un tratamiento prolongado, o por el tiempo que la persona perciba una prestación monetaria de enfermedad R.134: Mientras dure la contingencia	Mientras el estado de salud así lo requiera
¿Qué condiciones pueden prescribirse para tener derecho a la prestación?	Podrá prescribirse un período de calificación que se considere necesario para evitar abusos	C.130: Podrá prescribirse un período de calificación, cuando fuere necesario para prevenir abusos R.134: El derecho a la prestación no debe estar sujeto a período de calificación	Las personas que necesitan cuidados de salud no deben enfrentar dificultades ni un mayor riesgo de pobreza debido a las consecuencias financieras del acceso a la atención de salud esencial Debe definirse a nivel nacional y prescribirse por ley aplicando los principios de no discriminación, sensibilidad a las necesidades especiales y la inclusión social, y garantizando los derechos y la dignidad de las personas cubiertas

^a Convenio sobre asistencia médica y prestaciones monetarias de enfermedad, 1969. ^b Recomendación sobre asistencia médica y prestaciones monetarias de enfermedad, 1959.

Cuadro AIII.2 Principales requerimientos: Las normas de la OIT sobre seguridad social relativas a las prestaciones de enfermedad

	Convenio núm. 102 Normas mínimas	Convenio núm. 130 y Recomendación núm. 134 Normas más elevadas	Recomendación núm. 202 Protección básica
¿Qué debería cubrirse?	Incapacidad para trabajar por motivos de un estado mórbido que entraña la suspensión de ganancias	C.130: Incapacidad para trabajar por motivos de enfermedad y que implique la suspensión de ganancias R.134: También cubre los períodos de ausencia del trabajo con pérdida de ganancias debido a la convalecencia, asistencia médica curativa o preventiva, la readaptación o la cuarentena, o por el cuidado de personas a cargo	Seguridad básica de los ingresos a quienes se ven imposibilitados obtener ingresos suficientes en caso de enfermedad
¿Quién debe estar cubierto?	<ul style="list-style-type: none"> • Por lo menos: • el 50% de todos los asalariados; <i>o</i> • categorías de la población económicamente activa (que constituyan, no menos del 20% de todos los residentes); <i>o</i> • todos los residentes cuyos recursos económicos no superen el umbral prescrito 	C.130: Todos los asalariados, incluidos los aprendices; <i>o</i> <ul style="list-style-type: none"> • categorías de la población económicamente activa (que constituyan, por lo menos, el 75% de toda la población económicamente activa); <i>o</i> • todos los residentes cuyos recursos económicos no superen el umbral prescrito R.134: Se debe hacer extensiva la cobertura a los trabajadores ocasionales, los trabajadores familiares, todas las personas económicamente activas, todos los residentes	Por lo menos, todos los residentes en edad activa, con sujeción a obligaciones internacionales
¿En qué debe consistir la prestación?	Pagos periódicos; por lo menos, el 45% del salario de referencia	C. 130: Pagos periódicos; por lo menos, el 60% de salario de referencia; en caso de muerte del beneficiario, asignación por gastos funerarios R.134: La prestación debe ser del 66.66% del salario de referencia	Prestaciones monetarias o en especie a un nivel que garantice la seguridad básica de los ingresos a fin de asegurar el acceso efectivo a los bienes y servicios necesarios; prevenga o mitigue la pobreza, la vulnerabilidad y la exclusión social; y permita vivir con dignidad
¿Cuál debe ser la duración de la prestación?	Mientras la persona permanezca imposibilitada de ejercer una actividad remunerada por motivos de enfermedad; posible periodo de espera de un máximo de tres días anteriores al pago de la prestación; la duración de las prestaciones podrá limitarse a 26 semanas en cada caso de enfermedad	C. 130: Mientras la persona permanezca imposibilitada de ejercer una actividad remunerada por motivos de enfermedad; posible periodo de espera de un máximo de tres días anteriores al pago de la prestación; la duración de las prestaciones podrá limitarse a 52 semanas en cada caso de enfermedad R.134: La prestación debe pagarse durante toda la duración de la enfermedad u otras contingencias cubiertas	Mientras persista la imposibilidad de obtener ingresos suficientes
¿Qué condiciones pueden prescribirse para tener derecho a la prestación?	Podrá prescribirse un período de calificación que se considere necesario para evitar abusos	C. 130: Podrá prescribirse un período de calificación, cuando fuere necesario, para prevenir abusos	Debe definirse a nivel nacional y prescribirse por ley aplicando los principios de no discriminación, sensibilidad a las necesidades especiales y la inclusión social, y garantizando los derechos y la dignidad de las personas

Cuadro AIII.3 Principales requerimientos: Normas de la OIT sobre seguridad social relativas a la protección en caso de desempleo

	Convenio núm. 102 Normas mínimas	Convention núm. 168 ^a and Recommendation núm. 176 ^b Normas más elevadas	Recomendación núm. 202 Protección básica
¿Qué debería cubrirse?	Suspensión de ganancias, ocasionada por la imposibilidad de encontrar un empleo conveniente por parte de una persona apta y disponible	C.168: Pérdida de ganancias debida a la imposibilidad de encontrar un empleo conveniente por parte de una persona apta y disponible que busca trabajo de forma activa. La protección debe ampliarse para cubrir la pérdida de ganancias debida al desempleo parcial, la suspensión o reducción de las ganancias debida a la suspensión temporal del trabajo; los trabajadores a tiempo parcial que buscan trabajo a tiempo completo R.176: Proporciona una orientación para evaluar si el empleo potencial puede considerarse como conveniente	Seguridad básica de los ingresos para quienes se ven imposibilitados de obtener ingresos suficientes en caso de desempleo
¿Quién debe estar cubierto?	Por lo menos: <ul style="list-style-type: none"> el 50% de todos los asalariados; o los residentes cuyos recursos económicos no superen el umbral prescrito 	C.168: Por lo menos, el 85% de los asalariados, incluyendo los funcionarios públicos y los aprendices; todos los residentes cuyos recursos económicos no superen el umbral prescrito. La cobertura debe ampliarse a las personas en busca de empleo a quienes nunca se ha reconocido como desempleadas o cubiertas por los regímenes de indemnización de desempleo, o que han cesado de pertenecer a ellos R.176: Se debe extender progresivamente la cobertura a todos los asalariados, así también como a las personas que encuentran dificultades durante el período de espera	Por lo menos, todos los residentes en edad activa, con sujeción a obligaciones internacionales
¿En qué debe consistir la prestación?	Pagos periódicos; por lo menos, el 45% del salario de referencia	C.168: Pagos periódicos; por lo menos, el 50% del salario de referencia; o el total de las prestaciones deben garantizar a los beneficiarios condiciones de vida saludables y dignas R.176: Para el empleo parcial: el total de las prestaciones y las ganancias del trabajo a tiempo parcial deben alcanzar la suma de las ganancias anteriores del trabajo a tiempo completo y el monto de la prestación de desempleo total	Prestaciones monetarias o en especie a un nivel que garantice la seguridad básica de los ingresos a fin de asegurar el acceso efectivo a los bienes y servicios necesarios; prevenga o mitigue la pobreza, la vulnerabilidad y la exclusión social; y permita vivir con dignidad
¿Cuál debe ser la duración de la prestación?	Para regímenes que comprenden a categorías de asalariados: por lo menos, 13 semanas de prestaciones por un periodo de 12 meses Para regímenes no contributivos supeditados a comprobación de ingresos: por lo menos, 26 semanas de prestaciones por un periodo de 12 meses Posible período de espera de un máximo de 7 días	C.168: Durante el periodo de desempleo; posibilidad de limitar la duración inicial del pago de la prestación a 26 semanas en caso de desempleo o a 39 semanas para cualquier período de 24 meses; posible período de espera de un máximo de siete días R.176: La duración de las prestaciones debe ampliarse hasta la edad de jubilación para los desempleados que hayan alcanzado una edad prescrita	Mientras persista la incapacidad de obtener ingresos suficientes
¿Qué condiciones se puede establecer para tener derecho a la prestación?	Podrá prescribirse un período de calificación que se considere necesario para evitar abusos	C.168: Podría prescribirse un período de calificación según se juzgue necesario para evitar abusos R.176: El período de calificación debe adaptarse o exceptuarse para los nuevos solicitantes de empleo	Debe definirse a nivel nacional y prescribirse por ley aplicando los principios de no discriminación, sensibilidad a las necesidades especiales y la inclusión social, y garantizando los derechos y la dignidad de las personas

^a Convenio sobre el fomento del empleo y la protección contra el desempleo, 1988. ^b Recomendación sobre el fomento del empleo y la protección contra el desempleo, 1988.

Cuadro AIII.4 Principales requerimientos: Normas de la OIT sobre seguridad social relativas a la seguridad de los ingresos en la vejez (prestaciones de vejez)

	Convenio núm. 102 Normas mínimas	Convenio núm. 168 ^a y Recomendación núm. 176 ^b Normas más elevadas	Recomendación núm. 202 Protección básica
¿Qué debería cubrirse?	Sobrevivencia más allá de una edad prescrita (65 años o más de acuerdo a la capacidad de trabajo de las personas de edad avanzada en el país)	C. 128: Igual que en el C.102; asimismo, la edad prescrita debe ser inferior a los 65 años para las personas que hayan trabajado en labores consideradas penosas o insalubres R. 131: Además, la edad prescrita debería reducirse por motivos sociales	Seguridad básica de los ingresos para las personas de edad
¿Quién debe estar cubierto?	Por lo menos: <ul style="list-style-type: none"> • el 50% de todos los asalariados; <i>o</i> • categorías de la población activa (que constituyan, por lo menos, el 20% de todos los residentes); <i>o</i> • todos los residentes cuyos recursos económicos no superen el umbral prescrito 	C. 128: Todos los asalariados, incluidos los aprendices; <i>o</i> • categorías de la población económicamente activa (que constituyan, por lo menos, el 75% de toda la población económicamente activa); <i>o</i> • todos los residentes, o todos los residentes cuyos recursos económicos no superen el umbral prescrito R.131: Se debe hacer extensiva la cobertura a aquellas personas cuyo empleo sea de carácter ocasional; <i>o</i> a todas las personas económicamente activas	Todos los residentes de una edad prescrita a nivel nacional, con sujeción a las obligaciones internacionales
¿En qué debe consistir la prestación?	Pagos periódicos: por lo menos, el 40% del salario de referencia; ajuste tras producirse cambios sustanciales en el nivel general de ingresos y/o el costo de vida	C.128: Pagos periódicos: por lo menos, el 45% del salario de referencia; ajuste tras producirse cambios sustanciales en el nivel general de ganancias y/o el costo de vida R.131: Por lo menos, el 55% del salario de referencia; el monto mínimo de la prestación de vejez debe ser fijado por legislación para garantizar un nivel mínimo de vida; el nivel de prestación se debe aumentar si el beneficiario necesita ayuda constante	Prestaciones monetarias o en especie a un nivel que garantice la seguridad básica de los ingresos a fin de asegurar el acceso efectivo a los bienes y servicios necesarios; prevenga o mitigue la pobreza, la vulnerabilidad y la exclusión social; y permita vivir con dignidad Los niveles deben revisarse periódicamente
¿Cuál debe ser la duración de la prestación?	Desde la edad prescrita hasta la muerte del beneficiario	Desde la edad prescrita hasta la muerte del beneficiario	Desde la edad prescrita a nivel nacional hasta la muerte del beneficiario
¿Qué condiciones se puede establecer para tener derecho a la prestación?	30 años de cotización o de empleo (para los regímenes contributivos) o 20 años de residencia (para los regímenes no contributivos) Derecho a una prestación reducida después de 15 años de cotización o de empleo	C.128: Igual que en el C.102 R.131: 20 años de cotización o de empleo (para los regímenes contributivos) <i>o</i> 15 años de residencia (para los regímenes no contributivos) Los períodos de incapacidad por motivos de enfermedad, accidente o maternidad, y los períodos de desempleo involuntario, respecto de los cuales se pagó la prestación, y el servicio militar obligatorio, deben asimilarse a los períodos de cotización o de empleo para calcular el período de calificación cumplido	Debe definirse a nivel nacional y prescribirse por ley aplicando los principios de no discriminación, sensibilidad a las necesidades especiales y la inclusión social, y garantizando los derechos y la dignidad de las personas mayores

^a Convenio sobre las prestaciones de invalidez, vejez y sobrevivientes, 1967. ^b Recomendación sobre las prestaciones de invalidez, vejez y sobrevivientes, 1967.

Cuadro AIII.5 Principales requerimientos: Normas de la OIT sobre seguridad social relativas a la protección en caso de accidentes del trabajo y enfermedades profesionales

	Convenio núm. 102 Normas mínimas	Convenio núm. 121 ^a y Recomendación núm. 121 ^b Normas más elevadas	Recomendación núm. 202 Protección básica
¿Qué debe cubrirse?	Estado mórbido; y la incapacidad para trabajar debido a un accidente del trabajo o enfermedad profesional, que da lugar a la suspensión de ganancias; pérdida total de la capacidad para ganar o pérdida parcial en un grado prescrito, cuando sea probable que ésta sea permanente, o la pérdida correspondiente de las facultades físicas; pérdida del apoyo a la familia en caso de muerte del sostén de familia	C.121: Igual que en el C.102	Seguridad básica de los ingresos para quienes se ven imposibilitados de obtener ingresos suficientes por motivos de accidente del trabajo o enfermedad profesional
¿Quién debe estar cubierto?	Por lo menos, el 50% de todos los asalariados y sus cónyuges e hijos	C. 121: Todos los asalariados del sector público y privado, incluidos los miembros de cooperativas y los aprendices; en caso de fallecimiento, el cónyuge, los hijos y otras personas a cargo, según lo prescrito R.121: Se debe ampliar la cobertura progresivamente a todas las categorías de empleados y otros familiares a cargo (padres, hermanos y nietos)	Por lo menos, todos los residentes en edad activa, con sujeción a obligaciones internacionales
¿En qué debe consistir la prestación?	<i>Asistencia médica y prestaciones conexas:</i> médico generalista, especialista, asistencia odontológica, cuidados de enfermería; medicamentos, readaptación, prótesis, etc., con el fin de conservar, restablecer o mejorar la salud y la aptitud para el trabajo de la persona y para hacer frente a sus necesidades personales <i>Prestaciones monetarias:</i> <ul style="list-style-type: none"> • Pagos periódicos: por lo menos, el 50% del salario de referencia en casos de incapacidad para trabajar o invalidez; por lo menos, el 40% del salario de referencia en caso de muerte del sostén de familia • Ajuste de las prestaciones a largo plazo tras producirse cambios sustanciales en el nivel general de ingresos y/o el costo de vida • Pago de suma global en caso que el grado de incapacidad sea mínimo y cuando las autoridades competentes estén convencidas de que dicho capital se utilizará razonablemente 	C.121: <i>Asistencia médica:</i> Igual que en el C. 102; también tratamiento de urgencia y de seguimiento en el lugar de trabajo <i>Prestaciones monetarias:</i> Pagos periódicos: por lo menos, el 60% del salario de referencia en casos de incapacidad para trabajar o invalidez; por lo menos, el 50% del salario de referencia en casos de muerte del sostén de familia Pago de suma global: mismas condiciones que en el C.102, y además se requiere del consentimiento de la víctima R.121: Se debe cubrir los costos de ayuda o asistencia constante al requerirse tales cuidados <i>Prestación monetaria:</i> no menos del 66.67% de las ganancias anteriores; ajuste de las prestaciones a largo plazo teniendo en cuenta los niveles generales de ganancias o el costo de vida Admite el pago de una suma global si el grado de incapacidad es inferior al 25%; éste debe tener una relación equitativa con los pagos periódicos y no ser inferior a los pagos periódicos durante 3 años	Prestaciones monetarias o en especie a un nivel que garantice la seguridad básica de los ingresos a fin de asegurar el acceso efectivo a los bienes y servicios necesarios; prevenga o mitigue la pobreza, la vulnerabilidad y la exclusión social; y permita vivir con dignidad Los niveles deben revisarse periódicamente
¿Cuál debe ser la duración de la prestación?	Mientras la persona tenga necesidad de asistencia médica o permanezca incapacitada Sin período de espera, excepto por incapacidad temporal para trabajar por un máximo de 3 días	C.121: Mientras la persona tenga necesidad de asistencia médica o permanezca incapacitada R.121: Además, se debe pagar las prestaciones monetarias desde el primer día, en cada caso de suspensión de ganancias	Mientras persista lincapacidad de obtener ingresos suficientes
¿Qué condiciones se puede establecer para tener derecho a la prestación?	No se admite el período de calificación para las prestaciones de las personas lesionadas Para las personas a cargo, la prestación puede quedar condicionada a la presunción de que el cónyuge es incapaz de subvenir a sus propias necesidades y que los hijos no sobrepasan la edad establecida	C.121: Igual que en el C.102	Debe definirse a nivel nacional y prescribirse por ley aplicando los principios de no discriminación, sensibilidad a las necesidades especiales y la inclusión social, y garantizando los derechos y la dignidad de las personas protegidas

^a Convenio sobre las prestaciones en caso de accidentes del trabajo y enfermedades profesionales, 1964. ^b Recomendación sobre las prestaciones en caso accidentes del trabajo y enfermedades profesionales, 1964.

Cuadro AIII.6 Principales requerimientos: Las normas de la OIT sobre seguridad social relativas a las prestaciones familiares

	Convenio núm. 102 Normas mínimas	Recomendación núm. 202 Protección básica
¿Qué debe cubrirse?	Tener hijos a cargo en las condiciones que se prescriban	Seguridad básica de los ingresos a favor de los niños
¿Quién debe estar cubierto?	Como mínimo el 50% de todos los asalariados; <i>o</i> <ul style="list-style-type: none"> • categorías de la población activa (que constituyan por lo menos el 20% de todos los residentes); <i>o</i> • todos los residentes cuyos recursos económicos no superen el umbral prescrito 	Todos los niños
¿En qué debe consistir la prestación?	<ul style="list-style-type: none"> • Pagos periódicos; <i>o</i> • suministro de alimentos, ropa, vivienda, disfrute de vacaciones o asistencia doméstica; <i>o</i> • combinación de ambos <p>Valor total de las prestaciones calculado a <i>nivel global</i>:</p> <ul style="list-style-type: none"> • por lo menos, el 3% del salario de referencia multiplicado por el número total de hijos de la persona protegida; <i>o</i> • por lo menos, el 1.5% del salario de referencia multiplicado por el número total de hijos de todos los residentes 	Prestaciones monetarias o en especie que proporcionen acceso a alimentación, educación, cuidados y otros bienes y servicios necesarios para los niños
¿Cuál debe ser la duración de la prestación?	Por lo menos desde el nacimiento hasta los 15 años de edad o el final de la edad escolar	Durante la infancia
¿Qué condiciones se puede prescribir para tener derecho a la prestación?	<ul style="list-style-type: none"> • Tres meses de cotización o de empleo (para los regímenes contributivos o los basados en el empleo); • un año de residencia (para los regímenes no contributivos) 	Debe definirse a nivel nacional y prescribirse por ley aplicando los principios de no discriminación, sensibilidad a las necesidades especiales y la inclusión social, y garantizando los derechos y la dignidad de los niños

Cuadro AIII.7 Principales requerimientos: Las normas de la OIT sobre seguridad social relativas a la protección de la maternidad

	Convenio núm. 102 Normas mínimas	Convenio núm. 183 ^a y Recomendación núm. 191 ^b Normas más elevadas	Recomendación núm. 202 Protección básica
¿Qué debe cubrirse?	Asistencia médica requerida por el embarazo, el parto y sus consecuencias; y la suspensión de ganancias resultante de los mismos	C. 183: Asistencia médica requerida por el embarazo, el parto y sus consecuencias; y la pérdida de ganancias resultante de los mismos R.191: Igual que en el C.183.	Bienes y servicios que constituyen la atención materna esencial Seguridad básica de los ingresos a quienes se ven imposibilitadas de obtener ingresos suficientes por motivos de maternidad
¿Quién debería estar cubierto?	Por lo menos: <ul style="list-style-type: none"> el 50% de todas las mujeres asalariadas; o todas las mujeres en las categorías de la población activa (que constituyan por lo menos el 20% de todos los residentes); o todas las mujeres cuyos recursos económicos no superen el umbral prescrito 	C. 183: Todas las mujeres ocupadas, incluyendo las que desempeñan formas atípicas de trabajo dependiente R.191: Igual que en el C.183.	Como mínimo todas las mujeres residentes, con sujeción a las obligaciones internacionales
¿En qué debe consistir la prestación?	<i>Prestaciones médicas:</i> Por lo menos: <ul style="list-style-type: none"> asistencia prenatal, durante el parto y post-natal por profesionales calificados; hospitalización cuando fuere necesario <i>Prestaciones monetarias:</i> Pago periódico: por lo menos, el 45% del salario de referencia	C. 183: <i>Prestaciones médicas:</i> Por lo menos la atención prenatal, durante el parto y post-natal por parte de profesionales calificados; hospitalización, de ser necesario Pausas diarias remuneradas u horarios reducidos para favorecer la lactancia materna <i>Prestaciones monetarias:</i> Por lo menos, el 66.67% de las ganancias anteriores; debe garantizar a la madre y al hijo buenas condiciones de salud y un nivel de vida adecuado R.191: Se debe elevar las prestaciones monetarias a la totalidad de las ganancias anteriores de las beneficiarias	<i>Prestaciones médicas:</i> deben cumplir con los criterios de disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad; se debe considerar la atención prenatal y postnatal gratuita para las más vulnerables <i>Prestaciones monetarias o en especie:</i> deben garantizar la seguridad básica de los ingresos a fin de asegurar el acceso efectivo a los bienes y servicios necesarios y ser de un nivel que prevenga o mitigue la pobreza, la vulnerabilidad y la exclusión social y permita vivir con dignidad. Los niveles deben revisarse periódicamente
¿Cuál debe ser la duración de la prestación?	Por lo menos 12 semanas para las prestaciones monetarias	C. 183: 14 semanas de licencia de maternidad, incluyendo 6 semanas de licencia obligatoria después del parto; licencia complementaria antes o después de la licencia de maternidad en caso de enfermedad, complicaciones o riesgo de complicaciones derivadas del embarazo o del parto R.191: 18 semanas de licencia de maternidad Extensión de la licencia de maternidad en caso de nacimientos múltiples	Mientras persista la incapacidad de obtener ingresos suficientes
¿Qué condiciones se pueden prescribir para tener derecho a la prestación?	Período de calificación que se considere necesario para evitar abusos	C.183: Una gran mayoría de las mujeres debe cumplir con las condiciones; quienes no cumplan con las condiciones tienen derecho a la asistencia social R.191: Igual que en el C.183	Debe definirse a nivel nacional y prescribirse por ley aplicando los principios de no discriminación, sensibilidad a las necesidades especiales y la inclusión social, y garantizando los derechos y la dignidad de las mujeres

^a Convenio sobre la protección de la maternidad, 2000. ^b Recomendación sobre la protección de la maternidad, 2000.

Cuadro AIII.8 Principales requerimientos: Las normas de la OIT sobre seguridad social relativas a las prestaciones de invalidez

	Convenio núm. 102 Normas mínimas	Convenio núm. 128 y Recomendación núm. 131 Normas más elevadas	Recomendación núm. 202 Protección básica
¿Qué debe cubrirse?	La imposibilidad de ejercer una actividad profesional, en un grado prescrito, cuando sea probable que ésta será permanente, o cuando subsista más allá de la duración de las prestaciones monetarias de enfermedad (invalidez total)	C.128: La incapacidad para ejercer una actividad lucrativa, cuando sea probable que ésta sea permanente, o que persista más allá de la duración de la incapacidad temporal o inicial (invalidez total) R.131: La incapacidad para ejercer una actividad que proporcione un ingreso apreciable (invalidez total o parcial)	Seguridad básica de los ingresos a quienes se ven imposibilitados de obtener ingresos suficientes por motivos de discapacidad
¿Quién debe estar cubierto?	Por lo menos: <ul style="list-style-type: none"> • el 50% de todos los asalariados; o • categorías de la población activa (que constituyan, por lo menos, el 20% de todos los residentes); o • todos los residentes cuyos recursos económicos no superen el umbral prescrito 	C.128: Todos los asalariados, incluidos los aprendices; o <ul style="list-style-type: none"> • por lo menos, el 75% de la población económicamente activa; o • todos los residentes, o todos los residentes cuyos recursos económicos no superen el umbral prescrito R.131: Se debe hacer extensiva la cobertura a los trabajadores ocasionales y a todas las personas económicamente activas	Por lo menos, a todos los residentes, con sujeción a las obligaciones internacionales
¿En qué debe consistir la prestación?	Pago periódico: por lo menos el 40% del salario de referencia Ajuste tras producirse cambios sustanciales en el nivel general de ingresos y/o el costo de vida	C.128: Pago periódico: por lo menos, el 50% del salario de referencia R.131: Prestación reducida por invalidez parcial	Prestaciones monetarias o en especie a un nivel que garantice la seguridad básica de los ingresos a fin de asegurar el acceso efectivo a los bienes y servicios necesarios; prevenga o mitigue la pobreza, la vulnerabilidad y la exclusión social; y permita vivir con dignidad
¿Cuál debe ser la duración de la prestación?	Mientras la persona permanezca imposibilitada para ejercer una actividad remunerada o hasta que sea sustituida por una pensión de vejez	Mientras la persona permanezca incapacitada o hasta que la prestación sea sustituida por una pensión de vejez	Mientras persista la incapacidad de obtener ingresos suficientes
¿Qué condiciones se puede establecer para tener derecho a la prestación?	15 años de cotización o de empleo (para los regímenes contributivos) o 10 años de residencia (para los regímenes no contributivos); derecho a una prestación reducida después de 5 años de cotización o de 3 años de residencia	C.128: 15 años de cotización o de empleo (para los regímenes contributivos) o 10 años de residencia (para los regímenes no contributivos) Derecho a una prestación reducida después de 5 años de cotización o de 3 años de residencia R.131: 5 años de cotización, de empleo o de residencia; se debe eliminar (o reducir) el período de calificación para los trabajadores jóvenes o cuando la invalidez se debe a un accidente Los períodos de incapacidad por motivos de enfermedad, accidente o maternidad, y los períodos de desempleo involuntario, respecto de los cuales se pagó una prestación, y el servicio militar obligatorio, deben asimilarse a los períodos de cotización o de empleo para calcular el período de calificación cumplido	No hay indicación específica; las condiciones exigidas para causar derecho a las prestaciones deben definirse a nivel nacional, aplicando los principios de no discriminación, sensibilidad a las necesidades especiales y la inclusión social y garantizando los derechos y la dignidad de las personas con discapacidad; deben ser prescritas por ley

Cuadro AIII.9 Principales requerimientos: Las normas de la OIT sobre seguridad social relativas a las prestaciones de sobrevivientes

	Convenio núm. 102 Normas mínimas	Convenio núm. 128 y Recomendación núm. 131 Normas más elevadas	Recomendación núm. 202 Protección básica
¿Qué debe cubrirse?	Pérdida de medios de existencia sufrida por la viuda o los hijos como consecuencia de la muerte del sostén de familia	C.128: Pérdida de medios de existencia sufrida por la viuda o los hijos como consecuencia de la muerte del sostén de familia R.131: Igual que en el C.128	Seguridad básica de los ingresos para quienes se ven imposibilitados de obtener ingresos suficientes como resultado de la pérdida de medios de existencia de la familia
¿Quién debe estar cubierto?	Las cónyuges e hijos del sostén de familia, que constituyan, por lo menos, el 50% de todos los asalariados; <i>o</i> <ul style="list-style-type: none"> las cónyuges e hijos del sostén de familia que pertenezcan a la población económicamente activa, que constituyan, por lo menos, el 20% de todos los residentes; <i>o</i> todas las viudas e hijos residentes cuyos recursos económicos no superen el umbral prescrito 	C.128: Las cónyuges, hijos y otras personas a cargo de los empleados o aprendices; <i>o</i> <ul style="list-style-type: none"> las cónyuges, hijos y otras personas a cargo, que constituyan, por lo menos, el 75% de las personas activas; <i>o</i> todas las viudas, los hijos y otras personas a cargo que son residentes o que son residentes y cuyos recursos económicos no superen el umbral prescrito R.131: Además, se debe hacer extensiva la cobertura progresivamente a las cónyuges e hijos y otras personas a cargo de trabajadores ocasionales o a todas las personas económicamente activas. Asimismo, un viudo inválido y a cargo debería gozar de los mismos derechos que una viuda	Por lo menos todos los residentes y niños, con sujeción a las obligaciones internacionales vigentes
¿En qué debe consistir la prestación?	Pago periódico: por lo menos, el 40% del salario de referencia Ajuste tras producirse cambios sustanciales en el nivel general de ingresos y/o el costo de vida	C.128: Por lo menos, el 45% del salario de referencia Se debe reajustar las tasas en función del costo de vida R.131: Se debe incrementar las prestaciones al 55% del salario de referencia; se debe fijar una prestación mínima de sobrevivientes con el fin de garantizar un nivel mínimo de vida	Las prestaciones monetarias o en especie deben garantizar la seguridad básica de los ingresos a fin de asegurar el acceso efectivo a los bienes y servicios necesarios; prevenir o mitigar la pobreza, la vulnerabilidad y la exclusión social; y permitir vivir con dignidad Los niveles deben revisarse periódicamente
¿Cuál debe ser la duración de la prestación?	Hasta que los hijos lleguen a la edad activa; no existe ninguna limitación para las viudas	C.128 y R.131: Hasta que los hijos lleguen a la edad activa, o por más tiempo si sufren de discapacidad. No existe ninguna limitación para las viudas	Mientras persista la incapacidad de obtener ingresos suficientes
¿Qué condiciones se puede establecer para tener derecho a la prestación?	15 años de cotización o de empleo (para los regímenes contributivos o los basados en el empleo) o 10 años de residencia (para los regímenes no contributivos); derecho a una prestación reducida después de 5 años de cotización Para las viudas, las prestaciones pueden quedar condicionadas a la imposibilidad de la viuda de subvenir a sus propias necesidades; para los hijos, hasta que cumplan los 15 años o hasta el final de la edad escolar	C.128: Igual que en el C.102; además, es posible exigir una edad prescrita para la viuda no superior a la prescrita para las prestaciones de vejez No hay requisito de edad para una viuda inválida o una viuda que cuida a un hijo a cargo del fallecido R.131: Igual que en el C.128; Los períodos de incapacidad por motivos de enfermedad, accidente o maternidad, y los períodos de desempleo involuntario, respecto de los cuales se pagó una prestación, y el servicio militar obligatorio, deben asimilarse a los períodos de cotización o de empleo para calcular el período de calificación cumplido	Debe definirse a nivel nacional y ser prescrito por ley aplicando los principios de no discriminación, sensibilidad a las necesidades especiales y la inclusión social, y garantizando los derechos y la dignidad de las personas

Anexo IV

Cuadros estadísticos

Part A. Entorno demográfico, económico y del mercado de trabajo

Sírvase consultar los cuadros de la Parte A en: <http://www.social-protection.org/gimi/gess/ShowTheme.do?tid=3985>

Indicadores demográficos

- Cuadro A.1. Tendencias demográficas: Tasas de dependencia económica
- Cuadro A.2. Tendencias demográficas: Envejecimiento
- Cuadro A.3. Fecundidad, mortalidad infantil y materna, esperanza de vida al nacer
- Cuadro A.4. Esperanza de vida a los 20, 60, 65 y 80 años de edad, edad exacta para ambos sexos (en años)

Indicadores de población activa y empleo

- Cuadro A.5. Tasas de población activa relativa a la población de 15–64 años de edad
- Cuadro A.6. Tasas de población activa relativa a la población de 65 años y más
- Cuadro A.7. Tasa de empleo relativo a la población de 15–24 años de edad
- Cuadro A.8. Tasas de empleo relativo a la población de 15 años y más
- Cuadro A.9. Situación de empleo (al último año con datos disponibles)
- Cuadro A.10. El desempleo como porcentaje de la población activa

Indicadores económicos y de pobreza

- Cuadro A.11. La pobreza y la distribución de los ingresos
- Cuadro A.12. El PIB y el Índice de Desarrollo Humano (IDH), diversos años

Parte B. Cobertura y gasto en seguridad social

- Cuadro B.1. Ratificación de los Convenios de la OIT en materia de seguridad social, por región
- Cuadro B.2. Visión general de los sistemas nacionales de seguridad social

Desempleo

- Cuadro B.3. Desempleo: Indicadores de la cobertura efectiva. Desempleados que efectivamente perciben prestaciones (porcentajes)
- Cuadro B.4. Accidentes del trabajo y enfermedades profesionales: Características esenciales de los sistemas de seguridad social

Maternidad

- Cuadro B.5. Maternidad: Características esenciales de los sistemas de seguridad social (prestaciones monetarias)

Vejez

- Cuadro B.6. Pensiones de vejez: Características esenciales de los sistemas de seguridad social
- Cuadro B.7. Regímenes de pensiones no contributivas: Características e indicadores principales
- Cuadro B.8. Cobertura efectiva de la vejez: Cotizantes activos (al último año con datos disponibles)
- Cuadro B.9. Cobertura efectiva de la vejez: Beneficiarios de las pensiones de vejez.

Indicadores específicos sobre la salud

- Cuadro B.10. Gasto total de atención de salud (público y privado) no financiado con pagos directos de los hogares particulares (porcentaje)
- Cuadro B.11. Las dimensiones múltiples de la cobertura de salud

El gasto en la protección social

- Cuadro B.12. PGasto público en protección social, 1990 (al último año con datos disponibles) (porcentaje del PIB)
- Cuadro B.13. Gasto público en protección social por garantía (al último año con datos disponibles) (porcentaje del PIB)

Cuadro B.1. Ratificación de los Convenios de la OIT en materia de seguridad social, por región

País	Rama								
	Asistencia médica C.102 C.130	Enfermedad C.102 C.130	Desempleo C.102 C.168	Vejez C.102 C.128	Accidentes del trabajo y en- fermedades profesionales C.102 C.121	Prestaciones familiares C.102	Maternidad C.102 C.183	Invalidez C.102 C.128	Sobrevivientes C.102 C.128
África									
Benin							C.183 (2012)		
Burkina Faso							C.183 (2013)		
Congo, República Democrática del				C.102 (1987)	C.121 (1967)	C.102 (1987)		C.102 (1987)	C.102 (1987)
Guinea					C.121 (1967)				
Libia	C.102 (1975) C.130 (1975)	C.102 (1975) C.130 (1975)	C.102 (1975)	C.102 (1975) C.128 (1975)	C.102 (1975) C.121 (1975)	C.102 (1975)	C.102 (1975)	C.102 (1975) C.128 (1975)	C.102 (1975) C.128 (1975)
Mali							C.183 (2008)		
Marruecos							C.183 (2011)		
Mauritania				C.102 (1968)	C.102 (1968)	C.102 (1968)		C.102 (1968)	C.102 (1968)
Níger				C.102 (1966)	C.102 (1966)	C.102 (1966)	C.102 (1966)		
Senegal					C.102 (1962) C.121 (1966)	C.102 (1962)	C.102 (1962)		
Togo (no está en vigor)				C.102 (2013)		C.102 (2013)	C.102 (2013)		C.102 (2013)
Américas									
Barbados		C.102 (1972)		C.102 (1972) C.128 (1972)	C.102 (1972)			C.102 (1972) C.128 (1972)	C.102 (1972)
Belice							C.183 (2005)		
Bolivia, Estado Plurina- cional de	C.102 (1977) C.130 (1977)	C.102 (1977) C.130 (1977)		C.102 (1977) C.128 (1977)	C.102 (1977) C.121 (1977)	C.102 (1977)	C.102 (1977) C.183 (1977)	C.102 (1977) C.128 (1977)	C.102 (1977) C.128 (1977)
Brasil	C.102 (2009)	C.102 (2009)	C.102 (2009) C.168 (1993)	C.102 (2009)	C.102 (2009)	C.102 (2009)	C.102 (2009)	C.102 (2009)	C.102 (2009)
Chile					C.121 (1999)				
Costa Rica	C.102 (1972) C.130 (1972)	C.130 (1972)		C.102 (1972)	C.102 (1972)	C.102 (1972)	C.102 (1972)	C.102 (1972)	C.102 (1972)
Cuba							C.183 (2004)		
Ecuador	C.130 (1978)	C.102 (1974) C.130 (1978)		C.102 (1974) C.128 (1978)	C.102 (1974) C.121 (1978)			C.102 (1974) C.128 (1978)	C.102 (1974) C.128 (1978)
Honduras	C.102 (2012)	C.102 (2012)		C.102 (2012)			C.102 (2012)	C.102 (2012)	C.102 (2012)
México	C.102 (1961)	C.102 (1961)		C.102 (1961)	C.102 (1961)		C.102 (1961)	C.102 (1961)	C.102 (1961)

Cuadro B.1. Ratificación de los Convenios de la OIT en materia de seguridad social, por región

País	Rama								
	Asistencia médica C.102 C.130	Enfermedad C.102 C.130	Desempleo C.102 C.168	Vejez C.102 C.128	Accidentes del trabajo y en- fermedades profesionales C.102 C.121	Prestaciones familiares C.102	Maternidad C.102 C.183	Invalidez C.102 C.128	Sobrevivientes C.102 C.128
Perú	C.102 (1961)	C.102 (1961)		C.102 (1961)			C.102 (1961)	C.102 (1961)	
Uruguay	C.102 (2010) C.130 (1973)	C.130 (1973)	C.102 (2010)	C.128 (1973)	C.121 (1973)*	C.102 (2010)	C.102 (2010)	C.128 (1973)	C.128 (1973)
Venezuela, República Bo- livariana de	C.102 (1982) C.130 (1982)	C.102 (1982) C.130 (1982)		C.102 (1982) C.128 (1983)	C.102 (1982) C.121 (1982)		C.102 (1982)	C.102 (1982) C.128 (1983)	C.102 (1982) C.128 (1983)
Oriente Medio									
Israel				C.102 (1955)	C.102 (1955)				C.102 (1955)
Jordania (no está en vigor)				C.102 (2014)	C.102 (2014)			C.102 (2014)	C.102 (2014)
Asia									
Azerbaiyán							C.183 (2010)		
Japón		C.102 (1976)	C.102 (1976)	C.102 (1976)	C.102 (1976) C.121 (1974)*				
Kazajstán							C.183 (2012)		
Europa									
Albania	C.102 (2006)	C.102 (2006)	C.102 (2006) C.168 (2006)	C.102 (2006)	C.102 (2006)		C.102 (2006) C.183 (2004)	C.102 (2006)	C.102 (2006)
Austria	C.102 (1969)		C.102 (1978)	C.102 (1969) C.128 (1969)		C.102 (1969)	C.102 (1969) C.183 (2004)		
Belarús							C.183 (2004)		
Bélgica	C.102 (1959)	C.102 (1959)	C.102 (1959) C.168 (2011)	C.102 (1959)	C.102 (1959) C.121 (1970)	C.102 (1959)	C.102 (1959)	C.102 (1959)	C.102 (1959)
Bosnia y Herzegovina	C.102 (1993)	C.102 (1993)	C.102 (1993)	C.102 (1993)	C.102 (1993) C.121 (1993)		C.102 (1993) C.183 (2012)		C.102 (1993)
Bulgaria	C.102 (2008)	C.102 (2008)		C.102 (2008)	C.102 (2008)	C.102 (2008)	C.102 (2008) C.183 (2001)		C.102 (2008)
Croacia	C.102 (1991)	C.102 (1991)	C.102 (1991)	C.102 (1991)	C.102 (1991) C.121 (1991)		C.102 (1991)		C.102 (1991)
Chipre		C.102 (1991)	C.102 (1991)	C.102 (1991)	C.102 (1991) C.121 (1966)		C.183 (2005)	C.102 (1991)	C.102 (1991) C.128 (1969)

Cuadro B.1. Ratificación de los Convenios de la OIT en materia de seguridad social, por región

País	Rama								
	Asistencia médica C.102 C.130	Enfermedad C.102 C.130	Desempleo C.102 C.168	Vejez C.102 C.128	Accidentes del trabajo y en- fermedades profesionales C.102 C.121	Prestaciones familiares C.102	Maternidad C.102 C.183	Invalidez C.102 C.128	Sobrevivientes C.102 C.128
República Checa	C.102 (1993) C.130 (1993)	C.102 (1993) C.130 (1993)		C.102 (1993) C.128 (1993)		C.102 (1993)	C.102 (1993)	C.102 (1993)	C.102 (1993)
Dinamarca	C.102 (1955) C.130 (1978)	C.130 (1978)	C.102 (1955)	C.102 (1955)	C.102 (1955)			C.102 (1955)	
Francia	C.130 (1974)	C.130 (1974)	C.168 (1990)	C.128 (1976)	C.121 (1968)*			C.128 (1976)	C.128 (1976)
Finlandia	C.102 (1974)		C.102 (1974)	C.102 (1974)	C.102 (1974)	C.102 (1974)	C.102 (1974)	C.102 (1974)	
Alemania	C.102 (1958) C.130 (1974)	C.102 (1958) C.130 (1974)	C.102 (1958)	C.102 (1958) C.128 (1971)	C.102 (1958) C.121 (1972)	C.102 (1958)	C.102 (1958)	C.102 (1958) C.128 (1971)	C.102 (1958) C.128 (1971)
Grecia	C.102 (1955)	C.102 (1955)	C.102 (1955)	C.102 (1955)	C.102 (1955)		C.102 (1955)	C.102 (1955)	C.102 (1955)
Hungría							C.183 (2003)		
Islandia				C.102 (1961)		C.102 (1961)		C.102 (1961)	
Irlanda		C.102 (1968)	C.102 (1968)		C.121 (1969)				C.102 (1968)
Italia				C.102 (1956)		C.102 (1956)	C.102 (1956) C.183 (2001)		
Letonia							C.183 (2009)		
Lituania							C.183 (2003)		
Luxemburgo	C.102 (1964) C.130 (1980)	C.102 (1964) C.130 (1980)	C.102 (1964)	C.102 (1964)	C.102 (1964) C.121 (1972)	C.102 (1964)	C.102 (1964) C.183 (2008)	C.102 (1964)	C.102 (1964)
Moldova, República de							C.183 (2006)		
Montenegro	C.102 (2006)	C.102 (2006)	C.102 (2006)	C.102 (2006)	C.102 (2006) C.121 (2006)		C.102 (2006) C.183 (2012)		C.102 (2006)
Países Bajos	C.102 (1962) C.130 (2006)	C.102 (1962) C.130 (2006)	C.102 (1962)	C.102 (1962) C.128 (1969)	C.102 (1962) C.121 (1966)*	C.102 (1962)	C.102 (1962) C.183 (2009)	C.102 (1962) C.128 (1969)	C.102 (1962) C.128 (1969)
Noruega	C.102 (1954) C.130 (1972)	C.102 (1954) C.130 (1972)	C.102 (1954) C.168 (1990)	C.102 (1954) C.128 (1968)	C.102 (1954)	C.102 (1954)		C.128 (1968)	C.128 (1968)
Polonia	C.102 (2003)			C.102 (2003)		C.102 (2003)	C.102 (2003)		C.102 (2003)
Portugal	C.102 (1994)	C.102 (1994)	C.102 (1994)	C.102 (1994)	C.102 (1994)	C.102 (1994)	C.102 (1994) C.183 (2012)	C.102 (1994)	C.102 (1994)
Rumania	C.102 (2009)	C.102 (2009)	C.168 (1992)	C.102 (2009)		C.102 (2009)	C.102 (2009) C.183 (2002)		
Serbia	C.102 (2000)	C.102 (2000)	C.102 (2000)	C.102 (2000)	C.102 (2000) C.121 (2000)		C.102 (2000) C.183 (2010)		C.102 (2000)

Cuadro B.1. Ratificación de los Convenios de la OIT en materia de seguridad social, por región

País	Rama								
	Asistencia médica C.102 C.130	Enfermedad C.102 C.130	Desempleo C.102 C.168	Vejez C.102 C.128	Accidentes del trabajo y en- fermedades profesionales C.102 C.121	Prestaciones familiares C.102	Maternidad C.102 C.183	Invalidez C.102 C.128	Sobrevivientes C.102 C.128
Eslovaquia	C.102 (1993) C.130 (1993)	C.102 (1993) C.130 (1993)		C.102 (1993) C.128 (1993)		C.102 (1993)	C.102 (1993) C.183 (2000)	C.102 (1993)	C.102 (1993)
Eslovenia	C.102 (1992)	C.102 (1992)	C.102 (1992)	C.102 (1992)	C.102 (1992) C.121 (1992)		C.102 (1992) C.183 (2010)		C.102 (1992)
España	C.102 (1988)	C.102 (1988)	C.102 (1988)		C.102 (1988)				
Suecia	C.102 (1953) C.130 (1970)	C.102 (1953) C.130 (1970)	C.102 (1953) C.168 (1990)	C.128 (1968)	C.102 (1953) C.121 (1969)	C.102 (1953)	C.102 (1953)	C.128 (1968)	C.128 (1968)
Suiza			C.168 (1990)	C.102 (1977) C.128 (1977)	C.102 (1977)	C.102 (1977)		C.102 (1977) C.128 (1977)	C.102 (1977) C.128 (1977)
Ex República Yuoslava de Macedonia	C.102 (1991)	C.102 (1991)	C.102 (1991)	C.102 (1991)	C.102 (1991) C.121 (1991)		C.102 (1991) C.183 (2012)		C.102 (1991)
Turquía	C.102 (1975)	C.102 (1975)		C.102 (1975)	C.102 (1975)		C.102 (1975)	C.102 (1975)	C.102 (1975)
Reino Unido	C.102 (1954)	C.102 (1954)	C.102 (1954)	C.102 (1954)		C.102 (1954)			C.102 (1954)

* Ha aceptado el texto de la Lista de Enfermedades Profesionales (Cuadro I) modificada por la CIT en su 66ª Reunión (1980).

OIT (Oficina Internacional del Trabajo): Normas Internacionales del Trabajo de la OIT y base de datos de la legislación nacional de los países (NORMLEX) (que incorpora las antiguas bases de datos ILOLEX y NATLEX).
Disponible en: <http://www.ilo.org/dyn/normlex/en/> [20 de abril, 2014].

Cuadro B.2 Visión general de los sistemas nacionales de seguridad social

País	Número de áreas de políticas cubiertas por al menos un régimen		Existencia de un régimen o regímenes consagrados en la legislación nacional							
	Número de áreas de políticas cubiertas por al menos un régimen	Número de áreas de políticas de seguridad social cubiertas al menos por un régimen	Enfermedad (monetaria)	Maternidad (monetaria) ¹	Vejez ²	Accidentes del trabajo y enfermedades profesionales ³	Invalidez	Sobrevivientes	Asignaciones familiares	Desempleo ⁴
África										
Argelia	8	Alcance integral de la cobertura legal | 8	●	●	●	●	●	●	●	●
Angola	...	...	...	●	●	●	●	●	...	...
Benin	6	Alcance limitado de la cobertura legal | 5 a 6	▲	●	●	●	●	●	●	Ninguno
Botswana	4	Alcance muy limitado de la cobertura legal | 1 a 4	▲	▲	●	●	Ninguno	●	●	▲
Burkina Faso	6	Alcance limitado de la cobertura legal | 5 a 6	▲	●	●	●	●	●	●	Ninguno
Burundi	6	Alcance limitado de la cobertura legal | 5 a 6	●	▲	●	●	●	●	●	Ninguno
Camerún	6	Alcance limitado de la cobertura legal | 5 a 6	▲	●	●	●	●	●	●	▲
Cabo Verde	7	Alcance semi-integral | 7	●	●	●	●	●	●	●	Ninguno
República Centroafricana	6	Alcance limitado de la cobertura legal | 5 a 6	▲	●	●	●	●	●	●	Ninguno
Chad	6	Alcance limitado de la cobertura legal | 5 a 6	▲	●	●	●	●	●	●	Ninguno
Congo	6	Alcance limitado de la cobertura legal | 5 a 6	▲	●	●	●	●	●	●	Ninguno
Congo, República Democrática del	6	Alcance limitado de la cobertura legal | 5 a 6	▲	●	●	●	●	●	●	Ninguno
Côte d'Ivoire	6	Alcance limitado de la cobertura legal | 5 a 6	△	●	●	●	●	●	●	▲
Djibouti	6	Alcance limitado de la cobertura legal | 5 a 6	●	●	●	●	Ninguno	●	●	Ninguno
Egipto	7	Alcance semi-integral | 7	●	●	●	●	●	●	Ninguno	●
Guinea Ecuatorial	7	Alcance semi-integral | 7	●	●	●	●	●	●	●	Ninguno
Eritrea	...	...	...	▲	...	...	...	...	...	Ninguno
Etiopía	4	Alcance muy limitado de la cobertura legal | 1 a 4	▲	▲	●	●	●	●	Ninguno	▲
Gabón	6	Alcance limitado de la cobertura legal | 5 a 6	▲	●	●	●	●	●	●	▲
Gambia	4	Alcance muy limitado de la cobertura legal | 1 a 4	Ninguno	▲	●	●	●	●	Ninguno	Ninguno
Ghana	4	Alcance muy limitado de la cobertura legal | 1 a 4	△	▲	●	●	●	●	Ninguno	Ninguno
Guinea	7	Alcance semi-integral | 7	●	●	●	●	●	●	●	Ninguno
Guinea-Bissau	...	...	...	▲	●	●	●	●	...	Ninguno
Kenya	4	Alcance muy limitado de la cobertura legal | 1 a 4	▲	▲	●	●	●	●	Ninguno	Ninguno

Cuadro B.2 Visión general de los sistemas nacionales de seguridad social

País	Número de áreas de políticas cubiertas por al menos un régimen		Existencia de un régimen o regímenes consagrados en la legislación nacional							
	Número de áreas de políticas cubiertas por al menos un régimen	Número de áreas de políticas de seguridad social (ramas) cubiertas al menos por un régimen	Enfermedad (monetaria)	Maternidad (monetaria) ¹	Vejez ²	Accidentes del trabajo y enfermedades profesionales ³	Invalidez	Sobrevivientes	Asignaciones familiares	Desempleo ⁴
Lesotho	3	Alcance muy limitado de la cobertura legal | 1 a 4	▲	▲	●	●	●	●	...	▲
Liberia	4	Alcance muy limitado de la cobertura legal | 1 a 4	Ninguno	Ninguno	●	●	●	●	Ninguno	Ninguno
Libia	6	Alcance limitado de la cobertura legal | 5 a 6	●	●	●	●	●	●	Ninguno	▲
Madagascar	6	Alcance limitado de la cobertura legal | 5 a 6	▲	●	●	●	●	●	●	Ninguno
Malawi	1	Alcance muy limitado de la cobertura legal | 1 a 4	△	▲	●	●	Ninguno	Ninguno	Ninguno	Ninguno
Malí	6	Alcance limitado de la cobertura legal | 5 a 6	▲	●	●	●	●	●	●	Ninguno
Mauritania	6	Alcance limitado de la cobertura legal | 5 a 6	△	●	●	●	●	●	●	Ninguno
Mauricio	6	Alcance limitado de la cobertura legal | 5 a 6	▲	▲	●	●	●	●	●	⊖
Marruecos	7	Alcance semi-integral | 7	●	●	●	●	●	●	●	▲
Mozambique	6	Alcance limitado de la cobertura legal | 5 a 6	●	●	●	...	●	●	●	Ninguno
Namibia	7	Alcance semi-integral | 7	●	●	●	●	●	●	●	▲
Níger	6	Alcance limitado de la cobertura legal | 5 a 6	▲	●	●	●	●	●	●	Ninguno
Nigeria	4	Alcance muy limitado de la cobertura legal | 1 a 4	△	▲	●	●	●	●	Ninguno	▲
Reunión	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Rwanda	4	Alcance muy limitado de la cobertura legal | 1 a 4	▲	▲	●	●	●	●	Ninguno	▲
Santo Tomé y Príncipe	6	Alcance limitado de la cobertura legal | 5 a 6	●	●	●	●	●	●	Ninguno	Ninguno
Senegal	5	Alcance limitado de la cobertura legal | 5 a 6	△	●	●	●	Ninguno	●	●	Ninguno
Seychelles	7	Alcance semi-integral | 7	●	●	●	●	●	●	Ninguno	●
Sierra Leona	4	Alcance muy limitado de la cobertura legal | 1 a 4	Ninguno	Ninguno	●	●	●	●	Ninguno	Ninguno
Somalia	...	...	...	▲	...	...	...	...	Ninguno	Ninguno
Sudáfrica	8	Alcance integral de la cobertura legal | 8	●	●	●	●	●	●	●	●
Sudán del Sur	...	...	...	...	...	...	...	...	...	Ninguno
Sudán	4	Alcance muy limitado de la cobertura legal | 1 a 4	Ninguno	▲	●	●	●	●	Ninguno	Ninguno
Swazilandia	4	Alcance muy limitado de la cobertura legal | 1 a 4	Ninguno	△	●	●	●	●	Ninguno	Ninguno
Tanzania, República Unida de	5	Alcance limitado de la cobertura legal | 5 a 6	△	●	●	●	●	●	Ninguno	▲
Togo	6	Alcance limitado de la cobertura legal | 5 a 6	▲	●	●	●	●	●	●	Ninguno

Cuadro B.2 Visión general de los sistemas nacionales de seguridad social

País	Número de áreas de políticas cubiertas por al menos un régimen		Existencia de un régimen o regímenes consagrados en la legislación nacional							
	Número de áreas de políticas cubiertas por al menos un régimen	Número de áreas de políticas de seguridad social cubiertas al menos por un régimen	Enfermedad (monetaria)	Maternidad (monetaria) ¹	Vejez ²	Accidentes del trabajo y enfermedades profesionales ³	Invalidez	Sobrevivientes	Asignaciones familiares	Desempleo ⁴
Túnez	8	Alcance integral de la cobertura legal | 8	●	●	●	●	●	●	●	●
Uganda	4	Alcance muy limitado de la cobertura legal | 1 a 4	△	▲	●	●	●	●	Ninguno	▲
Zambia	4	Alcance muy limitado de la cobertura legal | 1 a 4	△	Ninguno	●	●	●	●	Ninguno	Ninguno
Zimbabwe	4	Alcance muy limitado de la cobertura legal | 1 a 4	Ninguno	▲	●	●	●	●	Ninguno	Ninguno
Asia										
Afganistán	...	...	...	▲	...	...	...	...	...	Ninguno
Armenia	8	Alcance integral de la cobertura legal | 8	●	●	●	●	●	●	●	●
Azerbaiyán	8	Alcance integral de la cobertura legal | 8	●	●	●	●	●	●	●	●
Bahrein	5	Disposición legal limitada | 5 a 6	Ninguno	▲	●	●	●	●	Ninguno	●
Bangladesh	4	Alcance muy limitado de la cobertura legal | 1 a 4	●	●	●	●	Ninguno	Ninguno	Ninguno	▲
Bután	...	...	...	...	●	●	●	●	...	Ninguno
Brunei Darussalam	4	Alcance muy limitado de la cobertura legal | 1 a 4	△	▲	●	●	●	●	Ninguno	Ninguno
Camboya	...	...	...	▲	...	...	...	...	...	▲
China	8	Alcance integral de la cobertura legal | 8	●	●	●	●	●	●	●	●
Georgia	7	Alcance semi-integral | 7	●	●	●	●	●	●	●	▲
Hong Kong, China	8	Alcance integral de la cobertura legal | 8	●	●	●	●	●	●	●	●
India	7	Alcance semi-integral | 7	●	●	●	●	●	●	Ninguno	●
Indonesia	4	Alcance muy limitado de la cobertura legal | 1 a 4	△	▲	●	●	●	●	Ninguno	▲
Irán, República Islámica del	8	Alcance integral de la cobertura legal | 8	●	●	●	●	●	●	●	●
Iraq	...	...	...	▲	...	...	...	...	...	Ninguno
Israel	8	Alcance integral de la cobertura legal | 8	●	●	●	●	●	●	●	●
Japón	8	Alcance integral de la cobertura legal | 8	●	●	●	●	●	●	●	●
Jordania	6	Alcance limitado de la cobertura legal | 5 a 6	△	●	●	●	●	●	Ninguno	●
Kazajstán	8	Alcance integral de la cobertura legal | 8	●	●	●	●	●	●	●	●
Corea, República Democrática Popular de	...	...	...	...	...	...	...	...	...	Ninguno
Corea, República de	5	Alcance limitado de la cobertura legal | 5 a 6	△	▲	●	●	●	●	Ninguno	●

Cuadro B.2 Visión general de los sistemas nacionales de seguridad social

País	Número de áreas de políticas cubiertas por al menos un régimen		Existencia de un régimen o regímenes consagrados en la legislación nacional							
	Número de áreas de políticas cubiertas por al menos un régimen	Número de áreas de políticas de seguridad social (ramas) cubiertas al menos por un régimen	Enfermedad (monetaria)	Maternidad (monetaria) ¹	Vejez ²	Accidentes del trabajo y enfermedades profesionales ³	Invalidez	Sobrevivientes	Asignaciones familiares	Desempleo ⁴
Kuwait	4	Alcance muy limitado de la cobertura legal | 1 a 4	■	▲	●	●	●	●	Ninguno	Ninguno
Kirguistán	8	Alcance integral de la cobertura legal | 8	●	●	●	●	●	●	●	●
República Democrática Popular Lao	6	Alcance limitado de la cobertura legal | 5 a 6	●	●	●	●	●	●	Ninguno	Ninguno
Líbano	6	Alcance limitado de la cobertura legal | 5 a 6	△	●	●	●	●	●	●	Ninguno
Macao, China	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Malasia	4	Alcance muy limitado de la cobertura legal | 1 a 4	△	▲	●	●	●	●	Ninguno	▲
Maldivas	...	...	△	...	●	...	●	●	...	Ninguno
Mongolia	8	Alcance integral de la cobertura legal | 8	●	●	●	●	●	●	●	●
Myanmar ⁵	3	Alcance muy limitado de la cobertura legal | 1 a 4	●	●	▲	●	▲	▲	Aún no	Aún no
Nepal	4	Alcance muy limitado de la cobertura legal | 1 a 4	▲	▲	●	●	●	●	Ninguno	▲
Territorios Palestinos Ocupados	...	...	...	●	...	...	...	...	...	Ninguno
Omán	4	Alcance muy limitado de la cobertura legal | 1 a 4	Ninguno	▲	●	●	●	●	Ninguno	Ninguno
Pakistán	6	Alcance limitado de la cobertura legal | 5 a 6	●	●	●	●	●	●	Ninguno	▲
Filipinas	6	Alcance limitado de la cobertura legal | 5 a 6	●	●	●	●	●	●	Ninguno	▲
Qatar	...	Alcance muy limitado de la cobertura legal | 1 a 4	...	▲	●	...	●	●	Ninguno	Ninguno
Saudi Arabia	5	Alcance limitado de la cobertura legal | 5 a 6	▲	▲	●	●	●	●	Ninguno	●
Singapur	7	Alcance semi-integral | 7	●	●	●	●	●	●	●	Ninguno
Sri Lanka	5	Alcance limitado de la cobertura legal | 5 a 6	△	▲	●	●	●	●	●	▲
República Árabe Siria	4	Alcance muy limitado de la cobertura legal | 1 a 4	Ninguno	▲	●	●	●	●	Ninguno	▲
Taiwán, China	7	Alcance semi-integral | 7	●	●	●	●	●	●	Ninguno	●
Tayikistán	6	Alcance limitado de la cobertura legal | 5 a 6	●	●	●	...	●	●	...	●
Tailandia	8	Alcance integral de la cobertura legal | 8	●	●	●	●	●	●	●	●
Timor Oriental	...	...	...	▲	●	...	...	...	Ninguno	Ninguno
Turkmenistán	8	Alcance integral de la cobertura legal | 8	●	●	●	●	●	●	●	●
Emiratos Árabes Unidos	...	...	...	▲	...	...	...	...	...	▲
Uzbekistán	8	Alcance integral de la cobertura legal | 8	●	●	●	●	●	●	●	●

Cuadro B.2 Visión general de los sistemas nacionales de seguridad social

País	Número de áreas de políticas cubiertas por al menos un régimen		Existencia de un régimen o regímenes consagrados en la legislación nacional							
	Número de áreas de políticas cubiertas por al menos un régimen	Número de áreas de políticas de seguridad social cubiertas al menos por un régimen	Enfermedad (monetaria)	Maternidad (monetaria) ¹	Vejez ²	Accidentes del trabajo y enfermedades profesionales ³	Invalidez	Sobrevivientes	Asignaciones familiares	Desempleo ⁴
Viet Nam	7	Alcance semi-integral | 7	●	●	●	●	●	●	Ninguno	●
Yemen	5	Alcance limitado de la cobertura legal | 5 a 6	●	▲	●	●	●	●	Ninguno	▲
Europa										
Albania	8	Alcance integral de la cobertura legal | 8	●	●	●	●	●	●	●	●
Andorra	8	Alcance integral de la cobertura legal | 8	●	●	●	●	●	●	●	●
Austria	8	Alcance integral de la cobertura legal | 8	●	●	●	●	●	●	●	●
Belarús	8	Alcance integral de la cobertura legal | 8	●	●	●	●	●	●	●	●
Bélgica	8	Alcance integral de la cobertura legal | 8	●	●	●	●	●	●	●	●
Bosnia y Herzegovina	8	Alcance integral de la cobertura legal | 8	●	●	●	●	●	●	●	●
Bulgaria	8	Alcance integral de la cobertura legal | 8	●	●	●	●	●	●	●	●
Croacia	8	Alcance integral de la cobertura legal | 8	●	●	●	●	●	●	●	●
Chipre	8	Alcance integral de la cobertura legal | 8	●	●	●	●	●	●	●	●
República Checa	8	Alcance integral de la cobertura legal | 8	●	●	●	●	●	●	●	●
Dinamarca	8	Alcance integral de la cobertura legal | 8	●	●	●	●	●	●	●	●
Estonia	8	Alcance integral de la cobertura legal | 8	●	●	●	●	●	●	●	●
Finlandia	8	Alcance integral de la cobertura legal | 8	●	●	●	●	●	●	●	●
Francia	8	Alcance integral de la cobertura legal | 8	●	●	●	●	●	●	●	●
Alemania	8	Alcance integral de la cobertura legal | 8	●	●	●	●	●	●	●	●
Grecia	8	Alcance integral de la cobertura legal | 8	●	●	●	●	●	●	●	●
Guernsey	8	Alcance integral de la cobertura legal | 8	●	●	●	●	●	●	●	●
Hungría	8	Alcance integral de la cobertura legal | 8	●	●	●	●	●	●	●	●
Islandia	8	Alcance integral de la cobertura legal | 8	●	●	●	●	●	●	●	●
Irlanda	8	Alcance integral de la cobertura legal | 8	●	●	●	●	●	●	●	●
Isla de Man	8	Alcance integral de la cobertura legal | 8	●	●	●	●	●	●	●	●
Italia	8	Alcance integral de la cobertura legal | 8	●	●	●	●	●	●	●	●
Jersey	8	Alcance integral de la cobertura legal | 8	●	●	●	●	●	●	●	●
Kosovo	8	Alcance integral de la cobertura legal | 8	●	●	●	●	●	●	●	●

Cuadro B.2 Visión general de los sistemas nacionales de seguridad social

País	Número de áreas de políticas cubiertas por al menos un régimen		Existencia de un régimen o regímenes consagrados en la legislación nacional							
	Número de áreas de políticas cubiertas por al menos un régimen	Número de áreas de políticas de seguridad social (ramas) cubiertas al menos por un régimen	Enfermedad (monetaria)	Maternidad (monetaria) ¹	Vejez ²	Accidentes del trabajo y enfermedades profesionales ³	Invalidez	Sobrevivientes	Asignaciones familiares	Desempleo ⁴
Letonia	8	Alcance integral de la cobertura legal | 8	●	●	●	●	●	●	●	●
Liechtenstein	8	Alcance integral de la cobertura legal | 8	●	●	●	●	●	●	●	●
Lituania	8	Alcance integral de la cobertura legal | 8	●	●	●	●	●	●	●	●
Luxemburgo	8	Alcance integral de la cobertura legal | 8	●	●	●	●	●	●	●	●
Malta	8	Alcance integral de la cobertura legal | 8	●	●	●	●	●	●	●	●
Moldova, República de	8	Alcance integral de la cobertura legal | 8	●	●	●	●	●	●	●	●
Mónaco	8	Alcance integral de la cobertura legal | 8	●	●	●	●	●	●	●	●
Montenegro	8	Alcance integral de la cobertura legal | 8	●	●	●	●	●	●	●	●
Países Bajos	8	Alcance integral de la cobertura legal | 8	●	●	●	●	●	●	●	●
Noruega	8	Alcance integral de la cobertura legal | 8	●	●	●	●	●	●	●	●
Polonia	8	Alcance integral de la cobertura legal | 8	●	●	●	●	●	●	●	●
Portugal	8	Alcance integral de la cobertura legal | 8	●	●	●	●	●	●	●	●
Rumania	8	Alcance integral de la cobertura legal | 8	●	●	●	●	●	●	●	●
Federación de Rusia	8	Alcance integral de la cobertura legal | 8	●	●	●	●	●	●	●	●
San Marino	8	Alcance integral de la cobertura legal | 8	●	●	●	●	●	●	●	●
Serbia	8	Alcance integral de la cobertura legal | 8	●	●	●	●	●	●	●	●
Eslovaquia	8	Alcance integral de la cobertura legal | 8	●	●	●	●	●	●	●	●
Eslovenia	8	Alcance integral de la cobertura legal | 8	●	●	●	●	●	●	●	●
España	8	Alcance integral de la cobertura legal | 8	●	●	●	●	●	●	●	●
Suecia	8	Alcance integral de la cobertura legal | 8	●	●	●	●	●	●	●	●
Suiza	8	Alcance integral de la cobertura legal | 8	●	●	●	●	●	●	●	●
Ex República Yugoslava de Macedonia	8	Alcance integral de la cobertura legal | 8	●	●	●	●	●	●	●	●
Turquía	7	Alcance semi-integral | 7	●	●	●	●	●	●	Ninguno	●
Ucrania	8	Alcance integral de la cobertura legal | 8	●	●	●	●	●	●	●	●
Reino Unido	8	Alcance integral de la cobertura legal | 8	●	●	●	●	●	●	●	●

Cuadro B.2 Visión general de los sistemas nacionales de seguridad social

País	Número de áreas de políticas cubiertas por al menos un régimen		Existencia de un régimen o regímenes consagrados en la legislación nacional							
	Número de áreas de políticas cubiertas por al menos un régimen	Número de áreas de políticas de seguridad social cubiertas al menos por un régimen	Enfermedad (monetaria)	Maternidad (monetaria) ¹	Vejez ²	Accidentes del trabajo y enfermedades profesionales ³	Invalidez	Sobrevivientes	Asignaciones familiares	Desempleo ⁴
América Latina y el Caribe										
Antigua y Barbuda	5	Alcance limitado de la cobertura legal | 5 a 6	●	●	●	Ninguno	●	●	Ninguno	Ninguno
Argentina	8	Alcance integral de la cobertura legal | 8	●	●	●	●	●	●	●	●
Bahamas	6	Alcance limitado de la cobertura legal | 5 a 6	●	●	●	●	●	●	Ninguno	Ninguno
Barbados	7	Alcance semi-integral | 7	●	●	●	●	●	●	Ninguno	●
Belice	6	Alcance limitado de la cobertura legal | 5 a 6	●	●	●	●	●	●	Ninguno	Ninguno
Bermuda	4	Alcance muy limitado de la cobertura legal | 1 a 4	▲	▲	●	●	●	●	Ninguno	Ninguno
Bolivia, Estado Plurinacional de	7	Alcance semi-integral | 7	●	●	●	●	●	●	●	▲
Brasil	8	Alcance integral de la cobertura legal | 8	●	●	●	●	●	●	●	●
Islas Vírgenes Británicas	6	Alcance limitado de la cobertura legal | 5 a 6	●	●	●	●	●	●	●	Ninguno
Chile	8	Alcance integral de la cobertura legal | 8	●	●	●	●	●	●	●	●
Colombia	8	Alcance integral de la cobertura legal | 8	●	●	●	●	●	●	●	●
Costa Rica	7	Alcance semi-integral | 7	●	●	●	●	●	●	●	▲
Cuba	6	Alcance limitado de la cobertura legal | 5 a 6	●	●	●	●	●	●	Ninguno ⁶	Ninguno
Dominica	6	Alcance limitado de la cobertura legal | 5 a 6	●	●	●	●	●	●	Ninguno ⁷	Ninguno
República Dominicana	7	Alcance semi-integral | 7	●	●	●	●	●	●	●	Ninguno
Ecuador	7	Alcance semi-integral | 7	●	●	●	●	●	●	Ninguno ⁸	●
El Salvador	6	Alcance limitado de la cobertura legal | 5 a 6	●	●	●	●	●	●	Ninguno	Ninguno
Granada	6	Alcance limitado de la cobertura legal | 5 a 6	●	●	●	●	●	●	Ninguno	Ninguno
Guadalupe	...	...	●	●	●	●	●	●	...	...
Guatemala	6	Alcance limitado de la cobertura legal | 5 a 6	●	●	●	●	●	●	Ninguno	Ninguno
Guyana	6	Alcance limitado de la cobertura legal | 5 a 6	●	●	●	●	●	●	Ninguno	Ninguno
Guyana Francesa	...	...	...	...	●	●	●	●	...	...
Haití	4	Alcance muy limitado de la cobertura legal | 1 a 4	Ninguno	▲	●	●	●	●	Ninguno	Ninguno
Honduras	6	Alcance limitado de la cobertura legal | 5 a 6	●	●	●	●	●	●	Ninguno	Ninguno
Jamaica	6	Alcance limitado de la cobertura legal | 5 a 6	▲	●	●	●	●	●	●	Ninguno
Martinica	...	...	...	●	●	●	●	●	●	...

Cuadro B.2 Visión general de los sistemas nacionales de seguridad social

País	Número de áreas de políticas cubiertas por al menos un régimen		Existencia de un régimen o regímenes consagrados en la legislación nacional							
	Número de áreas de políticas cubiertas por al menos un régimen	Número de áreas de políticas de seguridad social (ramas) cubiertas al menos por un régimen	Enfermedad (monetaria)	Maternidad (monetaria) ¹	Vejez ²	Accidentes del trabajo y enfermedades profesionales ³	Invalidez	Sobrevivientes	Asignaciones familiares	Desempleo ⁴
México	7	Alcance semi-integral | 7	●	●	●	●	●	●	●	▲
Antillas Holandesas	...	...	●	●	●	●	●	●	●	...
Nicaragua	7	Alcance semi-integral | 7	●	●	●	●	●	●	●	Ninguno
Panamá	6	Alcance limitado de la cobertura legal | 5 a 6	●	●	●	●	●	●	Ninguno	▲
Paraguay	6	Alcance limitado de la cobertura legal | 5 a 6	●	●	●	●	●	●	▲	Ninguno
Perú	6	Alcance limitado de la cobertura legal | 5 a 6	●	●	●	●	●	●	Ninguno	▲
Puerto Rico	...	...	●	●	...	●	●	●	...	...
Saint Kits y Neves	6	Alcance limitado de la cobertura legal | 5 a 6	●	●	●	●	●	●	Ninguno	Ninguno
Santa Lucía	6	Alcance limitado de la cobertura legal | 5 a 6	●	●	●	●	●	●	Ninguno	Ninguno
San Vicente y las Granadinas	6	Alcance limitado de la cobertura legal | 5 a 6	●	●	●	●	●	●	Ninguno	Ninguno
Suriname	...	...	...	...	...	...	...	...	...	Ninguno
Trinidad y Tobago	7	Alcance semi-integral | 7	●	●	●	●	●	●	●	Ninguno
Uruguay	8	Alcance integral de la cobertura legal | 8	●	●	●	●	●	●	●	●
Venezuela, República Bolivariana de	7	Alcance semi-integral | 7	●	●	●	●	●	●	Ninguno	●
América del Norte										
Canadá	8	Alcance integral de la cobertura legal | 8	●	●	●	●	●	●	●	●
Estados Unidos	8	Alcance integral de la cobertura legal | 8	●	●	●	●	●	●	●	●
Oceanía										
Australia	8	Alcance integral de la cobertura legal | 8	●	●	●	●	●	●	●	●
Fiji	5	Alcance limitado de la cobertura legal | 5 a 6	Ninguno	▲	●	●	●	●	●	Ninguno
Kiribati	4	Alcance muy limitado de la cobertura legal | 1 a 4	Ninguno	▲	●	●	●	●	Ninguno	Ninguno
Islas Marshall	3	Alcance muy limitado de la cobertura legal | 1 a 4	△	△	●	Ninguno	●	●	Ninguno	Ninguno
Micronesia, Estados Federados de	3	Alcance muy limitado de la cobertura legal | 1 a 4	Ninguno	Ninguno	●	Ninguno	●	●	Ninguno	Ninguno

Cuadro B.2 Visión general de los sistemas nacionales de seguridad social

País	Número de áreas de políticas cubiertas por al menos un régimen		Existencia de un régimen o regímenes consagrados en la legislación nacional							
	Número de áreas de políticas cubiertas por al menos un régimen	Número de áreas de políticas de seguridad social (ramas) cubiertas al menos por un régimen	Enfermedad (monetaria)	Maternidad (monetaria) ¹	Vejez ²	Accidentes del trabajo y enfermedades profesionales ³	Invalidez	Sobrevivientes	Asignaciones familiares	Desempleo ⁴
Nauru	...	...	...	...	...	...	...	...	...	Ninguno
Nueva Zelanda	8	Alcance integral de la cobertura legal | 8	●	●	●	●	●	●	●	●
Niue	...	...	...	...	...	...	...	...	...	Ninguno
Palaos, República de	3	Alcance muy limitado de la cobertura legal | 1 a 4	Ninguno	Ninguno	●	Ninguno	●	●	Ninguno	Ninguno
Papua Nueva Guinea	4	Alcance muy limitado de la cobertura legal | 1 a 4	▲	Ninguno	●	●	●	●	Ninguno	Ninguno
Samoa	4	Alcance muy limitado de la cobertura legal | 1 a 4	...	...	●	●	●	●	Ninguno	Ninguno
Islas Salomón	4	Alcance limitado de la cobertura legal | 5 a 6	Ninguno	Ninguno	●	●	●	●	Ninguno	▲
Tonga	...	Sin información	...	...	●	●	●	●	...	Ninguno
Tuvalu	...	Sin información	...	...	●	●	●	●	...	▲
Vanuatu	3	Alcance muy limitado de la cobertura legal | 1 a 4	▲	▲	●	Ninguno	●	●	Ninguno	▲

Fuente principal

SSA (Administración de la Seguridad Social de los Estados Unidos); AISS (Asociación Internacional de Seguridad Social). Social Security Programs Throughout the World (Washington, D.C. y Ginebra): The Americas, 2013; Europe, 2012; Asia and the Pacific, 2012; Africa, 2013. Disponible en: <http://www.ssa.gov/policy/docs/progdesc/ssptw/> [8 de junio, 2014].

Otras fuentes

Consejo de Europa: Sistema de Información Mutua sobre Protección Social del Consejo de Europa (MISSCEO) (Estrasburgo). Disponible en: http://www.coe.int/t/dg3/socialpolicies/socialsecurity/missceo/missceo_EN.asp [8 de junio, 2014].

Comisión Europea: Sistema de Información Mutua sobre Protección Social (MISSOC). Disponible en: <http://www.missoc.org/MISSOC/MISSOCII/MISSOCII/index.htm> [6 de junio, 2014].

OIT (Oficina Internacional del Trabajo). Normas Internacionales del Trabajo de la OIT y base de datos de la legislación nacional de los países (NORMLEX) (que incorpora las antiguas bases de datos ILOLEX y NATLEX).

Disponible en: <http://www.ilo.org/dyn/normlex/en/> [8 de junio, 2014].

—. 2010. Perfil del sistema de seguridad social de Kosovo (Budapest, ETD y Oficina de País de la OIT para Europa Central y del Este). Legislación nacional.

Notas

...: No está disponible

Símbolos

- Al menos un régimen consagrado en la legislación nacional
- La legislación aún no se implementa.
- ▲ Prestación limitada (p.ej., sólo el código de trabajo)..
- △ Sólo prestaciones en especie (p.ej., asistencia médica).

¹ Detalles adicionales en el cuadro B.5 Maternidad: Características fundamentales de los principales regímenes de seguridad social (prestaciones monetarias) (<http://www.social-protection.org/gimi/gess/RessourceDownload.action?ressource.ressourceid=37580>).

² Detalles adicionales en el cuadro B.6. Pensiones de vejez: Características fundamentales de los principales regímenes de seguridad social (<http://www.social-protection.org/gimi/gess/RessourceDownload.action?ressource.ressourceid=37137>).

³ Detalles adicionales en el cuadro B.4. Accidentes del trabajo y enfermedades profesionales: Características fundamentales de los principales regímenes de seguridad social (prestaciones monetarias) (<http://www.social-protection.org/gimi/gess/RessourceDownload.action?ressource.ressourceid=41917>).

⁴ Detalles adicionales en el cuadro B.3. Desempleo: indicadores de la cobertura efectiva (<http://www.social-protection.org/gimi/gess/RessourceDownload.action?ressource.ressourceid=37697>).

⁵ Myanmar promulgó su ley de seguridad social en 2012. Las leyes incluyen disposiciones para la mayoría de las ramas de la seguridad social, incluyendo vejez, sobrevivientes, invalidez, prestaciones familiares y seguro de desempleo (sección 37), pero el país se encuentra en la fase de redacción del reglamento y aún no se aplica las disposiciones.

⁶ Cuba. Prestaciones familiares y para los hijos: Los dependientes de los trabajadores jóvenes reclutados para el servicio militar son elegibles para la ayuda de la seguridad social. Las prestaciones monetarias están disponibles para las familias cuya cabeza de hogar se encuentra desempleada por motivos de salud, discapacidad u otras causas justificadas, y tiene ingresos insuficientes para alimentos y medicinas o para satisfacer las necesidades básicas del hogar.

⁷ Dominica. Prestaciones familiares y para los hijos: Se paga las prestaciones a madres solteras desempleadas con hijos no casados menores de 18 años (21 años si estudian a tiempo completo, sin límite de edad si tienen discapacidad) quienes carecen de recursos suficientes para satisfacer las necesidades básicas. (Las prestaciones de asistencia social se proporcionan con arreglo al régimen de vejez, invalidez y sobrevivientes).

⁸ Ecuador. Prestaciones familiares y para los hijos: No se proporciona prestaciones reglamentarias. Las madres evaluadas como necesitadas con al menos un hijo (menor de 18 años) y las familias de bajos ingresos perciben una asignación mensual con arreglo al programa Bono de Desarrollo Humano.

Definiciones

El alcance de la cobertura se mide por el número de áreas de políticas de seguridad social contempladas de manera reglamentaria. Este indicador puede tomar el valor de 0 a 8 en función del número total de áreas (o ramas) de políticas de seguridad social con al menos un programa consagrado en la legislación nacional.

Se toma en consideración las ocho ramas siguientes: enfermedad, maternidad, vejez, sobrevivientes, invalidez, asignaciones familiares/para hijos, accidentes y enfermedades profesionales y desempleo.

El número de ramas cubiertas por al menos un régimen proporciona un panorama general del alcance de la seguridad social.

Cuadro B.3 Desempleo: indicadores de la cobertura efectiva. Desempleados que efectivamente perciben prestaciones (porcentajes)

Área principal, región o país	Porcentaje de desempleados que perciben prestaciones de desempleo										Último año con datos disponibles	Régimen de prestaciones de desempleo							
	2000	2005	2007	2008	2009	2010	2011	Existencia de un programa de desempleo consagrado en la legislación y tipo de programa				Año más reciente							
	Regímenes contributivos y no contributivos Año real	Regímenes contributivos y no contributivos Año real	Regímenes contributivos y no contributivos Año real	Regímenes contributivos y no contributivos Año real	Regímenes contributivos y no contributivos Año real	Regímenes contributivos y no contributivos Año real	Regímenes contributivos y no contributivos Año real	Regímenes contributivos y no contributivos Año real	Regímenes no contributivos Regímenes contributivos	Regímenes contributivos y no contributivos Masculino	Regímenes contributivos y no contributivos Femenino								
Estimaciones regionales (ponderadas por la población activa)																			
África	0.7	0.8	0.8	0.5	0.6	0.8	0.7	0.9	0.0	1.0									
Oriente Medio	2.9	2.0	2.1	2.3	2.7	2.6	2.8	2.2	0.0	2.2									
América Latina y el Caribe	2.7	2.6	3.4	3.2	4.0	4.3	2.1	4.6	0.0	4.6									
Asia y el Pacífico	6.4	10.4	9.2	9.2	8.2	6.6	6.4	6.8	0.4	7.2									
... <i>sin China</i>	3.9	6.3	6.7			6.7	7.8	5.2	0.7	5.9									
Europa Central y Oriental	19.1	29.1	27.7	27.0	30.0	25.1	21.9	21.1	0.5	21.6									
América del Norte	38.1	36.0	36.8	37.7	41.3	32.3	28.8	28.0	0.0	28.0									
Europa Occidental	61.3	68.9	66.0	64.5	69.3	67.4	64.2	44.6	19.2	63.8									
Mundo	11.2	14.6	13.9	13.8	13.8	11.6	11.3	10.2	1.5	11.7									
... <i>sin China</i>	11.6	12.8	12.8	13.4	13.8	12.5	12.1	10.6	2.0	12.6									
África																			
Argelia ^{1c}	7.3	2000	8.8	2003	8.8	0.0	8.8	2003	Seguro social
Angola	n.a.	...	n.a.	...	n.a.	...	n.a.	...	n.a.	...	n.a.	...	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	2013	...
Benin	n.a.	...	n.a.	...	n.a.	...	n.a.	...	n.a.	...	n.a.	...	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	2013	Ningún régimen consagrado en la legislación
Botswana	n.a.	...	n.a.	...	n.a.	...	n.a.	...	n.a.	...	n.a.	...	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	2013	Indemnización por fin de servicios ^a
Burkina Faso	n.a.	...	n.a.	...	n.a.	...	n.a.	...	n.a.	...	n.a.	...	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	2013	Ningún régimen consagrado en la legislación
Burundi	n.a.	...	n.a.	...	n.a.	...	n.a.	...	n.a.	...	n.a.	...	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	2013	Ningún régimen consagrado en la legislación
Camerún ^{2,3}	n.a.	...	n.a.	...	n.a.	...	n.a.	...	n.a.	...	n.a.	...	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	2013	Indemnización por fin de servicios ^a
Cabo Verde	n.a.	...	n.a.	...	n.a.	...	n.a.	...	n.a.	...	n.a.	...	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	2013	Ningún régimen consagrado en la legislación
República Centroafricana	n.a.	...	n.a.	...	n.a.	...	n.a.	...	n.a.	...	n.a.	...	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	2013	Ningún régimen consagrado en la legislación
Chad	n.a.	...	n.a.	...	n.a.	...	n.a.	...	n.a.	...	n.a.	...	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	2013	Ningún régimen consagrado en la legislación

Cuadro B.3 Desempleo: indicadores de la cobertura efectiva. Desempleados que efectivamente perciben prestaciones (porcentajes)

Área principal, región o país	Porcentaje de desempleados que perciben prestaciones de desempleo																		Régimen de prestaciones de desempleo	
	2000		2005		2007		2008		2009		2010		2011		Último año con datos disponibles		Año más reciente			
	Regímenes contributivos y no contributivos	Año real	Regímenes contributivos y no contributivos	Año real	Regímenes contributivos y no contributivos	Año real	Regímenes contributivos y no contributivos	Año real	Regímenes contributivos y no contributivos	Año real	Regímenes contributivos y no contributivos	Año real	Regímenes contributivos y no contributivos	Año real	Regímenes contributivos y no contributivos	Año real		Existencia de un programa de desempleo consagrado en la legislación y tipo de programa		
Comoras ^{2,4}	n.a.	...	n.a.	...	n.a.	...	n.a.	...	n.a.	...	n.a.	...	n.a.	...	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	2013	Ningún régimen consagrado en la legislación. Indemnización por fin de servicios adoptada sin decreto.
Congo	n.a.	...	n.a.	...	n.a.	...	n.a.	...	n.a.	...	n.a.	...	n.a.	...	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	2013	Ningún régimen consagrado en la legislación
Congo, República Democrática del	n.a.	...	n.a.	...	n.a.	...	n.a.	...	n.a.	...	n.a.	...	n.a.	...	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	2013	Ningún régimen consagrado en la legislación
Côte d'Ivoire ^{2,5}	n.a.	...	n.a.	...	n.a.	...	n.a.	...	n.a.	...	n.a.	...	n.a.	...	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	2013	Indemnización por fin de servicios ^a
Djibouti	n.a.	...	n.a.	...	n.a.	...	n.a.	...	n.a.	...	n.a.	...	n.a.	...	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	2013	Ningún régimen consagrado en la legislación
Egipto	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	Seguro social
Guinea Ecuatorial	n.a.	...	n.a.	...	n.a.	...	n.a.	...	n.a.	...	n.a.	...	n.a.	...	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	2013	Ningún régimen consagrado en la legislación
Eritrea	n.a.	...	n.a.	...	n.a.	...	n.a.	...	n.a.	...	n.a.	...	n.a.	...	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	2013	Ningún régimen consagrado en la legislación
Etiopía ^{2,6}	n.a.	...	n.a.	...	n.a.	...	n.a.	...	n.a.	...	n.a.	...	n.a.	...	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	2013	Indemnización por fin de servicios ^a
Gabón ^{2,7}	n.a.	...	n.a.	...	n.a.	...	n.a.	...	n.a.	...	n.a.	...	n.a.	...	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	2013	Indemnización por fin de servicios ^a
Gambia	n.a.	...	n.a.	...	n.a.	...	n.a.	...	n.a.	...	n.a.	...	n.a.	...	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	2013	Ningún régimen consagrado en la legislación
Ghana	n.a.	...	n.a.	...	n.a.	...	n.a.	...	n.a.	...	n.a.	...	n.a.	...	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	2013	Ningún régimen consagrado en la legislación
Guinea	n.a.	...	n.a.	...	n.a.	...	n.a.	...	n.a.	...	n.a.	...	n.a.	...	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	2013	Ningún régimen consagrado en la legislación
Guinea-Bissau	n.a.	...	n.a.	...	n.a.	...	n.a.	...	n.a.	...	n.a.	...	n.a.	...	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	2013	Ningún régimen consagrado en la legislación
Kenya	n.a.	...	n.a.	...	n.a.	...	n.a.	...	n.a.	...	n.a.	...	n.a.	...	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	2013	Ningún régimen consagrado en la legislación
Lesotho ^{2,8}	n.a.	...	n.a.	...	n.a.	...	n.a.	...	n.a.	...	n.a.	...	n.a.	...	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	2013	Indemnización por fin de servicios ^a
Liberia	n.a.	...	n.a.	...	n.a.	...	n.a.	...	n.a.	...	n.a.	...	n.a.	...	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	2013	Ningún régimen consagrado en la legislación
Libia ^{2,9}	n.a.	...	n.a.	...	n.a.	...	n.a.	...	n.a.	...	n.a.	...	n.a.	...	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	2013	Indemnización por fin de servicios ^a
Madagascar	n.a.	...	n.a.	...	n.a.	...	n.a.	...	n.a.	...	n.a.	...	n.a.	...	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	2013	Ningún régimen consagrado en la legislación
Malawi	n.a.	...	n.a.	...	n.a.	...	n.a.	...	n.a.	...	n.a.	...	n.a.	...	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	2013	Ningún régimen consagrado en la legislación
Mali	n.a.	...	n.a.	...	n.a.	...	n.a.	...	n.a.	...	n.a.	...	n.a.	...	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	2013	Ningún régimen consagrado en la legislación
Mauritania	n.a.	...	n.a.	...	n.a.	...	n.a.	...	n.a.	...	n.a.	...	n.a.	...	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	2013	Ningún régimen consagrado en la legislación
Mauricio ^{1c}	0.5	2001	0.9	2005	0.9	2007	0.9	2008	0.9	2009	1.1	2010	1.2	2011	0.0	1.2	1.2	...	2011	Seguro social y asistencia social

Cuadro B.3 Desempleo: indicadores de la cobertura efectiva. Desempleados que efectivamente perciben prestaciones (porcentajes)

Área principal, región o país	Porcentaje de desempleados que perciben prestaciones de desempleo																		Régimen de prestaciones de desempleo	
	2000	2005	2007	2008	2009	2010	2011	Último año con datos disponibles			Existencia de un programa de desempleo consagrado en la legislación y tipo de programa			Año más reciente						
	Regímenes contributivos y no contributivos	Año real	Regímenes contributivos y no contributivos	Año real	Regímenes contributivos y no contributivos	Año real	Regímenes contributivos y no contributivos	Año real	Regímenes contributivos y no contributivos	Año real	Regímenes contributivos y no contributivos	Año real	Regímenes contributivos y no contributivos	Regímenes no contributivos	Regímenes contributivos y no contributivos	Masculino	Femenino			
Marruecos ^{2,10}	n.a.	...	n.a.	...	n.a.	...	n.a.	...	n.a.	...	n.a.	...	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	2013	Indemnización por fin de servicios ^a	
Mozambique	n.a.	...	n.a.	...	n.a.	...	n.a.	...	n.a.	...	n.a.	...	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	2013	Ningún régimen consagrado en la legislación	
Namibia ^{2,11}	n.a.	...	n.a.	...	n.a.	...	n.a.	...	n.a.	...	n.a.	...	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	2013	Indemnización por fin de servicios ^a	
Níger	n.a.	...	n.a.	...	n.a.	...	n.a.	...	n.a.	...	n.a.	...	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	2013	Ningún régimen consagrado en la legislación	
Nigeria ¹²	n.a.	...	n.a.	...	n.a.	...	n.a.	...	n.a.	...	n.a.	...	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	2013	Retiro del Fondo de Previsión	
Rwanda ^{2,13}	n.a.	...	n.a.	...	n.a.	...	n.a.	...	n.a.	...	n.a.	...	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	2013	Indemnización por fin de servicios ^a	
Santo Tomé y Príncipe	n.a.	...	n.a.	...	n.a.	...	n.a.	...	n.a.	...	n.a.	...	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	2013	Ningún régimen consagrado en la legislación	
Senegal	n.a.	...	n.a.	...	n.a.	...	n.a.	...	n.a.	...	n.a.	...	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	2013	Ningún régimen consagrado en la legislación	
Seychelles ¹⁴	...	...	18.0	2005	...	...	...	...	...	...	...	...	...	0.0	18.0	18.0	...	2005	Asistencia social ⁵
Sierra Leona	n.a.	...	n.a.	...	n.a.	...	n.a.	...	n.a.	...	n.a.	...	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	2013	Ningún régimen consagrado en la legislación	
Somalia	n.a.	...	n.a.	...	n.a.	...	n.a.	...	n.a.	...	n.a.	...	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	2013	Ningún régimen consagrado en la legislación	
Sudáfrica ^{1,c}	10.0	2004	11.0	2005	10.9	2007	9.7	2008	11.3	2009	14.5	2010	12.8	2011	13.5	0.0	13.5	...	2012	Seguro social
Sudán del Sur	n.a.	...	n.a.	...	n.a.	...	n.a.	...	n.a.	...	n.a.	...	n.a.	...	n.a.	n.a.	n.a.	2013	Ningún régimen consagrado en la legislación	
Sudán	n.a.	...	n.a.	...	n.a.	...	n.a.	...	n.a.	...	n.a.	...	n.a.	...	n.a.	n.a.	n.a.	2013	Ningún régimen consagrado en la legislación	
Swazilandia	n.a.	...	n.a.	...	n.a.	...	n.a.	...	n.a.	...	n.a.	...	n.a.	...	n.a.	n.a.	n.a.	2013	Ningún régimen consagrado en la legislación	
República Unida de Tanzania ^{2,15}	n.a.	...	n.a.	...	n.a.	...	n.a.	...	n.a.	...	n.a.	...	n.a.	...	n.a.	n.a.	n.a.	2013	Indemnización por fin de servicios ^a	
Togo	n.a.	...	n.a.	...	n.a.	...	n.a.	...	n.a.	...	n.a.	...	n.a.	...	n.a.	n.a.	n.a.	2013	Ningún régimen consagrado en la legislación	
Túnez ^{1,c}	3.0	2008	0.0	3.0	3.0	...	2008	Asistencia social
Uganda ^{2,16}	n.a.	...	n.a.	...	n.a.	...	n.a.	...	n.a.	...	n.a.	...	n.a.	...	n.a.	n.a.	n.a.	2013	Indemnización por fin de servicios ^a	
Zambia	n.a.	...	n.a.	...	n.a.	...	n.a.	...	n.a.	...	n.a.	...	n.a.	...	n.a.	n.a.	n.a.	2013	Ningún régimen consagrado en la legislación	
Zimbabwe	n.a.	...	n.a.	...	n.a.	...	n.a.	...	n.a.	...	n.a.	...	n.a.	...	n.a.	n.a.	n.a.	2013	Ningún régimen consagrado en la legislación	

Cuadro B.3 Desempleo: indicadores de la cobertura efectiva. Desempleados que efectivamente perciben prestaciones (porcentajes)

Área principal, región o país	Porcentaje de desempleados que perciben prestaciones de desempleo																			Régimen de prestaciones de desempleo	
	2000	2005	2007	2008	2009	2010	2011	Último año con datos disponibles			Régimen de prestaciones de desempleo										
	Régimenes contributivos y no contributivos		Régimenes contributivos y no contributivos		Régimenes contributivos y no contributivos		Régimenes contributivos y no contributivos		Régimenes contributivos y no contributivos		Régimenes contributivos y no contributivos		Régimenes contributivos y no contributivos		Régimenes contributivos y no contributivos		Régimenes contributivos y no contributivos		Año más reciente	Existencia de un programa de desempleo consagrado en la legislación y tipo de programa	
	Año real	Año real	Año real	Año real	Año real	Año real	Año real	Año real	Año real	Año real	Año real	Año real	Año real	Año real	Año real	Año real	Año real	Año real	Año real	Año real	
Asia																					
Afganistán	n.a.	..	n.a.	..	n.a.	..	n.a.	..	n.a.	..	n.a.	..	n.a.	..	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	2013	Ningún régimen consagrado en la legislación
Armenia ^{1c}	12.0	2000	5.7	2005	20.1	2007	22.2	2008	30.5	2009	24.1	2010	20.8	2011	15.8	0.0	15.8	17.4	15.1	2012	Seguro social
Azerbaiyán ^{1c}	6.3	2000	3.7	2005	5.0	2007	4.7	2008	6.6	2009	6.6	2009	2.6	2011	2.5	0.0	2.5	2.9	2.1	2012	Seguro social
Bahrein ^{1c}	n.a.	..	n.a.	..	..	..	..	..	7.9	2009	9.8	2010	..	..	9.8	0.0	9.8	..	..	2010	Seguro social y asistencia al desempleo
Bangladesh ^{2,17}	n.a.	..	n.a.	..	n.a.	..	n.a.	..	n.a.	..	n.a.	..	n.a.	..	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	2013	Indemnización por fin de servicios ^a
Bután	n.a.	..	n.a.	..	n.a.	..	n.a.	..	n.a.	..	n.a.	..	n.a.	..	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	2013	Ningún régimen consagrado en la legislación
Brunei Darussalam	n.a.	..	n.a.	..	n.a.	..	n.a.	..	n.a.	..	n.a.	..	n.a.	..	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	2013	Ningún régimen consagrado en la legislación
Camboya ^{2,18}	n.a.	..	n.a.	..	n.a.	..	n.a.	..	n.a.	..	n.a.	..	n.a.	..	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	2013	Indemnización por fin de servicios ^a
China ^{1c}	9.9	2000	20.0	2005	17.1	2007	14.8	2008	14.0	2009	9.2	2010	9.1	2011	9.1	0.0	9.1	..	..	2011	Programas locales de seguro social administrados por el Gobierno
Georgia ^{2,19}	2.4	2000	4.0	2005	n.a.	..	n.a.	..	n.a.	..	n.a.	..	n.a.	..	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	2011	Indemnización por fin de servicios ^a
Hong Kong (China), Región Administrativa Especial de ^{1c}	14.1	2000	21.0	2005	22.6	2007	24.4	2008	16.9	2009	n.a.	..	..	..	0.0	16.9	16.9	..	..	2009	Asistencia social
India ²⁰	n.a.	..	n.a.	..	n.a.	..	3.0	2008	n.a.	..	n.a.	..	n.a.	..	3.0	0.0	3.0	..	..	2008	Seguro social y asistencia social (régimen de garantía de empleo público)
Indonesia ^{2,21}	n.a.	..	n.a.	..	n.a.	..	n.a.	..	n.a.	..	n.a.	..	n.a.	..	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	2013	Indemnización por fin de servicios ^a
Irán, República Islámica del	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	Seguro social
Iraq	n.a.	..	n.a.	..	n.a.	..	n.a.	..	n.a.	..	n.a.	..	n.a.	..	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	2013	Ningún régimen consagrado en la legislación
Israel ^{1c}	43.3	2000	29.1	2005	29.7	2007	33.1	2008	38.2	2009	36.3	2010	40.0	2011	29.4	0.0	29.4	..	..	2012	Seguro social
Japón ^{1c}	32.5	2001	21.4	2005	22.1	2007	22.9	2008	25.4	2009	19.6	2010	21.5	2011	21.5	0.0	21.5	..	..	2011	Seguro social
Jordania ²²	n.a.	..	n.a.	..	n.a.	..	n.a.	..	n.a.	..	n.a.	..	n.a.	..	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	2013	Cuentas de ahorros / seguro social
Kazajstán ^{1c}	0.5	2000	0.7	2005	0.9	2007	0.8	2008	1.0	2009	0.5	2010	0.4	2011	0.4	0.0	0.4	..	..	2011	Seguro social
Corea, Rep. Democrática Popular de	n.a.	..	n.a.	..	n.a.	..	n.a.	..	n.a.	..	n.a.	..	n.a.	..	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	2013	Ningún régimen consagrado en la legislación

Cuadro B.3 Desempleo: indicadores de la cobertura efectiva. Desempleados que efectivamente perciben prestaciones (porcentajes)

Área principal, región o país	Porcentaje de desempleados que perciben prestaciones de desempleo																			Régimen de prestaciones de desempleo	
	2000	2005	2007	2008	2009	2010	2011	Último año con datos disponibles			Existencia de un programa de desempleo consagrado en la legislación y tipo de programa										
	Regímenes contributivos y no contributivos	Año real	Regímenes contributivos y no contributivos	Año real	Regímenes contributivos y no contributivos	Año real	Regímenes contributivos y no contributivos	Año real	Regímenes contributivos y no contributivos	Año real	Regímenes contributivos y no contributivos	Año real	Regímenes contributivos y no contributivos	Año real	Regímenes contributivos y no contributivos	Regímenes no contributivos	Regímenes contributivos y no contributivos	Masculino	Femenino	Año más reciente	
Corea, República de ^c	25.1	2004	27.5	2005	34.9	2007	39.4	2008	39.2	2009	36.0	2010	35.8	2011	45.5	0.0	45.5	...	...	2012	Seguro social
Kuwait	n.a.	...	n.a.	...	n.a.	...	n.a.	...	n.a.	...	n.a.	...	n.a.	...	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	2013	Ningún régimen consagrado en la legislación
Kirguistán 1,c	8.2	2000	10.4	2005	3.3	2007	1.4	2008	1.4	2009	1.2	2010	1.2	2011	0.9	0.0	0.9	...	...	2012	Seguro social
República Democrática Popular Lao	n.a.	...	n.a.	...	n.a.	...	n.a.	...	n.a.	...	n.a.	...	n.a.	...	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	2013	Ningún régimen consagrado en la legislación
Líbano	n.a.	...	n.a.	...	n.a.	...	n.a.	...	n.a.	...	n.a.	...	n.a.	...	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	2013	Ningún régimen consagrado en la legislación
Malasia ^{2,23}	n.a.	...	n.a.	...	n.a.	...	n.a.	...	n.a.	...	n.a.	...	n.a.	...	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	2013	Indemnización por fin de servicios ^a
Maldivas	n.a.	...	n.a.	...	n.a.	...	n.a.	...	n.a.	...	n.a.	...	n.a.	...	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	2013	Ningún régimen consagrado en la legislación
Mongolia ^{1,c}	18.0	2003	16.9	2004	...	...	9.7	2008	9.0	2009	10.0	2010	...	...	10.0	0.0	10.0	...	...	2010	Seguro social
Myanmar ²⁴	n.a.	...	n.a.	...	n.a.	...	n.a.	...	n.a.	...	n.a.	...	n.a.	...	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	2013	Seguro de desempleo que forma parte de la Ley del Seguro Social (Agosto de 2012, aún no ha sido implementado)
Nepal ^{2,25}	n.a.	...	n.a.	...	n.a.	...	n.a.	...	n.a.	...	n.a.	...	n.a.	...	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	2013	Indemnización por fin de servicios ^a
Territorios Palestinos Ocupados	n.a.	...	n.a.	...	n.a.	...	n.a.	...	n.a.	...	n.a.	...	n.a.	...	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	2013	Ningún régimen consagrado en la legislación
Omán	n.a.	...	n.a.	...	n.a.	...	n.a.	...	n.a.	...	n.a.	...	n.a.	...	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	2013	Ningún régimen consagrado en la legislación
Pakistán ^{2,26}	n.a.	...	n.a.	...	n.a.	...	n.a.	...	n.a.	...	n.a.	...	n.a.	...	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	2013	Indemnización por fin de servicios ^a
Filipinas ^{2,27}	n.a.	...	n.a.	...	n.a.	...	n.a.	...	n.a.	...	n.a.	...	n.a.	...	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	2013	Indemnización por fin de servicios ^a
Qatar	n.a.	...	n.a.	...	n.a.	...	n.a.	...	n.a.	...	n.a.	...	n.a.	...	...	...	...	...	...	...	Ningún régimen consagrado en la legislación
Arabia Saudita	n.a.	...	n.a.	...	n.a.	...	n.a.	...	n.a.	...	n.a.	...	n.a.	...	...	...	...	...	...	2013	Asistencia social
Singapur	n.a.	...	n.a.	...	n.a.	...	n.a.	...	n.a.	...	n.a.	...	n.a.	...	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	2013	Ningún régimen consagrado en la legislación
Sri Lanka ^{2,28}	n.a.	...	n.a.	...	n.a.	...	n.a.	...	n.a.	...	n.a.	...	n.a.	...	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	2013	Indemnización por fin de servicios ^a
República Árabe Siria ^{2,29}	n.a.	...	n.a.	...	n.a.	...	n.a.	...	n.a.	...	n.a.	...	n.a.	...	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	2013	Indemnización por fin de servicios ^a
Taiwán, China ^{1,c}	...	...	32.5	2005	16.4	2007	23.7	2008	32.7	2009	14.6	2010	13.0	2011	15.8	0.0	15.8	12.4	20.7	2012	Seguro social
Tayikistán ^{1,c}	n.a.	...	5.1	2005	5.0	2007	5.2	2008	3.8	2009	5.3	2010	8.5	2011	9.2	0.0	9.2	...	...	2012	Seguro social
Tailandia ^{1,c}	n.a.	2000	4.2	2005	11.1	2007	13.8	2008	24.3	2009	22.4	2010	37.1	2011	28.5	0.0	28.5	...	...	2012	Seguro social
Timor Oriental	n.a.	...	n.a.	...	n.a.	...	n.a.	...	n.a.	...	n.a.	...	n.a.	...	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	2013	Ningún régimen consagrado en la legislación

Cuadro B.3 Desempleo: indicadores de la cobertura efectiva. Desempleados que efectivamente perciben prestaciones (porcentajes)

Área principal, región o país	Porcentaje de desempleados que perciben prestaciones de desempleo																		Régimen de prestaciones de desempleo		
	2000	2005	2007	2008	2009	2010	2011	Último año con datos disponibles			Año más reciente			Existencia de un programa de desempleo consagrado en la legislación y tipo de programa							
	Regímenes contributivos y no contributivos Año real	Regímenes contributivos y no contributivos Año real	Regímenes contributivos y no contributivos Año real	Regímenes contributivos y no contributivos Año real	Regímenes contributivos y no contributivos Año real	Regímenes contributivos y no contributivos Año real	Regímenes contributivos y no contributivos Año real	Regímenes contributivos y no contributivos Año real	Regímenes contributivos y no contributivos Año real	Regímenes contributivos y no contributivos Año real	Regímenes contributivos y no contributivos Año real	Regímenes contributivos y no contributivos Año real	Regímenes contributivos y no contributivos Año real		Regímenes contributivos y no contributivos Año real	Regímenes contributivos y no contributivos Año real	Regímenes contributivos y no contributivos Año real	Regímenes contributivos y no contributivos Año real			
Turkmenistán	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	Seguro social	
Emiratos Árabes Unidos ^{2,30}	n.a.	...	n.a.	...	n.a.	...	n.a.	...	n.a.	...	n.a.	...	n.a.	...	n.a.	...	n.a.	...	2013	Indemnización por fin de servicios ^a	
Uzbekistán ^{1,c}	57.1	2000	56.7	2005	61.1	2007	39.5	2008	n.a.	...	n.a.	...	...	...	39.5	0.0	39.5	...	...	2008	Seguro social
Viet Nam ^{1,c}	n.a.	2000	n.a.	2005	n.a.	2007	n.a.	2008	0.7	2009	10.8	2010	9.5	2011	8.4	0.0	8.4	...	...	2012	Seguro social
Yemen ^{2,31}	n.a.	...	n.a.	...	n.a.	...	n.a.	...	n.a.	...	n.a.	...	n.a.	...	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	2013	Indemnización por fin de servicios ^a
Europa																		...	...
Albania ^{1,c}	10.2	2000	6.7	2005	7.8	2007	6.7	2008	6.3	2009	6.4	2010	6.0	2011	6.9	0.0	6.9	...	...	2012	Seguro social
Andorra ^{1,c}	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	8.3	2010	10.0	2011	0.0	11.1	11.1	...	...	2013	Asistencia social general
Austria ^{1,c}	94.1	2000	89.4	2005	89.8	2007	90.4	2008	91.3	2009	91.4	2010	90.5	2011	50.7	39.8	90.5	93.8	86.2	2011	Seguro social y asistencia social
Belarús ^{1,c}	39.0	2000	55.7	2005	54.0	2007	46.6	2008	49.4	2009	44.0	2010	46.1	2011	46.1	0.0	46.1	29.1	57.4	2011	Seguro social
Bélgica ^{1,c}	81.3	2000	84.0	2005	86.1	2007	85.7	2008	83.6	2009	82.8	2010	83.1	2011	80.2	0.0	80.2	80.2	80.3	2012	Seguro social y asistencia social
Bosnia y Herzegovina ^{1,c}	1.2	2001	1.6	2005	1.6	2007	1.6	2008	2.4	2009	2.6	2010	2.0	2011	2.0	0.0	2.0	...	...	2011	Seguro social
Bulgaria ^{1,c}	21.1	2003	23.4	2005	27.1	2007	44.8	2008	45.6	2009	30.8	2010	28.4	2011	25.6	0.0	25.6	...	...	2013	Seguro social
Croacia ^{1,32,c}	17.7	2000	23.6	2005	22.5	2007	24.2	2008	26.2	2009	25.9	2010	24.4	2011	20.0	0.0	20.0	21.0	19.2	2013	Seguro social y asistencia social
Chipre ^{1,c}	...	2000	68.1	2005	81.5	2007	81.2	2008	79.1	2009	78.7	2010	...	...	78.7	0.0	78.7	...	...	2010	Seguro social
República Checa ^{1,c}	...	2000	27.6	2005	31.5	2007	42.7	2008	40.4	2009	30.8	2010	25.8	2011	21.2	0.0	21.2	...	...	2013	Seguro social
Dinamarca ^{1,c}	99.9	2000	98.9	2005	77.8	2007	72.0	2008	78.6	2009	70.9	2010	68.3	2011	59.5	17.7	77.2	78.4	75.9	2013	Seguro voluntario subsidiado y asistencia social
Estonia ^{1,c}	17.3	2000	28.9	2005	25.9	2007	31.6	2008	45.1	2009	35.2	2010	25.7	2011	14.4	13.2	27.6	22.2	33.5	2012	Seguro social y asistencia social
Finlandia ^{1,c}	63.7	2002	63.6	2005	58.8	2007	57.5	2008	47.9	2009	52.1	2010	57.8	2011	10.1	49.0	59.1	57.9	60.8	2012	Seguro voluntario subsidiado y asistencia social
Francia ^{1,c}	57.4	2000	67.0	2005	67.4	2007	67.2	2008	66.0	2009	62.3	2010	59.8	2011	46.3	9.9	56.2	...	...	2013	Seguro social y asistencia social
Alemania ^{1,c}	81.2	2000	92.1	2004	80.6	2007	86.1	2008	86.4	2009	87.6	2010	86.3	2011	29.3	58.7	88.0	86.3	89.9	2012	Seguro social y asistencia social
Grecia ^{1,c}	52.9	2000	44.3	2002	53.9	2007	58.0	2008	57.7	2009	40.3	2010	29.5	2011	16.4	0.0	16.4	...	...	2014	Seguro social y asistencia social
Hungría ^{1,c}	45.1	2003	42.6	2005	42.6	2007	41.3	2008	48.0	2009	39.5	2010	35.7	2011	13.1	18.3	31.4	...	...	2012	Seguro social y asistencia social
Islandia ^{1,32,c}	50.4	2000	72.6	2005	39.1	2007	49.8	2008	17.7	2009	21.6	2010	28.6	2011	28.6	0.0	28.6	18.3	43.0	2011	Seguro social

Cuadro B.3 Desempleo: indicadores de la cobertura efectiva. Desempleados que efectivamente perciben prestaciones (porcentajes)

Área principal, región o país	Porcentaje de desempleados que perciben prestaciones de desempleo																			Régimen de prestaciones de desempleo	
	2000	2005	2007	2008	2009	2010	2011	Último año con datos disponibles			Régimen de prestaciones de desempleo										
	Regímenes contributivos y no contributivos Año real	Regímenes contributivos y no contributivos Año real	Regímenes contributivos y no contributivos Año real	Regímenes contributivos y no contributivos Año real	Regímenes contributivos y no contributivos Año real	Regímenes contributivos y no contributivos Año real	Regímenes contributivos y no contributivos Año real	Regímenes contributivos y no contributivos Año real	Regímenes contributivos y no contributivos Año real	Regímenes contributivos y no contributivos Año real	Regímenes contributivos y no contributivos Año real	Regímenes contributivos y no contributivos Año real	Regímenes contributivos y no contributivos Año real	Regímenes contributivos y no contributivos Año real	Regímenes contributivos y no contributivos Año real	Regímenes contributivos y no contributivos Año real	Regímenes contributivos y no contributivos Año real	Regímenes contributivos y no contributivos Año real	Regímenes contributivos y no contributivos Año real		Regímenes contributivos y no contributivos Año real	Existencia de un programa de desempleo consagrado en la legislación y tipo de programa
Irlanda ^{1,32,c}	74.7	2000	81.5	2005	85.9	2007	n.a.	...	91.3	2009	87.2	2010	85.4	2011	21.6	63.8	85.4	...	...	2011	Seguro social y asistencia social
Isla de Man ^{1,c}	33.2	2001	60.3	2006	42.3	2007	42.8	2008	62.4	2009	56.4	2010	56.6	2011	10.0	46.6	56.6	...	...	2011	Seguro social y asistencia social
Italia ^{1,c}	22.6	2000	35.4	2005	42.5	2007	43.9	2008	61.3	2009	56.2	2010	55.8	2011	55.8	0.0	55.8	...	...	2011	Seguro social
Letonia ^{1,c}	26.2	2001	37.1	2005	47.0	2007	34.8	2008	33.4	2009	27.9	2010	20.8	2011	19.5	0.0	19.5	...	...	2012	Seguro social
Liechtenstein ^{1,c}	63.0	2000	71.8	2005	66.9	2007	64.6	2008	66.8	2009	78.9	2010	67.2	2011	67.2	0.0	67.2	65.5	68.8	2011	Seguro social
Lituania ^{1,c}	...	...	11.6	2005	26.1	2007	24.8	2008	31.4	2009	20.1	2010	15.6	2011	21.5	0.0	21.5	...	...	2012	Seguro social
Luxemburgo ^{1,c}	42.3	2000	55.1	2005	52.5	2007	51.3	2008	53.4	2009	50.5	2010	50.9	2011	43.8	0.0	43.8	...	...	2012	Seguro social
Ex República Yugoslava de Macedonia ^{1,c}	9.9	2003	10.7	2004	7.8	2007	7.7	2008	8.2	2009	...	...	...	...	8.2	0.0	8.2	...	...	2009	Seguro social
Malta ^{1,c}	89.2	2003	98.7	2005	96.3	2007	94.8	2008	94.2	2009	84.4	2010	86.9	2011	37.4	49.5	86.9	...	...	2011	Seguro social y asistencia social
Moldova, República de ^{1,c}	22.8	2000	6.5	2005	10.6	2007	11.8	2008	14.0	2009	11.1	2010	8.5	2011	11.4	0.0	11.4	...	...	2012	Seguro social
Montenegro ^{1,c}	...	...	...	...	...	32.9	2008	43.9	2009	41.6	2010	40.9	2011	35.6	0.0	35.6	...	...	2012	Seguro social	
Países Bajos ³³	66.7	2002	69.3	2005	65.1	2007	59.7	2008	60.1	2009	65.1	2010	64.8	2011	59.8	2.1	61.9	62.4	61.4	2012	Seguro social y asistencia social
Noruega ^{1,c}	...	...	58.1	2006	50.9	2007	42.1	2008	74.6	2009	73.4	2010	69.5	2011	61.8	0.0	61.8	...	...	2012	Seguro universal y social
Polonia ^{1,c}	20.3	2000	13.5	2005	14.3	2007	18.4	2008	20.1	2009	16.7	2010	16.5	2011	16.8	0.0	16.8	...	...	2012	Seguro social
Portugal ^{1,c}	64.6	2003	67.3	2005	60.8	2007	59.5	2008	61.9	2009	57.2	2010	41.9	2011	34.6	7.5	42.1	...	...	2012	Seguro social y asistencia social
Rumania ^{1,c}	45.2	2001	38.0	2005	33.2	2007	30.0	2008	52.3	2009	55.4	2010	26.8	2011	35.6	0.0	35.6	32.8	39.2	2012	Seguro social
Federación de Rusia ^{1,32,c}	11.8	2000	29.8	2005	28.4	2007	26.2	2008	29.4	2009	24.1	2010	21.3	2011	20.6	0.0	20.6	...	...	2012	Seguro social y asistencia social
Serbia ^{1,c}	11.1	2000	10.4	2005	7.7	2007	9.6	2008	11.6	2009	10.2	2010	8.5	2011	8.8	0.0	8.8	9.9	7.8	2012	Seguro social
Eslovaquia ^{1,c}	23.1	2000	9.1	2005	7.6	2007	9.1	2008	15.8	2009	11.1	2010	11.5	2011	11.2	0.0	11.2	...	...	2012	Seguro social
Eslovenia ^{1,c}	21.7	2000	19.2	2005	20.0	2007	26.4	2008	36.1	2009	34.4	2010	32.8	2011	30.8	0.0	30.8	...	...	2012	Seguro social
España ^{1,c}	41.4	2000	65.1	2005	73.9	2007	67.4	2008	62.3	2009	63.0	2010	53.2	2011	23.9	23.0	46.9	49.2	44.4	2012	Seguro social y asistencia social
Suecia ^{1,c}	...	...	86.2	2005	64.8	2007	44.5	2008	39.2	2009	33.9	2010	28.4	2011	28.0	0.0	28.0	25.7	30.7	2012	Seguro voluntario subsidiado y asistencia social
Suiza ^{1,c}	79.2	2000	82.4	2005	71.4	2007	68.3	2008	72.2	2009	74.8	2010	64.7	2011	61.9	0.0	61.9	63.8	59.9	2012	Seguro obligatorio

Cuadro B.3 Desempleo: indicadores de la cobertura efectiva. Desempleados que efectivamente perciben prestaciones (porcentajes)

Área principal, región o país	Porcentaje de desempleados que perciben prestaciones de desempleo																		Régimen de prestaciones de desempleo			
	2000	2005	2007	2008	2009	2010	2011	Último año con datos disponibles				Régimen de prestaciones de desempleo										
	Regímenes contributivos y no contributivos Año real	Regímenes contributivos y no contributivos Año real	Regímenes contributivos y no contributivos Año real	Regímenes contributivos y no contributivos Año real	Regímenes contributivos y no contributivos Año real	Regímenes contributivos y no contributivos Año real	Regímenes contributivos y no contributivos Año real	Regímenes contributivos y no contributivos Año real	Regímenes contributivos y no contributivos Año real	Regímenes contributivos y no contributivos Año real	Regímenes contributivos y no contributivos Año real	Regímenes contributivos y no contributivos Año real	Regímenes contributivos y no contributivos Año real	Regímenes no contributivos Regímenes contributivos	Regímenes contributivos y no contributivos	Masculino	Femenino	Año más reciente	Existencia de un programa de desempleo consagrado en la legislación y tipo de programa			
Turquía ^{1,c}	8.7	2004	5.4	2005	4.3	2007	5.1	2008	7.9	2009	6.3	2010	6.5	2011	7.7	0.0	7.7	...	...	2012	Seguro social
Ucrania ^{1,32,c}	23.6	2000	40.3	2005	34.4	2007	31.3	2008	26.2	2009	18.7	2010	21.3	2011	20.9	0.0	20.9	...	...	2012	Seguro social y asistencia social
Reino Unido ^{1,c}	68.2	2000	61.0	2005	53.8	2007	52.0	2008	65.0	2009	61.6	2010	60.8	2011	62.6	0.0	62.6	72.8	49.1	2012	Seguro social y asistencia social	
América Latina y el Caribe																						
Antigua y Barbuda	n.a.	...	n.a.	...	n.a.	...	n.a.	...	n.a.	...	n.a.	...	n.a.	...	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	2013	Ninguna disposición legal	
Argentina I, c	4.1	2001	2.3	2005	4.3	2007	5.6	2008	5.7	2009	5.7	2010	4.9	2011	4.9	0.0	4.9	...	...	2011	Seguro social
Aruba I, c	n.a.	...	15.7	2003	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	15.7	...	15.7	...	...	2003	Seguro social
Bahamas I, c	n.a.	...	n.a.	...	n.a.	...	n.a.	21.7	2010	18.8	2011	25.7	0.0	25.7	2012	Seguro social
Barbados I, c	79.2	2000	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	77.7	0.0	77.7	...	...	2003	Seguro social
Belice	n.a.	...	n.a.	...	n.a.	...	n.a.	...	n.a.	...	n.a.	...	n.a.	...	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	2013	Ninguna disposición obligatoria	
Bolivia, Estado Plurinacional de ^{2,34}	n.a.	...	n.a.	...	n.a.	...	n.a.	...	n.a.	...	n.a.	...	n.a.	...	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	2013	Indemnización por fin de servicios	
Brasil ^{1,c}	...	...	5.1	2005	6.2	2007	8.0	2008	7.2	2009	7.8	2010	...	...	7.8	0.0	7.8	...	...	2010	Seguro social y asistencia social
Islas Vírgenes Británicas	n.a.	...	n.a.	...	n.a.	...	n.a.	...	n.a.	...	n.a.	...	n.a.	...	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	2013	Ningún régimen consagrado en la legislación	
Chile ^{1,c}	5.7	2004	9.7	2005	19.6	2007	19.5	2008	20.7	2009	21.1	2010	23.7	2011	29.9	0.0	29.9	38.1	21.4	2013	Cuenta privada obligatoria y prestación relacionada con el empleo	
Colombia ³⁵	n.a.	...	n.a.	...	n.a.	...	n.a.	...	n.a.	...	n.a.	...	n.a.	...	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	2013	Seguro social y sistema de cuentas individuales	
Costa Rica ^{2,36}	n.a.	...	n.a.	...	n.a.	...	n.a.	...	n.a.	...	n.a.	...	n.a.	...	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	2013	Indemnización por fin de servicios ^a	
Cuba	n.a.	...	n.a.	...	n.a.	...	n.a.	...	n.a.	...	n.a.	...	n.a.	...	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	2013	Ningún régimen consagrado en la legislación	
Dominica	n.a.	...	n.a.	...	n.a.	...	n.a.	...	n.a.	...	n.a.	...	n.a.	...	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	2013	Ningún régimen consagrado en la legislación	
República Dominicana	n.a.	...	n.a.	...	n.a.	...	n.a.	...	n.a.	...	n.a.	...	n.a.	...	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	2013	Ningún régimen consagrado en la legislación	
Ecuador ^{1,c}	6.7	2000	4.2	2005	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	4.2	0.0	4.2	...	...	2005	Cuenta individual obligatoria (sin prestación periódica)
El Salvador	n.a.	...	n.a.	...	n.a.	...	n.a.	...	n.a.	...	n.a.	...	n.a.	...	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	2013	Ningún régimen consagrado en la legislación	
Granada	n.a.	...	n.a.	...	n.a.	...	n.a.	...	n.a.	...	n.a.	...	n.a.	...	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	2013	Ningún régimen consagrado en la legislación	

Cuadro B.3 Desempleo: indicadores de la cobertura efectiva. Desempleados que efectivamente perciben prestaciones (porcentajes)

Área principal, región o país	Porcentaje de desempleados que perciben prestaciones de desempleo																		Régimen de prestaciones de desempleo		
	2000	2005	2007	2008	2009	2010	2011	Último año con datos disponibles			Existencia de un programa de desempleo consagrado en la legislación y tipo de programa			Año más reciente							
	Regímenes contributivos y no contributivos	Año real	Regímenes contributivos y no contributivos	Año real	Regímenes contributivos y no contributivos	Año real	Regímenes contributivos y no contributivos	Año real	Regímenes contributivos y no contributivos	Año real	Regímenes contributivos y no contributivos	Año real	Regímenes contributivos y no contributivos	Regímenes no contributivos	Regímenes contributivos y no contributivos	Masculino	Femenino				
Guatemala	n.a.	...	n.a.	...	n.a.	...	n.a.	...	n.a.	...	n.a.	...	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	2013	Ningún régimen consagrado en la legislación		
Guyana	n.a.	...	n.a.	...	n.a.	...	n.a.	...	n.a.	...	n.a.	...	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	2013	Ningún régimen consagrado en la legislación		
Haití	n.a.	...	n.a.	...	n.a.	...	n.a.	...	n.a.	...	n.a.	...	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	2013	Ningún régimen consagrado en la legislación		
Honduras	n.a.	...	n.a.	...	n.a.	...	n.a.	...	n.a.	...	n.a.	...	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	2013	Ningún régimen consagrado en la legislación		
Jamaica	n.a.	...	n.a.	...	n.a.	...	n.a.	...	n.a.	...	n.a.	...	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	2013	Ningún régimen consagrado en la legislación		
México ^{2,37}	n.a.	...	n.a.	...	n.a.	...	n.a.	...	n.a.	...	n.a.	...	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	2013	Indemnización por fin de servicios (no obligatoria). Posible retiro del Instituto Mexicano del Seguro Social		
Nicaragua	n.a.	...	n.a.	...	n.a.	...	n.a.	...	n.a.	...	n.a.	...	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	2013	Ningún régimen consagrado en la legislación		
Panamá ^{2,38}	n.a.	...	n.a.	...	n.a.	...	n.a.	...	n.a.	...	n.a.	...	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	2013	Indemnización por fin de servicios ^a		
Paraguay	n.a.	...	n.a.	...	n.a.	...	n.a.	...	n.a.	...	n.a.	...	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	2013	Ningún régimen consagrado en la legislación		
Perú ^{2,39}	n.a.	...	n.a.	...	n.a.	...	n.a.	...	n.a.	...	n.a.	...	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	2013	Indemnización por fin de servicios ^a		
Saint Kitts y Nevis	n.a.	...	n.a.	...	n.a.	...	n.a.	...	n.a.	...	n.a.	...	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	2013	Ningún régimen consagrado en la legislación		
Santa Lucía	n.a.	...	n.a.	...	n.a.	...	n.a.	...	n.a.	...	n.a.	...	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	2013	Ningún régimen consagrado en la legislación		
San Vicente y las Granadinas	n.a.	...	n.a.	...	n.a.	...	n.a.	...	n.a.	...	n.a.	...	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	2013	Ningún régimen consagrado en la legislación		
Suriname	n.a.	...	n.a.	...	n.a.	...	n.a.	...	n.a.	...	n.a.	...	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	2013	Ningún régimen consagrado en la legislación		
Trinidad y Tobago	n.a.	...	n.a.	...	n.a.	...	n.a.	...	n.a.	...	n.a.	...	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	2013	Ningún régimen consagrado en la legislación		
Uruguay ^{1,c}	15.6	2000	9.3	2005	12.5	2007	16.1	2008	21.3	2009	22.4	2010	25.4	2011	27.9	0.0	27.9	...	2012	Seguro social	
Venezuela, República Bolivariana de	2012	Seguro social
América del Norte																					
Canadá ^{1,c}	46.1	2000	44.2	2005	44.5	2007	43.6	2008	48.4	2009	46.1	2010	41.8	2011	40.5	0.0	40.5	43.6	36.2	2013	Seguro social
Estados Unidos ^{1,c}	37.1	2000	35.0	2005	35.9	2007	37.0	2008	40.4	2009	30.6	2010	27.2	2011	26.5	0.0	26.5	2012	Seguro social

Cuadro B.3 Desempleo: indicadores de la cobertura efectiva. Desempleados que efectivamente perciben prestaciones (porcentajes)

Área principal, región o país	Porcentaje de desempleados que perciben prestaciones de desempleo																Régimen de prestaciones de desempleo				
	2000	2005	2007	2008	2009	2010	2011	Último año con datos disponibles		Régimen de prestaciones de desempleo											
	Regímenes contributivos y no contributivos	Año real	Regímenes contributivos y no contributivos	Año real	Regímenes contributivos y no contributivos	Año real	Regímenes contributivos y no contributivos	Año real	Regímenes contributivos y no contributivos	Año real	Regímenes contributivos y no contributivos	Año real	Regímenes contributivos y no contributivos	Año real	Regímenes contributivos y no contributivos	Año real	Masculino	Femenino	Año más reciente	Existencia de un programa de desempleo consagrado en la legislación y tipo de programa	
Oceanía																					
Australia ^{1,c}	73.4	2000	70.4	2005	62.4	2007	65.8	2008	58.2	2009	51.3	2010	51.4	2011	0.0	52.7	52.7	60.0	44.4	2012	Asistencia social
Fiji	n.a.	...	n.a.	...	n.a.	...	n.a.	...	n.a.	...	n.a.	...	n.a.	...	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	2013	Ningún régimen consagrado en la legislación
Kiribati	n.a.	...	n.a.	...	n.a.	...	n.a.	...	n.a.	...	n.a.	...	n.a.	...	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	2013	Ningún régimen consagrado en la legislación
Islas Marshall	n.a.	...	n.a.	...	n.a.	...	n.a.	...	n.a.	...	n.a.	...	n.a.	...	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	2013	Ningún régimen consagrado en la legislación
Micronesia, Estados Federados de	n.a.	...	n.a.	...	n.a.	...	n.a.	...	n.a.	...	n.a.	...	n.a.	...	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	2013	Ningún régimen consagrado en la legislación
Nauru	n.a.	...	n.a.	...	n.a.	...	n.a.	...	n.a.	...	n.a.	...	n.a.	...	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	2013	Ningún régimen consagrado en la legislación
Nueva Caledonia ^{1,c}	17.4	2002	15.8	2005	18.1	2007	20.3	2008	24.4	2009	23.0	2010	24.5	2011	28.4	0.0	28.4	...	...	2012	Seguro social
Nueva Zelandia ^{1,c}	...	...	...	...	28.0	2007	18.6	2008	35.8	2009	41.8	2010	37.5	2011	0.0	32.9	32.9	45.8	20.6	2013	Asistencia social
Niue	n.a.	...	n.a.	...	n.a.	...	n.a.	...	n.a.	...	n.a.	...	n.a.	...	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	2013	Ningún régimen consagrado en la legislación
Palau	n.a.	...	n.a.	...	n.a.	...	n.a.	...	n.a.	...	n.a.	...	n.a.	...	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	2013	Ningún régimen consagrado en la legislación
Papua Nueva Guinea	n.a.	...	n.a.	...	n.a.	...	n.a.	...	n.a.	...	n.a.	...	n.a.	...	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	2013	Ningún régimen consagrado en la legislación
Samoa	n.a.	...	n.a.	...	n.a.	...	n.a.	...	n.a.	...	n.a.	...	n.a.	...	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	2013	Ningún régimen consagrado en la legislación
Islas Salomón	n.a.	...	n.a.	...	n.a.	...	n.a.	...	n.a.	...	n.a.	...	n.a.	...	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	2013	Retiro del Fondo de Previsión
Tonga	n.a.	...	n.a.	...	n.a.	...	n.a.	...	n.a.	...	n.a.	...	n.a.	...	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	2013	Ningún régimen consagrado en la legislación
Tuvalu	n.a.	...	n.a.	...	n.a.	...	n.a.	...	n.a.	...	n.a.	...	n.a.	...	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	2013	Indemnización por fin de servicios ^a
Vanuatu ⁴⁰	n.a.	...	n.a.	...	n.a.	...	n.a.	...	n.a.	...	n.a.	...	n.a.	...	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	2013	Indemnización por fin de servicios ^a

Notas

n.a.: No aplica.

...: No está disponible.

^a Indemnización por fin de servicios: en las leyes nacionales (por ej. el Código de Trabajo) y pagada directamente por los empleadores, pero sin un régimen de prestaciones de desempleo consagrado en la legislación nacional.^b No se incluye a los beneficiarios desempleados de los regímenes generales de asistencia social debido a la falta de disponibilidad de datos. Incluirlos incrementaría las tasas de cobertura pero sólo en aquellos países donde existen tales regímenes a mayor escala (países de ingresos altos y algunos países de ingresos medios).^c Fuentes y notas detalladas por país disponibles en: <http://www.social-protection.org/gimi/gess/RessourceDownload.action?ressource.ressourceId=37697>

Fuente principal

OIT (Oficina Internacional del Trabajo). Encuesta de Seguridad Social de la OIT. Disponible en www.ilo.org/dyn/ilossi/ssimain.home [6 de junio de 2014].

Otras fuentes (Existencia de un régimen de desempleo consagrado en la legislación y tipo de régimen)

Consejo de Europa: Sistema de Información Mutua sobre Protección Social del Consejo de Europa (MISSCEO) (Estrasburgo). Disponible en: http://www.coe.int/t/dg3/socialpolicies/socialsecurity/missceo/missceo_EN.asp [6 de junio, 2014].

Comisión Europea: Sistema de Información Mutua sobre Protección Social (MISSOC). Disponible en: <http://www.missoc.org/MISSOC/MISSOCII/MISSOCII/index.htm> [6 de junio, 2014].

OIT (Oficina Internacional del Trabajo): Base de datos de la OIT sobre Legislación en materia de Protección del Empleo (EPLex), disponible en http://www.ilo.org/dyn/epllex/termmain.home?p_lang=en [20 de abril, 2014].

Normas Internacionales del Trabajo de la OIT y base de datos de la legislación nacional de los países (NORMLEX) (que incorpora las antiguas bases de datos ILOLEX y NATLEX). Disponible en: <http://www.ilo.org/dyn/normlex/en/> [6 de junio, 2014].

Legislación nacional (para fuentes y notas detalladas por país disponibles en línea, sírvase consultar el enlace anterior, ⁹) SSA (Administración de la Seguridad Social de los Estados Unidos); AISS (Asociación Internacional de Seguridad Social). Social Security Programs Throughout the World (Washington, D.C. y Ginebra): Las Américas, 2013; Europa, 2012; Asia y el Pacífico, 2012; África, 2013. Disponible en: <http://www.ssa.gov/policy/docs/progdesc/ssptw/> [6 de junio, 2014].

¹ Repositorio de datos: Encuesta de Seguridad Social de la Oficina Internacional del Trabajo (OIT). Disponible en www.ilo.org/dyn/ilossi/ssimain.home.

² Ante la falta de la prestación de seguridad social en caso de desempleo, los trabajadores cubiertos por la legislación laboral pueden tener derecho a una indemnización por fin de servicios (como un pago de cuantía fija) sobre la base, por lo general, de una duración mínima de servicios y / o el motivo de la terminación de la relación de trabajo, a veces, en función de las categorías profesionales, el tamaño de empresa u otros criterios. La indemnización por fin de servicios consiste en un pago de cuantía fija. 31 países sin régimen de prestaciones de desempleo consagrado en la legislación otorgan dicha protección laboral (al respecto, existe información disponible en la base de datos de la OIT sobre Legislación en materia de Protección del Empleo (EPLex) y en la SSA/AISS, Social Security Programs Throughout the World, Washington, D.C. y Ginebra).

³ Camerún. Ningún régimen consagrado en la legislación. Arts. 1 y 2 de la Orden No. 016 del 26 de mayo de 1993: el trabajador tiene derecho a una indemnización por fin de servicios, siempre y cuando haya estado empleado durante al menos dos años y no haya cometido ninguna falta grave. La indemnización por fin de servicios corresponde a un porcentaje de la masa salarial mensual por año de servicios, y se establece en función de la duración de los servicios.

⁴ Comoras: Ningún régimen consagrado en la legislación. Art. 48 del Código de Trabajo (anteriormente Art. 50): la indemnización por fin de servicios y por terminación de contrato se definirán por decreto y luego de consultas por parte del Consejo Asesor de Trabajo y Empleo (anteriormente Consejo Superior del Trabajo) y debe considerar, particularmente, la duración de los servicios y las categorías profesionales. A octubre de 2012 no se había aprobado ningún decreto.

⁵ Côte d'Ivoire. Ningún régimen consagrado en la legislación. Art. 3 del Decreto núm. 96-200: el trabajador tiene derecho a una indemnización por fin de servicios, siempre y cuando haya estado empleado de forma continua por un periodo de al menos un año y no haya cometido ninguna falta grave. La indemnización por fin de servicios corresponde a un porcentaje de la masa salarial global por cada año de servicios.

⁶ Etiopía. Ningún régimen consagrado en la legislación. Art. 40 (1) y (2) de la Proclamación Laboral (LP): la indemnización por fin de servicios equivale a 30 veces el salario diario promedio de la última semana de trabajo para el primer año de servicios.

⁷ Gabón. Ningún régimen consagrado en la legislación. Art. 70 y 73 del Código de Trabajo: el trabajador tiene derecho a una indemnización por fin de servicios, siempre y cuando haya estado empleado durante al menos dos años y no haya cometido ninguna falta grave. La indemnización por fin de servicios corresponde al 20 por ciento de la masa salarial global por año de servicios.

⁸ Lesotho. Ningún régimen consagrado en la legislación. Art. 79 del Código de Trabajo: El trabajador tendrá derecho a una indemnización por fin de servicios, siempre y cuando no haya sido despedido por mala conducta y haya completado más de un año de servicios. La indemnización por fin de servicios será equivalente a dos semanas de salario por cada año de servicios. Sin embargo, la Ley de Enmienda del Código de Trabajo de 1997, prevé excepciones a la indemnización por fin de servicios reconocida por ley.

⁹ Libia: La Ley de Seguridad Social de 1980, dispone que los empleadores paguen una indemnización por fin de servicios a los trabajadores despedidos, equivalente al 100 por ciento de los ingresos por un período de hasta seis meses.

¹⁰ Marruecos. Ningún régimen consagrado en la legislación. De conformidad con el Art. 53 del Código de Trabajo, la indemnización por fin de servicios puede reclamarse al término de seis meses de servicios. Corresponde a un número de horas por año que varía con arreglo a la duración de los servicios.

¹¹ Namibia. Ningún régimen consagrado en la legislación. Un empleador debe pagar una indemnización por fin de servicios a un trabajador que haya completado 12 meses de servicios continuos (Sec. 35 de la ley de Trabajo), en caso de que el trabajador sea despedido, fallezca mientras está empleado o renuncie tras haber cumplido la edad de 65 años. La cuantía de la indemnización por fin de servicios debe ser equivalente al menos a una semana de remuneración por cada año de servicios continuos con el empleador (Sec. 35 (3)).

¹² Nigeria. La Ley de Reforma de las Pensiones de 2004, contiene la reglamentación que permite a la Caja de Seguro Social de Nigeria, introducir un régimen de seguro social para las prestaciones de desempleo. A la fecha, no se ha puesto en práctica ningún régimen. La ley sobre el Fondo de Previsión de 1961, autoriza retiros monetarios reducidos después de un año de desempleo para los asegurados que cotizaron en virtud del sistema anterior de Fondo de Previsión Social.

¹³ Rwanda. Ningún régimen consagrado en la legislación. De conformidad con el Art. 35 de la Ley de Trabajo, en el momento del despido, los trabajadores tienen derecho a una indemnización por fin de servicios ("compensación por despido"), siempre y cuando hayan completado un período de trabajo de al menos 12 meses consecutivos.

¹⁴ Seychelles. De conformidad con la Ley sobre el Fondo de Desempleo de 1980, el Fondo de Seguridad Social proporciona un ingreso de subsistencia a las personas desempleadas. Los datos disponibles se refieren al régimen de alivio del desempleo. Oficina Nacional de Estadísticas: Seychelles in figures, 2008 and 2012 (available at: <http://www.nbs.gov.sc/wp-content/uploads/2011/08/Seychelles-In-Figures-2011-Edition1.pdf>, consultado en mayo de 2014).

¹⁵ República Unida de Tanzania. Ningún régimen consagrado en la legislación. La indemnización por fin de servicios es definida en la ELRA como una cuantía equivalente al salario básico de siete días por cada año completo de servicios continuos con el empleador hasta un máximo de 10 años (Art. 42(1) de la ELRA). Se exige que un empleador pague la indemnización por fin de servicios a la terminación del empleo si el trabajador ha completado 12 meses de servicios continuos con un empleador y si ese empleador ha dado por terminada la relación laboral (Art. 42(2) de la ELRA).

¹⁶ Uganda. Ningún régimen consagrado en la legislación. La cuantía del pago por fin de servicios está sujeto a negociación entre el empleador y los trabajadores o el sindicato que los representa (Art. 89 de la Ley del Empleo (LA)). La Ley contiene también una lista de las circunstancias en las que no se hace efectiva la indemnización por fin de servicios (es decir, despido sumario) (Art. 88 de la LA). Parece ser que, en caso de un despido ordinario y justo (incluidos los despidos colectivos por motivos económicos), los empleados despedidos no tienen derecho a la indemnización por fin de servicios.

¹⁷ Bangladesh. Ningún régimen consagrado en la legislación. La Ley de Trabajo de 2008 dispone que los empleadores paguen una indemnización por fin de servicios, una prestación por reducción de personal, una prestación de despido y una prestación por una baja del servicio por motivos de mala salud, a los trabajadores de las tiendas y de los establecimientos comerciales e industriales. Los trabajadores permanentes cuya remuneración es mensual, perciben la mitad del salario básico promedio durante 120 días (más un pago de cuantía fija de un mes de salario por cada año de servicios); los trabajadores casuales durante 60 días (más un pago de cuantía fija equivalente a 14 días de salario por cada año de servicios) y los trabajadores temporeros durante 30 días.

¹⁸ Camboya. Ningún régimen consagrado en la legislación. Art. 89 del Código de Trabajo: si el trabajador es despedido por un motivo distinto a una falta grave, el empleador debe pagar una indemnización por despido. Los trabajadores permanentes cuya remuneración sea mensual, perciben la mitad del salario básico promedio durante 120 días (más un pago de cuantía fija equivalente a un mes de salario por cada año de servicios), los trabajadores casuales durante 60 días (más un pago de cuantía fija equivalente al salario de 14 días por cada año de servicios) y los trabajadores temporeros durante 30 días. La cuantía de la indemnización depende de la duración de los servicios continuos del trabajador. Esto solo se aplica a los contratos de duración no especificada. El Art. 73 del Código de Trabajo, dispone que a la terminación de un contrato de duración determinada (finalización del periodo o conclusión de la tarea), el empleador debe pagar al trabajador una indemnización por fin de servicios que puede ser fijada por negociación colectiva pero que en ningún caso debería ser inferior al 5 por ciento del total de los salarios pagados durante la duración del contrato.

¹⁹ Georgia. Para los años 2000 y 2005: Interstate Statistical Committee of the Commonwealth of Independent States (CIS) (disponible en: <http://www.cisstat.com/Obase/index-en.htm>, consultado en mayo de 2014). Para 2006: el Código de Trabajo de 2006, regula el pago de la indemnización por fin de servicios a los empleados. En el caso de terminación por parte del empleador, este paga un mes del salario promedio mensual (a menos que se establezca lo contrario en el contrato de empleo).

²⁰ India. Numerador: Encuesta de Seguridad Social de la OIT. "La prestación de desempleo" fue añadida en 2005 al régimen vigente de la Corporación Estatal del Seguro de los Empleados, que protege ante las contingencias de enfermedad y maternidad y cubre al 24 por ciento de los trabajadores formales o al 2 por ciento de la fuerza de trabajo total. No incluye a

- los beneficiarios del Régimen Nacional de Garantía del Empleo Rural. El grupo que constituye el objetivo de este régimen es más amplio que el de desempleados.
- ²¹ Indonesia. Ningún régimen consagrado en la legislación. De conformidad con el Art. 156 de la ley de la Fuerza de Trabajo, la finalización de la relación de empleo da lugar a pagos de terminación que incluyen una indemnización por fin de servicios y/o un pago por servicios prolongados. Las cuantías que figuran aquí corresponden a la indemnización por fin de servicios: un mes de salario por cada año de servicios hasta un pago máximo de 9 meses. El alcance del paquete de terminación depende de las circunstancias de la misma. En el caso de terminación por un delito o por una ausencia durante cinco días laborables consecutivos sin justificación, el trabajador no tiene derecho a ninguna indemnización por fin de servicios o a un pago por servicios prolongados (Art. 160 de la Ley de la Fuerza de Trabajo). Sin embargo, si un trabajador es despedido por motivo de violación de los términos de empleo, este tendrá derecho, no obstante a los pagos antes mencionados (Arts 158 (1) y 168 (1) de la Ley de la Fuerza de Trabajo).
- ²² Jordania. La reciente reforma de la seguridad social incluye el seguro de desempleo, sin embargo, aún no se dispone de estadísticas.
- ²³ Malasia. Ningún régimen consagrado en la legislación. La reglamentación de 1980 sobre las prestaciones de terminación y despido, disponen una indemnización por fin de servicios en el caso de terminación: diez días de salario por cada año completo de servicios de menos de dos años; 15 días de salario por cada año de dos a cinco años de servicios; 20 días de salario por cada año de servicios que supere los cinco años. Esta reglamentación se aplica a los trabajadores con más de un año de servicios (Sec. 3(1)) y no se aplica a los despidos por mala conducta, una vez concluidas las debidas investigaciones (Sec. 4).
- ²⁴ Myanmar. Myanmar promulgó su Ley de Seguridad Social en 2012. La Ley incluye la prestación del seguro de desempleo (Sec. 37), ahora bien, el país se encuentra en la fase de redacción de la reglamentación y las disposiciones aún no han sido aplicadas.
- ²⁵ Nepal. Ningún régimen consagrado en la legislación. La Ley de Trabajo de 1992, exige que los empleadores paguen una indemnización de fin de servicios de cuantía fija a los trabajadores despedidos, equivalente a un mes de salario por cada año de servicios en todos los establecimientos que emplean a diez o más trabajadores. La reglamentación laboral de 1993, dispone que los empleadores de los establecimientos con diez o más trabajadores paguen una prestación monetaria a los trabajadores con al menos tres años de empleo cuando se jubilen o renuncien con arreglo a lo siguiente: el 50 por ciento del salario mensual por cada uno de los primeros siete años de servicios, el 66 por ciento del salario mensual por cada año entre siete y 15 años de servicios y el 100 por ciento del salario mensual por cada año de servicios que supere los 15 años. El trabajador puede elegir entre una prestación monetaria y un pago de cuantía fija.
- ²⁶ Pakistán. Ningún régimen consagrado en la legislación. El Código de Trabajo dispone que los empleadores con 20 trabajadores o más, otorguen una indemnización por fin de servicios equivalente al menos a los últimos 30 días de salario por cada año de empleo.
- ²⁷ Filipinas. Ningún régimen consagrado en la legislación.
- ²⁸ Sri Lanka. Ningún régimen consagrado en la legislación. En virtud de la Ley relativa al Pago de las Gratificaciones (PGA), en el momento de la terminación del empleo, todos los empleadores que cuenten con 15 o más trabajadores deberán pagar a todos los trabajadores cuya remuneración es mensual y que hayan trabajado durante al menos cinco años, una gratificación equivalente a la mitad del salario mensual por cada año completo de servicios, o 14 días de salario por cada año de servicios para los trabajadores cuya remuneración no es mensual. Esta gratificación es pagadera independientemente de los motivos de la terminación (renuncia, despido, fallecimiento del trabajador, por imposición de la ley o de otro tipo). Véase las Secciones 5(1) y 6 de la PGA.
- ²⁹ República Árabe Siria. Ningún régimen consagrado en la legislación. La terminación mediante preaviso no otorga automáticamente el derecho a la indemnización por fin de servicios. De conformidad con la Ley de Trabajo (LL), los trabajadores tienen derecho a la indemnización por fin de servicios solo cuando el contrato finaliza en circunstancias específicas (Art. 62 de la LL): (1) Cuando ambas partes convengan por escrito para terminar el contrato. (2) Cuando el trabajador llegue a la edad de 60 años, excepto en el caso de un contrato de duración determinada que vaya más allá de esa fecha. En este caso, el contrato debe finalizar en la fecha correspondiente a la terminación. En cualquier caso, la Ley de Seguridad Social debe respetarse en cuanto al derecho a la edad de jubilación y el derecho de los trabajadores a continuar trabajando hasta completar el período de calificación o hasta la edad de 65 años, con lo cual el contrato debe expirar automáticamente. (3) Al fallecimiento del trabajador. (4) En el caso de una discapacidad total, por cualquier motivo cualquiera que fuera. (5) Cuando el trabajador contraiga una enfermedad que requiera la interrupción del trabajo por no menos de 180 días consecutivos, o períodos intermitentes que superen, en total, 200 días por un solo año contractual. (6) En caso de fuerza mayor. En estas circunstancias específicas, los empleadores deberán pagar a los trabajadores que no están cubiertos por la ley de seguridad social una indemnización de fin de servicios a una tasa equivalente a un mes de salario por cada año de servicios. Los trabajadores deberán además tener derecho a percibir una indemnización por fin de servicios por cualquier fracción de un año en base a un prorrateo (Art. 63 (a) de la LL).
- ³⁰ Emiratos Árabes Unidos. Ningún régimen consagrado en la legislación. De conformidad con el Art. 132 de la FLLR, un trabajador que haya completado un año o más de servicios continuos tiene derecho a una indemnización por fin de servicios (denominada también "gratificación por fin de servicios") al término de su período de empleo (21 días de salario por cada año de los cinco primeros años de servicios y 30 días de salario por cada año adicional, siempre y cuando la cuantía total no supere el salario de dos años). Un trabajador deberá tener derecho a una indemnización por fin de servicios por cualquier fracción de un año durante el cual realmente trabajó, con la condición de que haya completado un año continuo de servicios (Art. 133 de la FLLR).
- ³¹ Yemen. Ningún régimen consagrado en la legislación. De conformidad con el Art. 120(2) del Código del Trabajo, al final de sus servicios, cuando el trabajador no tenga derecho a una pensión mensual o a un pago de cuantía fija en virtud de la Ley del Seguro Social u otra reglamentación, deberán tener derecho a percibir una indemnización por fin de servicios equivalente al menos al salario de un mes por cada año de servicios (calculado sobre la base del último salario percibido por el trabajador).
- ³² Existen regímenes de asistencia al desempleo, sin embargo, no se dispone de datos. Por consiguiente, la cobertura está subestimada para Croacia, Irlanda (prestación de búsqueda de empleo); Federación de Rusia y Ucrania.
- ³³ Países Bajos. Numerador: Statline: Número de prestaciones. Disponible en: <http://statline.cbs.nl/StatWeb/selection/default.aspx?DM=SLEN&PA=37789ENG&LA=EN&VW=T>, consultado en mayo de 2014). Nota: las prestaciones de asistencia social incluyen prestaciones IOAW. El número de prestaciones pagadas a los trabajadores mayores y a los trabajadores parcialmente discapacitados (IOAW) menores de 65 años en las siguientes categorías: (a) personas desempleadas que hayan alcanzado el período máximo de prestación de desempleo y que tenían entre 50 y 57.5 años de edad cuando perdieron su trabajo; (b) personas desempleadas que perdieron su trabajo después de la edad de 57.5 años y que tenían derecho solo a la prestación de desempleo de corta duración; (c) personas desempleadas sin capacidad para el trabajo y que tienen derecho a la prestación de discapacidad parcial (WAO) (menos del 80 por ciento), y que hayan alcanzado al máximo período de prestación de desempleo; (d) discapacitados jóvenes receptores de las prestaciones parciales Wajong (menos del 80 por ciento). Denominador: Statline. Oficina Central de Estadísticas (disponible en: <http://statline.cbs.nl/StatWeb/dome/?LA=EN>, consultado en mayo de 2014).
- ³⁴ Bolivia (Estado Plurinacional de). Ningún régimen consagrado en la legislación. La Ley de Trabajo dispone que los empleadores otorguen una indemnización por fin de servicios a los trabajadores despedidos. Estos trabajadores están cubiertos por las prestaciones de asistencia de salud y de maternidad durante dos meses después de la terminación del empleo.
- ³⁵ Colombia. Sistema obligatorio de cuentas individuales de cesantía.
- ³⁶ Costa Rica. Ningún régimen consagrado en la legislación. La Ley de Trabajo dispone que los empleadores coticen el 1.5 por ciento de la nómina para financiar un régimen obligatorio de indemnización por fin de servicios.
- ³⁷ México. No existe un seguro de desempleo en México, ahora bien, se cuenta con programas de apoyo a los desempleados tales como el Programa de Apoyo al Empleo (PAE) y el Programa de Empleo Temporal (PET). El PAE consiste en un conjunto de políticas activas de mercado laboral puestas en práctica por el Ministerio de Trabajo y Protección Social (STPS), mediante la Coordinación General de Empleo (CGE), que diseña, coordina, supervisa y financia el programa, cuya gestión está a cargo de del Servicio Nacional de Empleo (SNE) en los estados. Los beneficiarios del PET representaban el 11.1 por ciento de los solicitantes de empleo en 2008 y el 16.7 por ciento en 2009.
- ³⁸ Panamá. Ningún régimen consagrado en la legislación. En virtud del Código de Trabajo de 1972, se exige que los empleadores paguen una indemnización por fin de servicios al término de su contrato laboral.
- ³⁹ Perú. Ningún programa consagrado en la legislación. El Código de Trabajo exige que los empleadores del sector privado otorguen a los empleados una indemnización por fin de servicios al término de su contrato laboral.
- ⁴⁰ Vanuatu. Ningún régimen consagrado en la legislación. La Ley relativa al Empleo de 1983, dispone que los empleadores otorguen una indemnización por fin de servicios equivalente a un mes por cada año de empleo. Los empleados tienen derecho a ese pago después de 12 meses de trabajo.

Cuadro B.4 Accidentes del trabajo y enfermedades profesionales: Características esenciales de los sistemas de seguridad social

Área principal, región o país	Tipo de régimen ^a	Tasas de cotización (%) ^b				Estimación de la cobertura en caso de accidentes y enfermedades profesionales ^c como % de la población activa	
		Empleado	Empleador	Trabajador por cuenta propia	Financiación del Gobierno	Cobertura obligatoria	Cobertura voluntaria
África							
Argelia	Seguro social	Ninguna cotización	1.25	No está cubierto	Ningún aporte	53.8	0.0
Angola	Seguro social					...	...
Benin	Seguro social	Ninguna cotización	2.5 (entre 1 a 4% de la masa salarial bruta según el riesgo evaluado)	No está cubierto	Ningún aporte	5.2	0.0
Botswana	Obligación del empleador (implica normalmente un seguro privado)	Ninguna cotización	Costo total	No está cubierto	Ningún aporte	43.1	0.0
Burkina Faso	Seguro social	Ninguna cotización	3.5	No está cubierto	Ningún aporte	5.5	0.0
Burundi	Seguro social	Ninguna cotización	3	No está cubierto	Ningún aporte	4.9	0.0
Camerún	Seguro social	Ninguna cotización	3.4 (1.75 a 5% de la masa salarial bruta según el riesgo evaluado)	Sin cobertura (aún no se ha implementado la cobertura voluntaria)	Ningún aporte	12.4	0.0
Cabo Verde	Seguro social	Ninguna cotización	Entre 2 y 6% en función de la situación del trabajador Cuantía fija para trabajadores domésticos	6	Ningún aporte	56.6	0.0
República Centroafricana	Seguro social	Ninguna cotización	3	No está cubierto	Ningún aporte	13.9	0.0
Chad	Seguro social	Ninguna cotización	4	No está cubierto	Ningún aporte	4.7	0.0
Congo	Seguro social	Ninguna cotización	2.25	No está cubierto	Ningún aporte	14.2	0.0
Congo, República Democrática del	Seguro social	Ninguna cotización	1.5	No está cubierto	Ningún aporte	26.2	0.0
Côte d'Ivoire	Seguro social	Ninguna cotización	3.5 (2 a 5% de la masa salarial bruta según el riesgo evaluado)	De carácter voluntario	Ningún aporte	14.7	46.2
Djibuti	Seguro social	Ninguna cotización	6.2	7	Ningún aporte	...	...
Egipto	Seguro social	Ninguna cotización	3	No está cubierto	Ningún aporte	51.1	0.0
Guinea Ecuatorial	Seguro social	Cotización global, con arreglo al régimen de vejez (4.5%)	Cotización global, con arreglo al régimen de vejez (21.%)	No está cubierto	Aporte global, con arreglo al régimen de vejez (incluida en 25% de recibos anuales de seguridad social)	14.5	0.0
Etiopía	Seguro social	Cotización global, con arreglo al régimen de vejez (incluida en 7% del sueldo de base)	Cotización global, con arreglo al régimen de vejez (11% civiles y 25% militares)	No está cubierto	Ningún aporte	17.4	0.0
Gabón	Seguro social	Ninguna cotización	3	Sistema especial	Ningún aporte	45.0	45.0

Cuadro B.4 Accidentes del trabajo y enfermedades profesionales: Características esenciales de los sistemas de seguridad social

Área principal, región o país	Tipo de régimen ^a	Tasas de cotización (%) ^b				Estimación de la cobertura en caso de accidentes y enfermedades profesionales ^c como % de la población activa	
		Empleado	Empleador	Trabajador por cuenta propia	Financiación del Gobierno	Cobertura obligatoria	Cobertura voluntaria
Gambia	Obligación del empleador	Ninguna cotización	1	No está cubierto	Ningún aporte	23.4	0.0
Ghana	Obligación del empleador (implica normalmente un seguro privado)	Ninguna cotización	Costo total	No está cubierto	Ningún aporte	16.6	0.0
Guinea	Seguro social	Ninguna cotización	4	No está cubierto	Ningún aporte	14.5	0.0
Kenya	Obligación del empleador (implica normalmente un seguro privado)	Ninguna cotización	Costo total	No está cubierto	Ningún aporte	9.3	0.0
Lesotho	Seguro social	Ninguna cotización	Porcentaje de ingresos mensuales (variable en función de los términos del acuerdo, sector o directiva ministerial)	No está cubierto	Ningún aporte	...	...
Liberia	Seguro social	Ninguna cotización	1.75	1.75	Ningún aporte	80.5	0.0
Libia	Seguro social; obligación del empleador	Cotización global, con arreglo al régimen de vejez	Cotización global, con arreglo al régimen de vejez para las prestaciones monetarias y al régimen de enfermedad para la asistencia médica	Cotización global, con arreglo al régimen de vejez para las prestaciones monetarias y al régimen de enfermedad para la asistencia médica	Prestaciones monetarias: Con arreglo al régimen de vejez, invalidez y sobrevivientes. Asistencia médica: con arreglo al régimen de enfermedad	...	...
Madagascar	Seguro social	Ninguna cotización	1.25	No está cubierto	Ningún aporte	9.3	0.0
Malawi	Obligación del empleador (implica normalmente un seguro privado)	Ninguna cotización	Costo total	No está cubierto	Ningún aporte	6.9	0.0
Malí	Seguro social	Ninguna cotización	2.5% (1 a 4% en función del riesgo evaluado)	2.5% (1 a 4% en función del riesgo evaluado). De carácter voluntario	Ningún aporte	9.1	48.1
Mauritania	Seguro social	Ninguna cotización	3	No está cubierto	Ningún aporte	8.6	0.0
Mauricio	Seguro social	Ninguna cotización	Cotización global, con arreglo al régimen de vejez (6% a 10.5% de la nómina)	No está cubierto	Ningún aporte	68.2	0.0
Marruecos	Obligación del empleador (implica un seguro privado)	Ninguna cotización	Costo total	No está cubierto	Ningún aporte	39.0	0.0
Namibia	Seguro social	Ninguna cotización	Costo total	No está cubierto	Ningún aporte	47.1	0.0
Níger	Seguro social	Ninguna cotización	2	1.75	Ningún aporte	90.9	0.0
Nigeria	Seguro social	Ninguna cotización	1	Mecanismos de financiación aún no determinados	Ningún aporte	32.8	0.0

Cuadro B.4 Accidentes del trabajo y enfermedades profesionales: Características esenciales de los sistemas de seguridad social

Área principal, región o país	Tipo de régimen ^a	Tasas de cotización (%) ^b				Estimación de la cobertura en caso de accidentes y enfermedades profesionales ^c como % de la población activa	
		Empleado	Empleador	Trabajador por cuenta propia	Financiación del Gobierno	Cobertura obligatoria	Cobertura voluntaria
Rwanda	Seguro social	Ninguna cotización	2	No está cubierto	Ningún aporte	4.5	0.0
Santo Tomé y Príncipe	Seguro social	Cotización global, con arreglo al régimen de vejez (4% sobre los ingresos brutos)	Cotización global, con arreglo al régimen de vejez (6% de la masa salarial bruta)	No está cubierto	Ningún aporte	28.9	0.0
Senegal	Seguro social	Ninguna cotización	1%, 3% o 5% en función del grado de riesgo evaluado	1%, 3% o 5% en función del grado de riesgo evaluado	Ningún aporte	27.3	34.0
Seychelles	Seguro social	Ninguna cotización	Ninguna cotización	No está cubierto	El costo total se financia con el impuesto sobre la renta con asignación específica	69.1	0.0
Sierra Leona	Obligación del empleador (implica normalmente un seguro privado)	Ninguna cotización	Costo total	No está cubierto	Cotización cotización anual aprobada	6.1	0.0
Sudáfrica	Obligación del empleador (implica un seguro privado)	Ninguna cotización	Costo total	No está cubierto	Ningún aporte	67.5	0.0
Sudán	Seguro social	Ninguna cotización	2	Cotización global, con arreglo al régimen de vejez (25% de los ingresos mensuales declarados)	Ningún aporte	62.1	0.0
Swazilandia	Obligación del empleador (implica un seguro privado)	Ninguna cotización	Costo total	No está cubierto	Ningún aporte	62.6	0.0
Tanzania, República Unida de	Seguro social	Cotización global, con arreglo al régimen de vejez (10% a 20% – si es voluntaria – de los ingresos brutos)	Cotización global, con arreglo al régimen de vejez (10% de la masa salarial bruta)	Cotización global, con arreglo al régimen de vejez (20% de los ingresos declarados)	Ningún aporte	8.8	68.0
Togo	Seguro social	Ninguna cotización	2	2	Ningún aporte	84.2	0.0
Túnez	Seguro social	Ninguna cotización	0.4% a 4.0% de la masa salarial bruta, en función del grado de riesgo evaluado	Cotizaciones voluntarias	Ningún aporte	42.0	15.3
Uganda	Obligación del empleador (implica un seguro privado)	Ninguna cotización	Costo total	No está cubierto	Ningún aporte	16.0	0.0
Zambia	Obligación del empleador (implica un seguro privado)	Ninguna cotización	Varía en función del grado de riesgo evaluado	No está cubierto	Ningún aporte	11.9	0.0
Zimbabwe	Obligación del empleador	Ninguna cotización	Costo total	No está cubierto	Ningún aporte	25.4	0.0

Cuadro B.4 Accidentes del trabajo y enfermedades profesionales: Características esenciales de los sistemas de seguridad social

Área principal, región o país	Tipo de régimen ^a	Tasas de cotización (%) ^b				Estimación de la cobertura en caso de accidentes y enfermedades profesionales ^c como % de la población activa	
		Empleado	Empleador	Trabajador por cuenta propia	Financiación del Gobierno	Cobertura obligatoria	Cobertura voluntaria
Asia							
Armenia	Seguro social	Cotización global, con arreglo al régimen de vejez (3% de los ingresos mensuales netos) para las prestaciones monetarias	Cotización global, con arreglo al régimen de vejez (cuantía fija en función de la escala de ingresos mensuales del empleado) para prestaciones monetarias	No está cubierto	Prestaciones monetarias: subsidios, según sea necesario. Asistencia médica: los gobiernos central y locales pagan el costo total	59.3	0.0
Azerbaiyán	Obligación del empleador que implica un seguro obligatorio	Ninguna cotización	Costo total	Costo total; de carácter voluntario	El costo total de la asignación para gastos de sepelio	39.7	0.0
Bahréin	Seguro social	Ninguna cotización	3% de los ingresos mensuales del empleado	No está cubierto	Ningún aporte	84.6	0.0
Bangladesh	Obligación del empleador	Ninguna cotización	Costo total	No está cubierto	Ningún aporte	12.5	0.0
Bután	Seguro social	Ninguna cotización	Costo total	No está cubierto	Ningún aporte	...	...
Brunei Darussalam	Obligación del empleador	Ninguna cotización	Proporciona las prestaciones directamente a los empleados	No está cubierto	Ningún aporte	88.0	0.0
China	Seguro social; obligación del empleador	Ninguna cotización	1% de la nómina total (en promedio) para el seguro social; los costos totales de la obligación del empleador	Cotiza como empleador para los empleados	Subsidios, según sea necesario	24.2	0.0
Georgia	Obligación del empleador; asistencia social	Sin cotización para la obligación del empleador; con arreglo al régimen de vejez, invalidez y sobrevivientes para la asistencia social	El costo total de las prestaciones monetarias y de asistencia médica para la obligación del empleador; sin cotización para la asistencia social	Sin cobertura para la obligación del empleador; con arreglo al régimen de vejez, invalidez y sobrevivientes para la asistencia social	Obligación del empleador: el costo total de las prestaciones monetarias y médicas Asistencia social: con arreglo al régimen de vejez, invalidez y sobrevivientes	23.3	0.0
Hong Kong (China), Región Administrativa Especial de	Obligación del empleador que implica un seguro obligatorio	Ninguna cotización	Costo total	No está cubierto	Ningún aporte	85.6	0.0
India	Seguro social	Cotización global, con arreglo al régimen de enfermedad	Cotización global, con arreglo al régimen de enfermedad	No está cubierto	Aporte global, con arreglo al régimen de enfermedad	7.9	0.0
Indonesia	Seguro social	Ninguna cotización	Costo total	1% de los ingresos mensuales declarados. De carácter voluntario	Ningún aporte	28.7	44.3
Irán, República Islámica del	Seguro social	Cotización global, con arreglo al régimen de vejez	Cotización global, con arreglo al régimen de vejez	No está cubierto	Aporte global, con arreglo al régimen de vejez	38.7	0.0

Cuadro B.4 Accidentes del trabajo y enfermedades profesionales: Características esenciales de los sistemas de seguridad social

Área principal, región o país	Tipo de régimen ^a	Tasas de cotización (%) ^b				Estimación de la cobertura en caso de accidentes y enfermedades profesionales ^c como % de la población activa	
		Empleado	Empleador	Trabajador por cuenta propia	Financiación del Gobierno	Cobertura obligatoria	Cobertura voluntaria
Israel	Seguro social	Ninguna cotización	0.37% a 0.90% de los ingresos en exceso del 60% del salario promedio nacional	0.68% a 0.90% de los ingresos en exceso del 60% del salario promedio nacional	0.03% de la nómina e ingresos	74.1	0.0
Japón	Seguro social	Ninguna cotización	0.25% a 8.9% de la nómina, en función de una tasa de siniestralidad de tres años	0.25% a 8.9% de los ingresos declarados	Ningún aporte	85.0	0.0
Jordania	Seguro social	Ninguna cotización	Al menos 2% de la nómina mensual	No está cubierto	Cualquier déficit	44.6	0.0
Kazajstán	Obligación del empleador que implica un seguro obligatorio; asistencia social	Ninguna cotización	El costo total de las primas de seguros (de 0.04% a 9.9% de la nómina) o proporciona prestaciones directamente al asegurado	El costo de ciertas prestaciones	El costo de las prestaciones de invalidez permanente y sobrevivientes	56.1	0.0
Corea, República de	Seguro social	Ninguna cotización	0.6% a 35.4% de la nómina anual, en función del grado de riesgo evaluado	0.6% a 35.4% de los ingresos declarados o de la nómina De carácter voluntario	Ningún aporte	85.2	0.0
Kuwait	Seguro social | No hay un programa específico para accidentes del trabajo y enfermedades profesionales	Cotización global, con arreglo al régimen de vejez	Cotización global, con arreglo al régimen de vejez	...	El costo total de las prestaciones monetarias Invalidez permanente con arreglo al régimen de prestaciones de largo plazo	95.1	2.6
Kirguistán	Seguro social (prestaciones monetarias); universal (asistencia médica)	Cotización global, con arreglo al régimen de vejez para las prestaciones monetarias	Cotización global, con arreglo al régimen de vejez (prestaciones monetarias)	Ninguno (prestaciones médicas)	El costo total de las prestaciones médicas; invalidez permanente con arreglo al régimen de prestaciones de largo plazo	44.0	0.0
República Democrática Popular Lao	Seguro social (obligación del empleador para los empleados no cubiertos)	Ninguna cotización	Cotización global, con arreglo al régimen de vejez (5% de la masa salarial mensual)	No está cubierto	Costos administrativos para la administración de la seguridad social	6.7	0.0
Líbano	Obligación del empleador que implica un seguro obligatorio	Ninguna cotización	Costo total	No está cubierto	Ningún aporte	47.8	0.0
Malasia	Seguro social	Ningún aporte	1.25% de la nómina mensual, en función de 34 clases salariales	No está cubierto	Ningún aporte	36.2	0.0
Myanmar	Seguro social	Ninguna cotización; con arreglo al régimen de enfermedad para la asignación de gastos de sepelio	1% de la nómina mensual; con arreglo al régimen de enfermedad para la asignación de gastos de sepelio	No está cubierto	Ningún aporte	...	...
Nepal	Obligación del empleador que implica un seguro obligatorio	Ninguna cotización	Costo total	No está cubierto	Ningún aporte	3.8	0.0

Cuadro B.4 Accidentes del trabajo y enfermedades profesionales: Características esenciales de los sistemas de seguridad social

Área principal, región o país	Tipo de régimen ^a	Tasas de cotización (%) ^b				Estimación de la cobertura en caso de accidentes y enfermedades profesionales ^c como % de la población activa	
		Empleado	Empleador	Trabajador por cuenta propia	Financiación del Gobierno	Cobertura obligatoria	Cobertura voluntaria
Omán	Seguro social	Ninguna cotización	1% de la masa salarial	No está cubierto	Ningún aporte	40.2	0.0
Pakistán	Seguro social; obligación del empleador	Ninguna cotización	Cotización global; con arreglo al régimen de enfermedad (6% sobre la nómina mensual)	No está cubierto	Ningún aporte	28.6	0.0
Filipinas	Seguro social	Ninguna cotización	0.2% para ingresos mensuales de al menos 15 000 pesos	No está cubierto	Cualquier déficit	45.8	0.0
Arabia Saudita	Seguro social	Ninguna cotización	2% de la masa salarial	No está cubierto	Contribución irregular/discrecional	77.4	0.0
Singapur	Obligación del empleador que implica un seguro obligatorio	Ninguna cotización	Costo total	No está cubierto	Ningún aporte	72.6	0.0
Sri Lanka	Obligación del empleador	Ninguna cotización	Costo total o 1.75 a 7.5% de la masa salarial bruta según el riesgo evaluado	No está cubierto	El costo total de la asistencia médica	42.3	0.0
República Arabe Siria	Seguro social	Ninguna cotización	3% de la masa salarial	No está cubierto	Ningún aporte	47.8	0.0
Taiwán, China	Seguro social	Ninguna cotización	"Prestaciones monetarias: 0.21% en promedio; 0.02% a 2.94% de la nómina mensual en función del riesgo evaluado. Asistencia médica: con arreglo al régimen de enfermedad y maternidad"	Sin cobertura con excepciones	"Prestaciones monetarias: costo de administración. Asistencia médica: con arreglo al régimen de enfermedad y maternidad"	74.1	0.0
Tailandia	Obligación del empleador que implica un seguro obligatorio	Ninguna cotización	0.2% a 1% de la nómina anual en función del riesgo evaluado.	No está cubierto	Ningún aporte	26.2	0.0
Turkmenistán	Seguro social (prestaciones monetarias); universal (asistencia médica)	"Prestaciones monetarias: cotizaciones con arreglo al régimen de vejez, invalidez y sobrevivientes Asistencia médica: ninguna cotización"	"Prestaciones monetarias: cotización global, con arreglo al régimen de vejez (20% de la nómina) Asistencia médica: ninguna cotización"	No está cubierto	"Prestaciones monetarias: cotización global, con arreglo al régimen de enfermedad, vejez, invalidez, sobrevivientes. Asistencia médica: costo total. Asistencia médica: ningún aporte"	52.6	0.0
Uzbekistán	Seguro social (prestaciones monetarias); universal (asistencia médica)	Cotización global, con arreglo al régimen de vejez (5.5% sobre los salarios)	Cotización global, con arreglo al régimen de vejez (25% de la nómina)	No está cubierto	Subsidios para prestaciones en caso de accidentes del trabajo y enfermedades profesionales. El costo total de la asistencia médica	44.1	0.0
Viet Nam	Seguro social	Ninguna cotización	1% de la nómina mensual	No está cubierto	Ningún aporte	30.4	0.0

Cuadro B.4 Accidentes del trabajo y enfermedades profesionales: Características esenciales de los sistemas de seguridad social

Área principal, región o país	Tipo de régimen ^a	Tasas de cotización (%) ^b				Estimación de la cobertura en caso de accidentes y enfermedades profesionales ^c como % de la población activa	
		Empleado	Empleador	Trabajador por cuenta propia	Financiación del Gobierno	Cobertura obligatoria	Cobertura voluntaria
Yemen	Seguro social	Ninguna cotización	4% de la nómina total	No está cubierto	Ningún aporte; cotiza el 1% de la nómina como empleador	37.7	0.0
Europa							
Albania	Seguro social	Ninguna cotización	0.3	No está cubierto	Ningún aporte	34.7	0.0
Austria	Seguro social	Ninguna cotización	1.4	1.9% de los ingresos cotizables o tasa fija	El gobierno federal aporta al seguro de accidentes de los productores agrícolas	77.4	0.0
Belarús	Seguro social	Ninguna cotización	El gobierno federal aporta al seguro de accidentes de los productores agrícolas	No está cubierto	Ningún aporte	70.9	0.0
Bélgica	Seguro social	Ninguna cotización	0.32% de los ingresos de referencia para accidentes del trabajo; 1% de los ingresos de referencia para enfermedades profesionales	No está cubierto	Ningún aporte	63.1	0.0
Bulgaria	Seguro social	Ninguna cotización	0.4% a 1.1% de la nómina, en función del grado de riesgo evaluado	0.4% a 1.1% de los ingresos, en función del grado de riesgo evaluado. De carácter voluntario	Ningún aporte, aporte como empleador	66.2	8.6
Croacia	Seguro social	Ninguna cotización	0.5	0.5	Ningún aporte	68.2	0.0
República Checa	Seguro social	Ninguna cotización	La cotización depende del tipo de actividad realizada	No está cubierto	Cualquier déficit	66.2	0.0
Chipre	Seguro social	Cotización global, con arreglo al régimen de vejez (6.8% sobre los ingresos cotizables)	Cotización global, con arreglo al régimen de vejez (6.8% de la masa salarial cotizabile)	No está cubierto	Aporte global, con arreglo al régimen de vejez (4.3% de la masa salarial cotizabile)	68.2	0.0
Dinamarca	Universal (asistencia médica); suministro directo (prestaciones monetarias)	Ninguna cotización	El costo total para la invalidez permanente Con arreglo al régimen de enfermedad y maternidad para la invalidez temporal	Cotizaciones voluntarias	Aporte global, con arreglo al régimen de enfermedad	88.0	7.9
Estonia	Seguro social	Ninguna cotización	Cotización global; con arreglo al régimen de enfermedad (13% sobre la nómina)	Cotización global; con arreglo al régimen de enfermedad (13% sobre los ingresos declarados)	Cualquier déficit	76.8	0.0
Finlandia	Obligación del empleador; seguro privado obligatorio	Ninguna cotización	0.3% a 8% sobre la nómina anual, en función del grado de riesgo evaluado de la profesión	Prima anual en función del grado de riesgo evaluado de la profesión. De carácter voluntario	Ningún aporte	66.5	9.4

Cuadro B.4 Accidentes del trabajo y enfermedades profesionales: Características esenciales de los sistemas de seguridad social

Área principal, región o país	Tipo de régimen ^a	Tasas de cotización (%) ^b				Estimación de la cobertura en caso de accidentes y enfermedades profesionales ^c como % de la población activa	
		Empleado	Empleador	Trabajador por cuenta propia	Financiación del Gobierno	Cobertura obligatoria	Cobertura voluntaria
Francia	Seguro social	Ninguna cotización. Las personas aseguradas voluntariamente pagan cotizaciones variables en función del grado de riesgo evaluado	El costo total. Varía en función del grado de riesgo evaluado	Cotización a regímenes especiales.	Ningún aporte	74.1	0.0
Alemania	Seguro social	Ninguna cotización	1.32% en promedio	Sin cobertura (con pocas excepciones)	Un subsidio para el seguro de accidentes agrícolas Aportes para grupos específicos (estudiantes, actividades voluntarias especificadas)	63.0	0.0
Grecia	Seguro social	Cotización global, con arreglo al régimen de enfermedad (0.4% de los ingresos mensuales cubiertos para prestaciones monetarias y 2.15% para asistencia médica)	Cotización global, con arreglo al régimen de enfermedad + 1% sobre la nómina	No está cubierto	Un subsidio anual garantizado	46.9	0.0
Hungría	Seguro social	Cotización global, con arreglo al régimen de vejez (10% de los ingresos mensuales cubiertos)	Cotización global, con arreglo al régimen de vejez (27% de la masa salarial mensual)	Cotización global, con arreglo al régimen de vejez (37% de los ingresos mensuales declarados)	Cualquier déficit	78.3	0.0
Islandia	Seguro social; asistencia social	Ninguna cotización	Cotización global, con arreglo al régimen de vejez (parte del 7.79% sobre los ingresos brutos para la pensión universal)	Cotización global, con arreglo al régimen de vejez (parte del 7.79% sobre los ingresos brutos para la pensión universal)	Financiación parcial con los impuestos generales	95.1	0.3
Irlanda	Seguro social	Cotización global, con arreglo al régimen de vejez (4% sobre los ingresos semanales cotizables)	Cotización global, con arreglo al régimen de vejez (4.25% a 10,5% sobre los salarios brutos en función de los ingresos semanales)	No está cubierto	Cualquier déficit (empleados del sector público); el costo total (empleados del sector público)	71.8	0.0
Italia	Seguro social	Ninguna cotización	3% en promedio (0.5% a 16% sobre la nómina, en función del grado de riesgo evaluado)	Cotización variable según el grado de riesgo evaluado	Ningún aporte	72.2	0.0
Letonia	Seguro social	Ninguna cotización	Cotización global, con arreglo al régimen de vejez	No está cubierto	Costo de los servicios de salud garantizados por el estado (presupuesto anual del estado) Aporta como empleador	69.2	0.0

Cuadro B.4 Accidentes del trabajo y enfermedades profesionales: Características esenciales de los sistemas de seguridad social

Área principal, región o país	Tipo de régimen ^a	Tasas de cotización (%) ^b				Estimación de la cobertura en caso de accidentes y enfermedades profesionales ^c como % de la población activa	
		Empleado	Empleador	Trabajador por cuenta propia	Financiación del Gobierno	Cobertura obligatoria	Cobertura voluntaria
Liechtenstein	Seguro social	Ninguna cotización	Cotización variable según el grado de riesgo evaluado	Cotización variable en función del alcance de la cobertura requerida y el grado del riesgo evaluado. De carácter voluntario	Ningún aporte	...	...
Lituania	Seguro social	Ninguna cotización	0.18% a 0.9% sobre los ingresos, en función de tres categorías de empleados	No está cubierto	Ningún aporte	64.7	0.0
Luxemburgo	Seguro social	Ninguna cotización	1.15% de los ingresos cotizables	1.15% de los ingresos cotizables	50% del costo de administración	77.1	0.0
Malta	Seguro social	Cotización global, con arreglo al régimen de vejez (10% sobre los salarios cotizables)	Cotización global, con arreglo al régimen de vejez (10% de la masa salarial cotizable)	Cotización global, con arreglo al régimen de vejez. Cuantía fija en función de los ingresos netos	50% del valor de las cotizaciones totales	73.5	0.0
Moldova, República de	Seguro social (prestaciones monetarias); universal (asistencia médica)	Ninguna cotización	Cotización global, con arreglo al régimen de vejez (22%–23% sobre la nómina en función del sector)	Tasa fija anual. De carácter voluntario	Ningún aporte	60.2	22.8
Mónaco	Seguro privado obligatorio	Ninguna cotización	Costo total	No está cubierto	Ningún aporte	...	...
Países Bajos	Seguro social	Cotización global, con arreglo al régimen de enfermedad, vejez, invalidez, sobrevivientes	Cotización global, con arreglo al régimen de enfermedad, vejez, invalidez, sobrevivientes	...	Aporte global, con arreglo al régimen de enfermedad, vejez, invalidez, sobrevivientes	97.6	0.0
Noruega	Seguro social; universal.	Ninguna cotización	Cotización global, con arreglo al régimen de vejez	0.4% sobre los ingresos. De carácter voluntario	Cualquier déficit	89.6	1.8
Polonia	Seguro social	Ninguna cotización	De 0.67% a 3.33% sobre la nómina, en función del grado de riesgo evaluado y el número de empleados	1.67% de los ingresos declarados	El costo de procedimientos especializados que promueven buenas prácticas de salud pública	100.0	0.0
Portugal	Obligación del empleador (accidentes del trabajo); seguro social (enfermedades profesionales)	Ninguna cotización	Seguro de responsabilidad civil (accidentes del trabajo) con un seguro privado (las Cotizaciones varían en función del grado de riesgo evaluado). 0.50% sobre la nómina (enfermedades profesionales)	Cotizaciones para enfermedades profesionales con arreglo al régimen de vejez, invalidez y sobrevivientes	Ningún aporte	77.3	0.0
Rumania	Seguro social	Ninguna cotización. Los asegurados pagan voluntariamente 1% sobre los ingresos promedio mensuales.	De 0.5% a 0.85% sobre los ingresos brutos mensuales promedio, en función del grado de riesgo evaluado.	1% sobre los ingresos mensuales promedio. De carácter voluntario	Subsidios	63.1	16.6

Cuadro B.4 Accidentes del trabajo y enfermedades profesionales: Características esenciales de los sistemas de seguridad social

Área principal, región o país	Tipo de régimen ^a	Tasas de cotización (%) ^b				Estimación de la cobertura en caso de accidentes y enfermedades profesionales ^c como % de la población activa	
		Empleado	Empleador	Trabajador por cuenta propia	Financiación del Gobierno	Cobertura obligatoria	Cobertura voluntaria
Federación de Rusia	Seguro social	Ninguna cotización	De 0.2% a 8.5% sobre la nómina en función de 32 clases de riesgos profesionales relacionados con 22 categorías de industrias	No está cubierto	Ningún aporte	74.4	0.0
San Marino	Seguro social	Cotización global, con arreglo al régimen de vejez	Cotización global, con arreglo al régimen de vejez	Cotización global, con arreglo al régimen de vejez	Cotización global, con arreglo al régimen de vejez	96.9	0.0
Serbia	Seguro social	Con arreglo al régimen de vejez, incapacidad, sobrevivientes y enfermedad	Con arreglo al régimen de vejez, incapacidad, sobrevivientes y enfermedad	...	Con arreglo al régimen de vejez, invalidez, sobrevivientes y enfermedad	66.2	0.0
Eslovaquia	Seguro social	Ninguna cotización	0.8% de la masa salarial bruta	No está cubierto	Cualquier déficit y el costo de los tratamientos termales	66.4	0.0
Eslovenia	Seguro social	Con arreglo al régimen de enfermedad para la invalidez temporal; con arreglo al régimen de vejez, invalidez y sobrevivientes para la invalidez permanente	0.53% sobre los ingresos brutos para la invalidez temporal; con arreglo al régimen de vejez, invalidez y sobrevivientes para la invalidez permanente	0.53% sobre la nómina para la invalidez temporal; con arreglo al régimen de vejez, invalidez y sobrevivientes para la invalidez permanente	Cualquier déficit causado por una disminución en las tasas de cotización para prestaciones por invalidez permanente	80.2	0.0
España	Seguro social	Ninguna cotización	1.98% (0.81 a 16.2% en función del grado de riesgo evaluado)	Cotizaciones voluntarias en función del nivel de cobertura elegido	Ningún aporte	48.3	22.2
Suecia	Seguro social	Ninguna cotización	0.68% de la masa salarial	0.68% de los ingresos declarados	Ningún aporte	84.8	0.0
Suiza	Seguro privado obligatorio	Ninguna cotización	Costo total	Cotizaciones voluntarias	Ningún aporte	66.7	11.1
Turquía	Seguro social	Ninguna cotización	Con arreglo al régimen de enfermedad (incluido en 1% a 6.5% de los ingresos mensuales, en función del grado de riesgo)	Con arreglo al régimen de enfermedad (incluido en 1% a 6.5% de los ingresos mensuales, en función del grado de riesgo)	El costo de las cotizaciones para aprendices y estudiantes que asisten a escuelas técnicas. Aporta como empleador	68.4	0.0
Ucrania	Seguro social (prestaciones monetarias); universal (asistencia médica)	Ninguna para las prestaciones monetarias; incluidas con arreglo al régimen de enfermedad para la asistencia médica	Cotización global, con arreglo al régimen de vejez	...	Ninguna para las prestaciones monetarias; incluidas con arreglo al régimen de enfermedad para las prestaciones médicas	64.1	0.0
Reino Unido	Seguro social; asistencia social	Cotización global, con arreglo al régimen de vejez	Cotización global, con arreglo al régimen de vejez	No está cubierto	Aporte global, con arreglo al régimen de vejez	68.0	0.0
América Latina y el Caribe							

Cuadro B.4 Accidentes del trabajo y enfermedades profesionales: Características esenciales de los sistemas de seguridad social

Área principal, región o país	Tipo de régimen ^a	Tasas de cotización (%) ^b				Estimación de la cobertura en caso de accidentes y enfermedades profesionales ^c como % de la población activa	
		Empleado	Empleador	Trabajador por cuenta propia	Financiación del Gobierno	Cobertura obligatoria	Cobertura voluntaria
Argentina	Obligación del empleador	Ninguna cotización	Costo total	No está cubierto	Ningún aporte	44.9	0.0
Bahamas	Seguro social	Ninguna cotización	Costo total	2	Ningún aporte	82.6	0.0
Barbados	Seguro social	Cotización global, con arreglo al régimen de vejez (5.93% a 13.5% sobre los ingresos cotizables)	Cotización global, con arreglo al régimen de vejez (5.93% a 6.75% sobre la masa salarial cotizable)	No está cubierto	Ningún aporte	65.6	0.0
Belice	Seguro social	Cotizaciones con arreglo al régimen de vejez, invalidez y sobrevivientes	Cotizaciones con arreglo al régimen de vejez, invalidez y sobrevivientes	Cotizaciones con arreglo al régimen de vejez, invalidez y sobrevivientes	Aporta como empleador	80.6	0.0
Bermuda	Obligación del empleador (implica normalmente un seguro privado)	Ninguna cotización	Costo total	No está cubierto	Ningún aporte	32.2	0.0
Bolivia, Estado Plurinacional de	Seguro social; seguro privado obligatorio	Con arreglo al régimen de enfermedad y maternidad para las prestaciones de invalidez temporal y la asistencia médica	Con arreglo al régimen de enfermedad para las prestaciones médicas y de invalidez temporal; con arreglo al régimen de vejez, invalidez y sobrevivientes para la invalidez permanente	Invalidez temporal y prestaciones médicas: con arreglo al régimen de enfermedad. Invalidez permanente: Con arreglo al régimen de vejez, invalidez y sobrevivientes De carácter voluntario.	Aporta como empleador	16.0	18.4
Brasil	Seguro social	Ninguna cotización	1% a 3% sobre la nómina bruta en función del grado de riesgo evaluado; 0.1% sobre la nómina bruta para empleadores de trabajadores rurales	No está cubierto	Ningún aporte	56.5	0.0
Islas Vírgenes Británicas	Seguro social	Ninguna cotización	0.5% de la nómina mensual cotizable	0.5% de los ingresos mensuales declarados	Ningún aporte	98.4	0.0
Chile	Seguro social	Ninguna cotización	0.95% más hasta el 3.4% sobre la masa salarial cotizable en función del riesgo evaluado	0.95% sobre los ingresos declarados + hasta el 3.4% sobre los ingresos declarados en función de la ocupación.	Ningún aporte; aporta como empleador	76.0	0.0
Colombia	Seguro social	Ninguna cotización	0.348% a 8.7% sobre la masa salarial cotizable en función del riesgo evaluado	0.348% a 8.7% sobre los ingresos cotizables declarados en función del riesgo evaluado. De carácter voluntario.	Aporte global; aporta como empleador	44.5	40.5
Costa Rica	Obligación del empleador que implica un seguro obligatorio y un seguro voluntario con un seguro privado	Ninguna cotización	Costo total	No está cubierto	Ningún aporte	60.1	0.0

Cuadro B.4 Accidentes del trabajo y enfermedades profesionales: Características esenciales de los sistemas de seguridad social

Área principal, región o país	Tipo de régimen ^a	Tasas de cotización (%) ^b				Estimación de la cobertura en caso de accidentes y enfermedades profesionales ^c como % de la población activa	
		Empleado	Empleador	Trabajador por cuenta propia	Financiación del Gobierno	Cobertura obligatoria	Cobertura voluntaria
Cuba	Seguro social (prestaciones monetarias); universal (asistencia médica)	Cotización global, con arreglo al régimen de vejez	Cotización global, con arreglo al régimen de vejez	Cotización global, con arreglo al régimen de vejez	Aporte global, con arreglo al régimen de vejez	94.4	0.0
Dominica	Obligación del empleador	Ninguna cotización	1% sobre los ingresos brutos del empleado	No está cubierto	Ningún aporte; aporta como empleador	60.8	0.0
República Dominicana	Seguro social	Ninguna cotización	1.2% en promedio sobre la nómina, en función del riesgo evaluado	No está cubierto	Ningún aporte; aporta como empleador	...	...
Ecuador	Seguro social	Ningún aporte. 0.55% sobre los ingresos brutos para los cotizantes voluntarios	0.55% de los ingresos brutos declarados	0.55% de los ingresos brutos declarados	40% del costo de las pensiones en caso de accidentes y enfermedades profesionales	49.0	30.1
El Salvador	Seguro social	Cotización global, con arreglo al régimen de enfermedad	Cotización global, con arreglo al régimen de enfermedad	Cotización global, con arreglo al régimen de enfermedad	Aporte global, con arreglo al régimen de enfermedad	26.8	0.0
Granada	Seguro social	Ninguna cotización	Vejez, invalidez, sobrevivientes (incluida en el 4%)	Cotización global, con arreglo al régimen vejez, invalidez y sobrevivientes	Ningún aporte; aporta como empleador.	60.7	0.0
Guatemala	Seguro social	1% de los ingresos brutos	3% de la masa salarial bruta	No está cubierto	1.5% de la masa salarial bruta	65.6	0.0
Guyana	Seguro social	Cotización global, con arreglo al régimen de vejez	Cotización global, con arreglo al régimen de vejez	No está cubierto	Ningún aporte; aporta como empleador	56.6	0.0
Haití	Seguro social	Ningún aporte	2% al 6% sobre la nómina en función del sector	No está cubierto	Ningún aporte; cotiza el 2% sobre la nómina como empleador	15.7	0.0
Honduras	Seguro social	Ninguna cotización	0.2% de la nómina	No está cubierto	Ningún aporte	16.3	0.0
Jamaica	Seguro social	Ninguna cotización	Cotización global, con arreglo al régimen de vejez	No está cubierto	Ningún aporte; aporta como empleador	52.0	0.0
México	Seguro social	Ninguna cotización	0.5% a 15% sobre la nómina, en función del grado de riesgo evaluado	Cotizaciones variables. De carácter voluntario.	Ningún aporte	49.3	8.9
Nicaragua	Seguro social	Ninguna cotización	1.5% sobre la nómina cotizable (+1.5% de nómina cotizable para pensiones de víctimas de guerra)	No está cubierto	Ningún aporte; aporta como empleador	44.9	0.0
Panamá	Obligación del empleador que supone un seguro obligatorio con un seguro privado	Ninguna cotización	Costo total, varía en función del grado de riesgo evaluado	No está cubierto	Ningún aporte	59.6	0.0
Paraguay	Seguro social	Cotización global, con arreglo al régimen de vejez	Cotización global, con arreglo al régimen de vejez	No está cubierto	Aporte global, con arreglo al régimen de vejez	32.1	0.0

Cuadro B.4 Accidentes del trabajo y enfermedades profesionales: Características esenciales de los sistemas de seguridad social

Área principal, región o país	Tipo de régimen ^a	Tasas de cotización (%) ^b				Estimación de la cobertura en caso de accidentes y enfermedades profesionales ^c como % de la población activa	
		Empleado	Empleador	Trabajador por cuenta propia	Financiación del Gobierno	Cobertura obligatoria	Cobertura voluntaria
Perú	Seguro social	Ninguna cotización	0.63% a 1.84% de la nómina cotizable en función del grado de riesgo evaluado y la tasa de siniestralidad informada	Cotización a tasa fija de 10 a 30 nuevos soles (PEN)	Ningún aporte; aporta como empleador	39.5	0.0
Saint Kitts y Neves	Seguro social	Ninguna cotización	1% de la masa salarial cotizable	No está cubierto	Ningún aporte; aporta como empleador	80.6	0.0
Santa Lucía	Seguro social	Cotización global, con arreglo al régimen de vejez (5% de los ingresos mensuales cubiertos)	Cotización global, con arreglo al régimen de vejez (5% de la masa salarial mensual cotizable)	No está cubierto	Ningún aporte; aporta como empleador	49.5	0.0
San Vicente y las Granadinas	Seguro social	Ninguna cotización	0.5% de la nómina	No está cubierto	Ningún aporte; aporta como empleador.	59.4	0.0
Trinidad y Tobago	Seguro social; obligación del empleador	0.185% sobre los ingresos cotizables o un tercio de la tasa de cotización global	0.37% de la nómina o dos tercios de la tasa de cotización global	No está cubierto	Ningún aporte; aporta como empleador	65.5	0.0
Uruguay	Seguro obligatorio con un seguro público	Ninguna cotización	Costo total	No está cubierto	Ningún aporte	54.6	0.0
Venezuela, República Bolivariana de	Seguro social	Ninguna cotización	0.75% a 10% sobre la nómina cotizable, en función del grado de riesgo evaluado	No está cubierto	Al menos el 1.5% de los ingresos cotizables totales para cubrir los gastos administrativos	57.9	0.0
América del Norte							
Canadá	Seguro social	Ninguna cotización	Costo total	No está cubierto	Ningún aporte	69.1	0.0
Estados Unidos	Seguro obligatorio (electivo para empleadores de un estado) con un seguro público o privado (según el estado) o autoseguro	Cotizaciones nominales en unos cuantos estados	El costo total o la mayor parte, 1.3% de la nómina en promedio en 2009	No está cubierto	Ningún aporte; aporta como empleador	84.8	
Oceanía							
Australia	Obligación del empleador que implica un seguro obligatorio	Ninguna cotización	Costo total	El costo total del autoseguro. De carácter voluntario	Ningún aporte; aporta como empleador	72.0	9.4
Fiji	Obligación del empleador	Ninguna cotización	Costo total: proporciona las prestaciones directamente a los empleados	No está cubierto	Ningún aporte	40.1	0.0
Kiribati	Obligación del empleador que implica un seguro obligatorio	Ninguna cotización	Costo total	No está cubierto	Ningún aporte	32.8	0.0

Cuadro B.4 Accidentes del trabajo y enfermedades profesionales: Características esenciales de los sistemas de seguridad social

Área principal, región o país	Tipo de régimen ^a	Tasas de cotización (%) ^b				Estimación de la cobertura en caso de accidentes y enfermedades profesionales ^c como % de la población activa	
		Empleado	Empleador	Trabajador por cuenta propia	Financiación del Gobierno	Cobertura obligatoria	Cobertura voluntaria
Nueva Zelanda	Universal; obligación del empleador	Ninguna cotización para accidentes y enfermedades profesionales; las tasas de cotización se fijan cada año para accidentes y enfermedades no profesionales	Las tasas de cotización se fijan anualmente	Las tasas de cotización se fijan anualmente	Aporta como empleador	100.0	0.0
Palau	Obligación del empleador	Ninguna cotización	Costo total	No está cubierto	Ningún aporte	...	...
Papua Nueva Guinea	Obligación del empleador que implica un seguro obligatorio	Ninguna cotización	Costo total	No está cubierto	Ningún aporte	6.4	0.0
Samoa	Obligación del empleador que implica un seguro obligatorio	Ninguna cotización para accidentes y enfermedades profesionales; 1% sobre los ingresos para accidentes y enfermedades no profesionales	1% sobre la nómina para accidentes y enfermedades profesionales	No está cubierto	Ningún aporte	53.5	0.0
Solomon Islands	Obligación del empleador que implica un seguro obligatorio	Ninguna cotización	Costo total	No está cubierto	Ningún aporte	14.5	0.0

Notas

n.a.: No aplica.

...: No está disponible.

^a Las definiciones relativas al tipo de régimen están disponibles en la versión electrónica del presente cuadro: (<http://www.social-protection.org/gimi/gess/RessourceDownload.action?ressource.ressourceld=41917>) and in the glossary (Annex I).^b Tipos de cotización: en caso de que existan varias tasas de cotización, se indica la tasa promedio o la más común o se hace una referencia a una nota específica.^c Las estimaciones globales de la cobertura legal (para las definiciones sírvase consultar el Anexo II) están ponderadas por población total al 2012 (Naciones Unidas Perspectivas de la Población Mundial, Revisión de 2012).**Fuente principal**Fuente principal: SSA (Administración de la Seguridad Social de los Estados Unidos); AISS (Asociación Internacional de Seguridad Social). Social Security Programmes Throughout the World (Washington, D.C. y Ginebra): The Americas, 2013; Europe, 2012; Asia and the Pacífico, 2012; África, 2013. Disponible en: <http://www.ssa.gov/policy/docs/progdesc/ssptw/> [6 de junio, 2014].**Otras fuentes**OIT (Oficina Internacional del Trabajo): Base de datos de la Legislación Nacional de los países en materia de Trabajo y Derechos Sociales (NATLEX), disponible en: http://www.ilo.org/dyn/natlex/natlex_browse.home [6 de junio, 2014].—. Base de Datos sobre Estadísticas del Trabajo de la OIT (ILOSTAT). Disponible en: <http://www.ilo.org/ilostat/> [6 de junio de 2014].—. Indicadores Clave del Mercado de Trabajo de la OIT (ICMT), 8ª edición. Disponible en: http://www.ilo.org/empelm/what/WCMS_114240/lang--en/index.htm [6 de junio de 2014].Oficinas nacionales de estadísticas. Conjuntos de datos e informes de las encuestas nacionales de población activa u otras encuestas de hogares o establecimientos (sírvase consultar el enlace a los sitios web de las oficinas nacionales de estadísticas disponible en: http://laborsta.ilo.org/links_content_E.html#m2 [6 de junio de 2014])

Cuadro B.5 Maternidad: Características esenciales de los sistemas de seguridad social (prestaciones monetarias)

País o área	Fecha de la primera ley (o Código de Trabajo*)	Proveedor de prestaciones de maternidad, tipo de régimen y fuentes de financiación			Cobertura de los trabajadores por cuenta propia	Duración de la licencia de maternidad		Porcentaje del salario pagado durante el periodo de cobertura	
		Proveedor de prestaciones de maternidad	Tipo de régimen	Fuentes de financiación		Periodo (No. y unidad)	No. de semanas	%	Nota
África									
Argelia	1949	Seguridad social	Seguro social	Empleador y empleado	No	14	semanas	14	100
Angola	...	Seguridad social (el empleador adelanta el pago y le reembolsa el seguro social)	Seguro social	Empleador y empleado	...	13	semanas	13	100
Benin	1952	Seguridad social (50%); Empleador (50%)	Seguro social	Empleador	No	14	semanas	14	100
Botswana ¹	1994*	Empleador (sin prestaciones obligatorias de seguridad social)	Obligación del empleador	Empleador	No	12	semanas	12	50
Burkina Faso ²	1952	Seguro social (de ser necesario, el empleador complementa el salario completo)	Seguro social	Empleador	No	14	semanas	14	100
Burundi ³	1993*	Empleador (50%); Seguridad social (50%)	Obligación del empleador	Empleador	No	12	semanas	12	100
Camerún	1956	Caja Nacional de Previsión Social	Seguro social	Empleador	No	14	semanas	14	100
Cabo Verde	1976	Seguridad social	Seguro social	Empleador y empleado	Sí, con excepciones	60	días	8.5	90 ⁴
República Centrafricana	1952	Seguridad social	Seguro social	Empleador	No	14	semanas	14	50
Chad	1952	Seguridad social	Seguro social	Empleador y Gobierno	No	14	semanas	14	100
Comoras	...	Empleador (sin prestaciones obligatorias de seguridad social)	Obligación del empleador	Empleador	No	14	semanas	14	100
Congo	1952	Seguridad social (50%); Empleador (50%)	Seguro social	Empleador	No	15	semanas	15	100
Congo, República Democrática del ⁵	...	Empleador (sin prestaciones obligatorias de seguridad social)	Obligación del empleador	Empleador	No	14	semanas	14	67
Côte d'Ivoire	1955	Caja Nacional de Previsión Social	Seguro social	Empleador	Sí, de carácter voluntario	14	semanas	14	100
Djibouti	...	Órgano de Protección Social (50%); Empleador (50%)	...	.	...	14	semanas	14	100
Egipto	1959, 1964	Seguro social (75%); Empleador (25%)	Seguro social	Empleador y empleado	No	90	días	13	100
Guinea Ecuatorial	1947	Seguridad social	Seguro social	Empleador, empleado y Gobierno	No	12	semanas	12	75
Eritrea	...	Empleador (sin prestaciones obligatorias de seguridad social)	Obligación del empleador	Empleador	No	60	días	8.5	... ⁶

Cuadro B.5 Maternidad: Características esenciales de los sistemas de seguridad social (prestaciones monetarias)

País o área	Fecha de la primera ley (o Código de Trabajo*)	Proveedor de prestaciones de maternidad, tipo de régimen y fuentes de financiación			Cobertura de los trabajadores por cuenta propia	Duración de la licencia de maternidad			Porcentaje del salario pagado durante el periodo de cobertura	
		Proveedor de prestaciones de maternidad	Tipo de régimen	Fuentes de financiación		Periodo (No. y unidad)	No. de semanas	%	Nota	
Etiopía ⁷	2002*	Empleador (hasta por 45 días)	Obligación del empleador	Empleador	No	90	días	13	100	
Gabón	1952, 1975	Caja Nacional de Seguridad Social	Seguro social	Empleador	Sí	14	semanas	14	100	
Gambia	...	Empleador (sin prestaciones obligatorias de seguridad social)	Obligación del empleador	Empleador	No	12	semanas	12	100	
Ghana	...	Empleador (sin prestaciones obligatorias de seguridad social)	Obligación del empleador	Empleador	No	12	semanas	12	100	
Guinea	1960	Seguridad social (50%); empleador (50%)	Seguro social	Empleador y empleado	No	14	semanas	14	100	
Guinea-Bissau ⁸	...	Seguridad social; empleador	Seguro social y empleador	Empleador	No	60	días	8.5	100	
Kenya ⁹	1966*	Empleador (sin prestaciones obligatorias de seguridad social)	Obligación del empleador	Empleador	No	3	meses	13	100	
Lesotho	...	Empleador (sin prestaciones obligatorias de seguridad social)	Obligación del empleador	Empleador	No	12	semanas	12	100	¹⁰
Liberia	...	Empleador	Obligación del empleador	Empleador	No	90	días	13	100	
Libia	1957	Empleador; seguridad social para mujeres trabajadoras por cuenta propia	Empleador, seguro social (trabajadores por cuenta propia)	Empleador, empleado y Gobierno	Sí	14	semanas	14	50, 100	¹¹
Madagascar	1952	Seguro social (50%); empleador (50%)	Seguro social	Empleador	No	14	semanas	14	100	
Malawi	...	Empleador (sin prestaciones obligatorias de seguridad social)	Obligación del empleador	Sin disposiciones obligatorias de seguridad social ni obligación del empleador	No	8	¹² semanas	8	100	
Mali	1952	Seguridad social	Seguro social	Empleador y empleado	Sí, de carácter voluntario	14	semanas	14	100	
Mauritania	1952	Caja Nacional de Seguridad Social	Seguro social	Empleador	No	14	semanas	14	100	
Mauricio ¹³	2008*	Empleador (sin prestaciones obligatorias de seguridad social)	Obligación del empleador	Empleador	No	12	semanas	12	100	
Marruecos	1959	Seguridad social	Seguro social	Empleador y empleado	No	14	semanas	14	100	
Mozambique	...	Seguridad social	Seguro social	...	...	60	días	8.5	100	
Namibia	1994	Seguro social; empleador (para completar cualquier déficit)	Seguro social	...	...	12	semanas	12	100	

Cuadro B.5 Maternidad: Características esenciales de los sistemas de seguridad social (prestaciones monetarias)

País o área	Fecha de la primera ley (o Código de Trabajo*)	Proveedor de prestaciones de maternidad, tipo de régimen y fuentes de financiación			Cobertura de los trabajadores por cuenta propia	Duración de la licencia de maternidad			Porcentaje del salario pagado durante el periodo de cobertura	
		Proveedor de prestaciones de maternidad	Tipo de régimen	Fuentes de financiación		Periodo (No. y unidad)	No. de semanas	%	Nota	
Níger ¹⁴	1952	Seguro social (50%); Empleador (50%)	Seguro social	Empleador	No	14	semanas	14	50	
Nigeria ¹⁵	...	Empleador (sin prestaciones obligatorias de seguridad social)	Obligación del empleador	Empleador	No	12	semanas	12	50	
Rwanda ¹⁶	...	Empleador (si las mujeres no están cubiertas por la seguridad social)	Obligación del empleador	Empleador	No	12	semanas	12	100, 20	¹⁷
Santo Tomé y Príncipe	1979	Seguridad social (empleador, si las mujeres no están cubiertas por la seguridad social)	Seguro social	Empleador, empleado y Gobierno	No	60	días	8.5	100	
Senegal	1952	Seguridad social	Seguro social	Empleador y empleado	No	14	semanas	14	100	
Seychelles	1979	Fondo de Seguridad Social	Seguro social	Empleador y empleado	Sí	14 [12]	semanas	14 [12]	...	¹⁸
Sierra Leona	...	Empleador (sin prestaciones obligatorias de seguridad social)	Obligación del empleador	Empleador	No	12	semanas	12	100	
Somalia	...	Empleador (sin prestaciones obligatorias de seguridad social)	Obligación del empleador	Empleador	No	14	semanas	14	50	
Sudáfrica	1937	Fondo del Seguro de Desempleo	Seguro social	Empleador, empleado y Gobierno	No	4	meses	17	60	¹⁹
Sudán	...	Empleador (sin prestaciones obligatorias de seguridad social)	Obligación del empleador	Empleador	No	8	semanas	8	100	
Swazilandia	n.a.	Sin prestaciones obligatorias	Obligación del empleador	Empleador	No	12 [2]	semanas	12 [2]	100	²⁰
Tanzania, República Unida de	1997	Sistema del seguro social	Seguro social	Empleador, empleado y Gobierno	Sí	12	semanas	12	100	
Togo	1956	Seguridad social (50%); Empleador (50%)	Seguro social	Empleador (y trabajadores por cuenta propia)	Sí	14	semanas	14	100	
Túnez	1960	Caja Nacional de Seguridad Social	Seguro social	Empleador y empleado	Sí	1, 2 ²¹	mes(es)	4.3	67, 50, 100	²²
Uganda	...	Empleador (sin prestaciones obligatorias de seguridad social)	Obligación del empleador	Empleador	No	60	días laborables	10	100	
Zambia	1973*	Empleador (sin prestaciones obligatorias de seguridad social)	Obligación del empleador	Empleador	No	12	semanas	12	100	
Zimbabwe ²³	...	Empleador (sin prestaciones obligatorias de seguridad social)	Obligación del empleador	Empleador	No	98	días	14	100	

Cuadro B.5 Maternidad: Características esenciales de los sistemas de seguridad social (prestaciones monetarias)

País o área	Fecha de la primera ley (o Código de Trabajo*)	Proveedor de prestaciones de maternidad, tipo de régimen y fuentes de financiación			Cobertura de los trabajadores por cuenta propia	Duración de la licencia de maternidad			Porcentaje del salario pagado durante el periodo de cobertura	
		Proveedor de prestaciones de maternidad	Tipo de régimen	Fuentes de financiación		Periodo (No. y unidad)	No. de semanas	%	Nota	
Asia										
Afganistán	...	Empleador (sin prestaciones obligatorias de seguridad social)	Obligación del empleador	Empleador	No	90	días	13	100	
Armenia	1912	Seguro social	Seguro social	Empleador, empleado y Gobierno	Sí	140	días	20	100	
Azerbaiyán	1912	Seguridad social	Seguro social	Empleador y empleado	Sí	126	días naturales	18	100	
Bahrein	...	Empleador	Obligación del empleador	Empleador	No	60 [45]	días	8.5 [6.4]	100	²⁴
Bangladesh	1939	Empleador; Gobierno ²⁵	Obligación del empleador; asistencia social	Empleador, Gobierno	Sí, mediante la asistencia social	16	semanas	16	100	
Brunei Darussalam	...	Empleador (sin prestaciones obligatorias de seguridad social)	Obligación del empleador	Empleador	No	9 [8]	semanas	9 [8]	100	²⁶
Camboya	...	Empleador (sin prestaciones obligatorias de seguridad social)	Obligación del empleador	Empleador	No	90	días	13	50	
China	1951	Seguro social	Seguro social y seguro privado obligatorio o cuenta individual obligatoria	Empleador y Gobierno	Sí, de carácter voluntario	98	días	14	100	²⁷
Georgia	1955	Empleados y trabajadores por cuenta propia; subvencionado por el Gobierno	Seguro social	Gobierno	Sí	18	semanas	18	100	
Hong Kong (China), Región Administrativa Especial de	1968	Empleador	Mixto: obligación del empleador y asistencia social	Empleador y Gobierno	Sí, mediante la asistencia social	10	semanas	10	80	
India	1948	Seguridad social; Gobierno	Mixto: seguro social y asistencia social	Empleador, empleado y Gobierno	Sí, mediante la asistencia social	12	semanas	12	100	
Indonesia	...	Empleador (sin prestaciones obligatorias de seguridad social)	Obligación del empleador	Empleador	No	3	meses	13	100	
Irán, República Islámica del	1949	Seguridad social	Seguro social	Empleador, empleado y Gobierno	No	90	días	13	67	
Iraq	...	Empleador (sin prestaciones obligatorias de seguridad social)	Obligación del empleador	Empleador	No	62	días	9	100	

Cuadro B.5 Maternidad: Características esenciales de los sistemas de seguridad social (prestaciones monetarias)

País o área	Fecha de la primera ley (o Código de Trabajo*)	Proveedor de prestaciones de maternidad, tipo de régimen y fuentes de financiación			Cobertura de los trabajadores por cuenta propia	Duración de la licencia de maternidad			Porcentaje del salario pagado durante el periodo de cobertura	
		Proveedor de prestaciones de maternidad	Tipo de régimen	Fuentes de financiación		Periodo (No. y unidad)	No. de semanas	%	Nota	
Israel	1953	Seguridad social	Seguro social	Empleador, empleado y Gobierno	Sí	12-14	semanas	14	100	²⁸
Japón	1922	Una octava parte el Tesoro Nacional; siete octavas partes el Fondo del Seguro de Desempleo	Seguro social	Empleador, empleado y Gobierno ²⁹	Sí	14	semanas	14	67	³⁰
Jordania	2010	Seguridad social	Seguro social	Empleador y Gobierno	No	10	semanas	10	100	
Kazajstán	1999	Empleador	Seguro social	Empleador	No	126	días naturales	18	100	
Corea, República de	1963	Empleador (67%); Fondo del Seguro de Desempleo (33%, no se otorga ninguna prestación monetaria)	Seguro social	Empleador, Fondo del Seguro de Desempleo	...	90	días	13	100	³¹
Kuwait	...	Empleador (sin prestaciones obligatorias de seguridad social)	Obligación del empleador	Empleador	No	70	días	10	100	
Kirguistán	1922	Seguridad social (el empleador cubre los primeros 10 días de trabajo)	Seguro social	Empleador y empleado	No	126	días naturales	18	...	³²
República Democrática Popular Lao	1999	Seguridad social o Empleador	Seguro social	Empleador, empleado y Gobierno	No	90	días	13	100	³³
Líbano	...	Empleador (sin prestaciones de ley en materia de seguridad social)	Obligación del empleador	Empleador	No	7	semanas	7	100	³⁴
Malasia ³⁵	2012*	Empleador (sin prestaciones obligatorias de seguridad social)	Obligación del empleador	Empleador	No	60	días	8.5	100	
Mongolia	1994	Fondo de Seguridad Social	Seguro social	...	...	120	días	17	70	
Myanmar	1954	Seguridad social	Seguro social	Empleador, empleado y Gobierno	No	12	semanas	12	67	
Nepal ³⁶	1983*	Empleador (sin prestaciones obligatorias de seguridad social)	Obligación del empleador	Empleador	No	52, 60	días	7.4, 8.5	100	
Territorios Palestinos Ocupados	...	Empleador (sin prestaciones obligatorias de seguridad social)	Obligación del empleador	Empleador	No	70	días	10	100	
Omán	n.a.	Empleador	Obligación del empleador	Empleador	No	50	días	7	100	
Pakistán	1965	Empleador	Seguro social	Empleador	No	12	semanas	12	100	
Filipinas	1977	Seguridad social o Empleador	Seguro social	Empleador, empleado y Gobierno	Sí	60 ³⁸	días	8.5	100	

Cuadro B.5 Maternidad: Características esenciales de los sistemas de seguridad social (prestaciones monetarias)

País o área	Fecha de la primera ley (o Código de Trabajo*)	Proveedor de prestaciones de maternidad, tipo de régimen y fuentes de financiación			Cobertura de los trabajadores por cuenta propia	Duración de la licencia de maternidad			Porcentaje del salario pagado durante el periodo de cobertura	
		Proveedor de prestaciones de maternidad	Tipo de régimen	Fuentes de financiación		Periodo (No. y unidad)	No. de semanas	%	Nota	
Qatar	...	Empleador (sin prestaciones obligatorias de seguridad social)	Obligación del empleador	Empleador	No	50	días	7	100	
Arabia Saudita	1969*	Empleador (sin prestaciones obligatorias de seguridad social)	Obligación del empleador	Empleador	No	10	semanas	10	50, 100	³⁹
Singapur	1968	Empleador y Gobierno	Obligación del empleador	Empleador y Gobierno	No	16	semanas	16	100	⁴⁰
Sri Lanka ⁴¹	...	Empleador (sin prestaciones obligatorias de seguridad social)	Obligación del empleador	Empleador	No	12	semanas	12	86, 100	⁴²
República Árabe Siria	...	Empleador (sin prestaciones obligatorias de seguridad social)	Obligación del empleador	Empleador	No	120, 90, 75 ⁴³	días	17	100	
Taiwán, China	1950	Seguridad social	Seguro social	Empleador, empleado y Gobierno	Sí, con excepciones		suma global	Suma global	Una suma global	
Tayikistán	1997	Seguridad social	Seguro social	Empleador y Gobierno	Sí	140	días naturales	20	100	
Tailandia	1990	Empleador (67%); Sistema del seguro social (33%)	Seguro social	Empleador, empleado y Gobierno	Sí, de carácter voluntario	90	días	13	100, 50	⁴⁴
Timor Oriental	2002	Empleador	Obligación del empleador	Empleador	No	12	semanas	12	67	
Turkmenistán	1994	Seguridad social	Seguro social	Empleador, empleado y Gobierno	Sí	112	días	16	100	⁴⁵
Emiratos Árabes Unidos	...	Empleador (sin prestaciones obligatorias de seguridad social)	Obligación del empleador	Empleador	No	45	días	6.4	100, 50	⁴⁶
Uzbekistán	1955	Régimen público de seguridad social	Seguro social	Empleador, empleado y Gobierno	No	126	días naturales	18	100	⁴⁷
Viet Nam	1961	Fondo del seguro social	Seguro social	Empleador y empleado	Sí, de carácter voluntario	6	meses	26	100	
Yemen	...	Empleador (sin prestaciones obligatorias de seguridad social)	Obligación del empleador	Empleador	No	60	días	8.5	100	
Europa										
Albania	1947	Sistema del seguro social	Seguro social	Empleador y empleado	Sí	365	días naturales	52	80, 50	⁴⁸
Andorra	1966	Sistema del seguro social	Seguro social	Empleador y empleado	Sí	16	semanas	16	100	
Austria	1955	Seguro de salud obligatorio, fondo de nivelación de las obligaciones familiares, o empleador	Seguro social	Empleador, empleado y Gobierno	Sí	16	semanas	16	100	

Cuadro B.5 Maternidad: Características esenciales de los sistemas de seguridad social (prestaciones monetarias)

País o área	Fecha de la primera ley (o Código de Trabajo*)	Proveedor de prestaciones de maternidad, tipo de régimen y fuentes de financiación			Cobertura de los trabajadores por cuenta propia	Duración de la licencia de maternidad			Porcentaje del salario pagado durante el periodo de cobertura	
		Proveedor de prestaciones de maternidad	Tipo de régimen	Fuentes de financiación		Periodo (No. y unidad)	No. de semanas	%	Nota	
Belarús	1955	Seguro social público	Seguro social	Empleador y Gobierno	No	126	días naturales	18	100	⁴⁹
Bélgica	1894	Seguridad social	Seguro social	Empleador, empleado y Gobierno	Sí	15	semanas	15	82, 75	⁵⁰
Bosnia y Herzegovina	...	Seguro social; Gobierno	Seguro social	Empleador y Gobierno	...	1	año	52	50-100	⁵¹
Bulgaria	1918	Seguro público (Fondo General de Enfermedad y Maternidad)	Seguro social	Empleador, empleado y Gobierno	Sí, de carácter voluntario	227	⁵² días	32	90	
Channel Islands, Guernsey	1971	Seguro social y asistencia social	Seguro social y asistencia social	Empleador, empleado y Gobierno	Sí	18	semanas	18	...	⁵³
Channel Islands, Jersey	1951	Seguro social	Seguro social	Empleador, empleado	Sí	18	semanas	18	...	⁵³
Croacia	1954	Fondo del seguro de salud (hasta que el hijo cumpla 6 meses de edad), y el resto se paga con cargo al presupuesto del Estado	Mixto: seguro social y asistencia social	Empleador, Gobierno	Sí	1+	⁵⁴ año	58	100	⁵⁵
Chipre	1957	Seguridad social	Seguro social	Empleador, empleado y Gobierno	Sí	18	semanas	18	75	
República Checa	2006	Seguridad social	Seguro social	Empleador, empleado y Gobierno	Sí	28	semanas	28	70	
Dinamarca 56	1892	Empleador; Gobierno	Sistema vinculado con el empleo	Empleador y Gobierno	Sí	18	semanas	18	100	
Estonia	1924	Seguridad social	Seguro social	Empleador (y empleados por cuenta propia)	Sí	140	días naturales	20	100	
Finlandia	1963	Sistema de seguro social	Seguro social	Empleador, empleado y Gobierno	Sí	105	días laborables	18	70	⁵⁷
Francia	1928	Fondos de la seguridad social y del seguro de salud	Seguro social	Empleador, empleado y Gobierno	Sí	16	semanas	16	100	⁵⁸
Alemania	1924	Régimen del seguro de salud obligatorio; empleador	Seguro social	Empleador, Empleado y Gobierno	Sí, de carácter voluntario	14	semanas	14	100	⁵⁸
Grecia	1922	Seguridad social; Gobierno	Seguro social	Empleador, empleado y Gobierno	Sí, ciertos empleados por cuenta propia urbanos	17	semanas	17	100	^{45,59}
Hungría	1891	Seguro de Salud	Seguro social	Empleador, empleado y Gobierno	Sí	24	semanas	24	70	

Cuadro B.5 Maternidad: Características esenciales de los sistemas de seguridad social (prestaciones monetarias)

País o área	Fecha de la primera ley (o Código de Trabajo*)	Proveedor de prestaciones de maternidad, tipo de régimen y fuentes de financiación			Cobertura de los trabajadores por cuenta propia	Duración de la licencia de maternidad			Porcentaje del salario pagado durante el periodo de cobertura	
		Proveedor de prestaciones de maternidad	Tipo de régimen	Fuentes de financiación		Periodo (No. y unidad)	No. de semanas	%	Nota	
Islandia	1975	Fondo del Seguro Social	Mixto: seguro social y asistencia social	Empleador y Gobierno	Sí	3	meses	13	80	
Irlanda	1911	Seguro social	Seguro social	Empleador, empleado y Gobierno	Sí	26 + 16 ⁶⁰	semanas	42 [26]	80	⁶¹
Isla de Man	1951	Seguridad social y sistema de asistencia social	Seguro social; asistencia social	Empleador, empleado y Gobierno (asistencia social)	...	26	semanas	26	90	⁶²
Italia	1912	Seguro social	Seguro social	Empleador y Gobierno	Sí	5	meses	22	80	
Letonia	1924	Seguridad social del Estado	Seguro social	Empleador, empleado	Sí	112	días naturales	16	80	
Liechtenstein	1910	Seguro social	Seguro social	Empleador, empleado y Gobierno	Sí, de carácter voluntario	20	semanas	20	80	
Lituania	1925	Seguro social	Seguro social	Empleador y Gobierno	Sí	126	días naturales	18	100	
Luxemburgo	1901	Seguridad social	Seguro social	Empleador, empleado y Gobierno	Sí	16	semanas	16	100	
ex República Yugoslava de Macedonia	...	Fondo del seguro de salud	Seguro social	...	...	9	meses	39	100	
Malta	1981	Empleador; Seguridad social	Empleador, seguro social y asistencia social	Empleador, empleado y Gobierno	Sí	18 ⁶³	semanas	18	100	⁶³
Moldova, República de	1993	Seguridad social	Seguro social	Empleador, empleado y Gobierno	Sí	126	días naturales	18	100	
Mónaco	1944	Seguro social	Seguro social	Empleador	Sí	16	semanas	16	90	⁵⁸
Montenegro	...	Seguro social	Seguro social	Empleador, empleado y Gobierno	...	52	semanas	52	100	
Países Bajos	1931	Seguridad social	Seguro social	Empleador y empleado	Sí	16	semanas	16	100	⁵⁸
Noruega	1909	Seguro social	Seguro social	Empleador, empleado y Gobierno	Sí	35 (o 45) semanas	semanas	35, 45	80, 100	⁶⁴
Polonia	1920	Fondo del seguro social	Seguro social	Empleador y empleados por cuenta propia	Sí, de carácter voluntario	26	semanas	26	100	
Portugal	1935	Seguro social	Seguro social y asistencia social	Empleador, empleado y Gobierno	Sí	120-150	días	17, 21	100-80	⁶⁵
Rumania	1930	Fondo del seguro de salud público	Seguro social	Empleador (y empleados por cuenta propia)	Sí	126	días naturales	18	85	

Cuadro B.5 Maternidad: Características esenciales de los sistemas de seguridad social (prestaciones monetarias)

País o área	Fecha de la primera ley (o Código de Trabajo*)	Proveedor de prestaciones de maternidad, tipo de régimen y fuentes de financiación			Cobertura de los trabajadores por cuenta propia	Duración de la licencia de maternidad			Porcentaje del salario pagado durante el periodo de cobertura	
		Proveedor de prestaciones de maternidad	Tipo de régimen	Fuentes de financiación		Periodo (No. y unidad)	No. de semanas	%	Nota	
Federación de Rusia	1912	Fondo del seguro social	Seguro social	Empleador	No	140	días naturales	20	100	^{45.58}
San Marino	1977	Seguridad social	Seguro social	Empleador (y empleados por cuenta propia)	Sí	5	meses	22	100	
Serbia	1922	Seguro social	Seguro social	Empleador y empleado	Sí	140	⁶⁶ días	20	100	⁶⁷
Eslovaquia	1888	Seguro social (parte del seguro de salud)	Seguro social	Empleador, empleado y Gobierno	Sí	28	semanas	34	65	
Eslovenia	1949	Seguridad social	Seguro social	Empleador, empleado y Gobierno	Sí	105	días naturales	15	100	⁶⁸
España	1929	Seguridad social	Seguro social	Empleador, empleado y Gobierno	Sí, con excepciones	16	semanas	16	100	
Suecia	1891	Seguro social	Seguro social	Empleador (y empleados por cuenta propia)	Sí	14	⁶⁹ semanas	14	80	^{58.70}
Suiza	1911	Seguridad social y seguro privado obligatorio	Seguro social	Empleador y empleado	Sí	14	⁷¹ semanas	14	80	^{58.72}
Turquía	1945	Seguridad social	Seguro social	Empleador (y empleados por cuenta propia)	Sí	16	semanas	16	67	⁷³
Ucrania	1912	Seguridad social	Seguro social y asistencia social	Empleador, empleado y Gobierno	Sí, si está asegurado en el empleo	126	días	18	100	
Reino Unido	1911	Seguridad social, Gobierno (92% reembolsado con cargo a fondos públicos) ⁷⁴	Mixto: seguro social y asistencia social	Empleador, empleado y Gobierno	Sí	52 [39]	⁷⁵ semanas	52 [39]	90	⁷⁶
América Latina y el Caribe										
Antigua y Barbuda	1972	Seguro social (60%); Empleador (40% por 6 semanas)	Seguro social; empleador	Empleador y empleado	Sí	13	semanas	13	100, 60	⁷⁷
Argentina	1934	Fondos de asignaciones familiares (financiados con aportes estatales y patronales)	Seguro social y asistencia social	Empleador y Gobierno	Sí, asistencia social	90	días	13	100	⁷⁸
Bahamas	1972	Oficina del Seguro Nacional (dos terceras partes) y el empleador (una tercera parte)	Seguro social	Empleador y empleado	Sí	12	semanas	12	100	
Barbados	1966	Sistema nacional de seguros	Seguro social	Empleador, empleado y Gobierno	Sí	12	semanas	12	100	
Belice	1979	Seguridad social o el empleador (para mujeres que no tengan derecho a percibir prestaciones de la seguridad social)	Seguro social	Empleador y empleado	Sí	14	semanas	14	100	

Cuadro B.5. Maternidad: Características esenciales de los sistemas de seguridad social (prestaciones monetarias)

País o área	Fecha de la primera ley (o Código de Trabajo*)	Proveedor de prestaciones de maternidad, tipo de régimen y fuentes de financiación			Cobertura de los trabajadores por cuenta propia	Duración de la licencia de maternidad			Porcentaje del salario pagado durante el periodo de cobertura	
		Proveedor de prestaciones de maternidad	Tipo de régimen	Fuentes de financiación		Periodo (No. y unidad)	No. de semanas	%	Nota	
Bermuda	2000*	Empleador (sin prestaciones obligatorias de seguridad social)	Obligación del empleador	Empleador	No	12	semanas	12	100	⁷⁹
Bolivia, Estado Plurinacional de	1949	Seguro social	Seguro social	Empleador (y empleados por cuenta propia)	Sí, de carácter voluntario	90	⁸⁰ semanas	13	95	⁸¹
Brasil	1923	Seguro social	Seguro social	Empleador y empleado	Sí	120	⁸² días	17	100	
Islas Vírgenes Británicas	1979	Seguridad social	Seguro social	Empleador y empleado	Sí	13	semanas	13	67	⁸³
Chile	1924	Seguridad social	Seguro social y seguro privado obligatorio	Empleador, empleado y Gobierno	Sí	18	semanas	18	100	⁵⁸
Colombia	1938	Seguridad social	Seguro social	Empleador, empleado y Gobierno	Sí	14	semanas	14	100	
Costa Rica	1941	Seguridad social (50%); Empleador (50%)	Seguro social	Empleador, empleado y Gobierno	Sí	4	meses	17	100	⁸⁴
Cuba	1934	Seguridad social	Seguro social	Empleador, empleado y Gobierno	Sí	18	semanas	18	100	
Dominica	1975	Seguridad social	Seguro social	Empleador, empleado y Gobierno	Sí	12	semanas	12	60	⁸³
República Dominicana	1947	Seguridad social (50%); Empleador (50%)	Seguro social	Empleador, empleado y Gobierno	Aún no se implementa	12	semanas	12	100	⁸⁵
Ecuador	1935	Seguridad social (75%); Empleador (25%)	Seguro social	Empleador y Gobierno	Sí	12	semanas	12	100	
El Salvador	1949	Instituto Salvadoreño del Seguro Social	Seguro social	Empleador, empleado y Gobierno	Sí	12	semanas	12	75	
Granada	1980	Seguro social (65% por 3 meses); Empleador (35% por 2 meses)	Seguro social	Empleador, empleado y Gobierno	Sí	3	meses	13	100, 65	⁸⁶
Guatemala	1952	Seguridad social (dos terceras partes), Empleador (una tercera parte)	Seguro social	Empleador, empleado y Gobierno	No	84	días	12	100	⁸⁵
Guyana	1969	Seguridad social	Seguro social	Empleador y empleado	Sí	13	semanas	13	70	⁸³
Haití	1999	Oficina del Seguro de Accidentes del Trabajo, Enfermedad y Maternidad	Seguro social	...	...	12 [6]	semanas	12 [6]	100	⁸⁷
Honduras	1959	Seguridad social (dos terceras partes), Empleador (una tercera parte)	Seguro social	Empleador, empleado y Gobierno	Sí	84	⁸⁸ días	12	100	⁸⁵
Jamaica	1965	Empleador o seguridad social para los trabajadores domésticos	Seguro social	Empleador, empleado y Gobierno	No	12 [8]	semanas	12 [8]	100	⁸⁹

Cuadro B.5 Maternidad: Características esenciales de los sistemas de seguridad social (prestaciones monetarias)

País o área	Fecha de la primera ley (o Código de Trabajo*)	Proveedor de prestaciones de maternidad, tipo de régimen y fuentes de financiación			Cobertura de los trabajadores por cuenta propia	Duración de la licencia de maternidad			Porcentaje del salario pagado durante el periodo de cobertura	
		Proveedor de prestaciones de maternidad	Tipo de régimen	Fuentes de financiación		Periodo (No. y unidad)	No. de semanas	%	Nota	
México	1943	Seguridad social	Seguro social	Empleador, empleado y Gobierno	Sí, Ciudad de México	12	semanas	12	100	
Nicaragua	1956	Seguridad social (60%); Empleador (40%)	Seguro social	Empleador, empleado y Gobierno	Sí, de carácter voluntario	12	semanas	12	100	⁸⁵
Panamá	1941	Caja de Seguro Social; Empleador ⁹⁰	Seguro social	Empleador, empleado y Gobierno	Sí, de carácter voluntario	14	semanas	14	100	⁸⁵
Paraguay	1943	Seguridad social	Seguro social	Empleador, empleado y Gobierno	Sí, de carácter voluntario	12 [9]	semanas	12 [9]	50	⁹¹
Perú	1936	Sistema de seguridad social	Seguro social y seguro privado obligatorio	Empleador (y empleados por cuenta propia)	Sí	90	días	13	100	
Puerto Rico	...	Empleador (sin prestaciones obligatorias de seguridad social)	Obligación del empleador	Empleador	No	8	semanas	8	100	
Saint Kitts y Nevis	1977	Seguridad social	Seguro social	Empleador y empleado	Sí	13	semanas	13	65	
Santa Lucía	1978	Seguridad social	Seguro social	Empleador, empleado y Gobierno	Sí	3	meses	13	65	
San Vicente y las Granadinas	1986	Seguridad social	Seguro social	Empleador, empleado y Gobierno	Sí	13	semanas	13	65	
Trinidad y Tobago	1939	Empleador y Consejo del Seguro Nacional	Mixto: seguro social y asistencia social	Empleador y empleado	No	13	semanas	13	100, 50	⁹²
Uruguay	1958	Sistema de seguridad social	Seguro social	Gobierno	Sí	12	semanas	12	100	⁹³
Venezuela, Republica Bolivariana de	1940	Seguridad social	Seguro social	Empleador, empleado y Gobierno	No	26 ⁹⁴	semanas	26	100	
América del Norte										
Canadá	1996, 2006	Federal y estatal; seguro de empleo	Seguro social	Empleador y empleado	Sí, para algunos de carácter voluntario	17 ⁹⁵	semanas	17	55	^{58,96}
Estados Unidos	...	No existe un programa federal	No se paga	...	No	12 [0]	semanas	12 [0]	...	⁹⁷
Oceanía										

Cuadro B.5 Maternidad: Características esenciales de los sistemas de seguridad social (prestaciones monetarias)

País o área	Fecha de la primera ley (o Código de Trabajo*)	Proveedor de prestaciones de maternidad, tipo de régimen y fuentes de financiación			Cobertura de los trabajadores por cuenta propia	Duración de la licencia de maternidad			Porcentaje del salario pagado durante el periodo de cobertura	
		Proveedor de prestaciones de maternidad	Tipo de régimen	Fuentes de financiación		Periodo (No. y unidad)	No. de semanas	%	Nota	
Australia	2010	Sistema de asistencia social financiado por el Estado	Universal	Gobierno	Sí	18 (+34) ⁹⁸	semanas	18	...	⁹⁸
Fiji	...	Empleador (sin prestaciones obligatorias de seguridad social)	Obligación del empleador	Empleador	No	84	días	12	100	⁹⁹
Kiribati ¹⁰⁰	...	Empleador (sin prestaciones obligatorias de seguridad social)	Obligación del empleador	Empleador	No	12	semanas	12	25	
Islas Marshall	...	Sin disposiciones de ley	Sin prestación	...	No			0	...	
Nueva Zelandia	1938	Fondos estatales (sistema universal y de asistencia social)	Universal y asistencia social	Gobierno	Sí, si la mujer es soltera	14	semanas	14	100	⁵⁸
Papua Nueva Guinea ¹⁰¹	1981*	Sin prestaciones de seguridad social	No se paga	Sin prestaciones obligatorias ni obligación del empleador	No	6+ [0]	semanas	6 [0]	...	¹⁰²
Islas Salomón ¹⁰³	n.a.	Empleador (sin prestaciones obligatorias de seguridad social)	Obligación del empleador	Empleador	No	12	semanas	12	25	
Vanuatu ¹⁰⁴	1983*	Empleador (sin prestaciones obligatorias de seguridad social)	Obligación del empleador	Empleador	No	12	semanas	12	66	

Fuente Principal

División de Estadísticas de las Naciones Unidas, UN Data, Maternity leave benefits (Nueva York). Disponible en <http://data.un.org/Default.aspx> [8 de junio de 2014], basado en OIT (Oficina Internacional del Trabajo): Working Conditions Laws database. Disponible en: <http://www.ilo.org/dyn/travail/travmain.home> [8 de junio de 2014].

Otras Fuentes

SSA (Administración de la Seguridad Social de los Estados Unidos); AISS (Asociación Internacional de Seguridad Social). Social Security Programs Throughout the World (Washington, D.C. y Ginebra): Las Americas, 2013; Europa, 2012; Asia y el Pacífico, 2012; África, 2013. Disponible en: <http://www.ssa.gov/policy/docs/progdsc/ssptw/> [8 de junio, 2014]

Notas

n.a.: No aplica.

...: No está disponible.

* Ley de Trabajo (o Código de Trabajo), que sitúa la obligación dentro de la responsabilidad del empleador.

¹ Botswana. No se otorga prestaciones obligatorias. La Orden sobre el Empleo, requiere que los empleadores en zonas determinadas paguen prestaciones de maternidad a las trabajadoras. La prestaciones de maternidad equivalen al menos al 50 por ciento del salario básico y de otras prestaciones a las cuales tendrían, por el contrario, derecho a percibir las trabajadoras y son pagaderas

durante seis semanas antes y seis semanas después de la fecha esperada del parto; pueden extenderse en dos semanas si surgen complicaciones como resultado del embarazo o del parto.

² Burkina Faso. la prestación otorgada por la Caja Nacional de Seguridad Social equivale al porcentaje de las ganancias anteriores de la trabajadora en base a las cuales se hayan pagado cotizaciones. Se exige que el empleador cubra la diferencia entre esa cuantía y las ganancias de la trabajadora percibidas justo antes de la licencia de maternidad.

³ Burundi. El Código de Trabajo (1993), dispone que los empleadores paguen el 50 por ciento del salario por una licencia de maternidad de 12 semanas (14 semanas en caso de que surjan complicaciones en el embarazo o en el parto), incluidas al menos seis semanas después del parto, siempre y cuando la mujer cuente con al menos seis meses de servicios durante el año anterior a la fecha esperada del parto.

La legislación de 1984, estableció un régimen de atención de salud a fin de suministrar servicios médicos, quirúrgicos, maternos, hospitalarios, dentales y farmacéuticos a la población de bajos ingresos.

⁴ Cabo Verde. El empleador paga la diferencia entre el 90 por ciento del salario "normal" del trabajador y las prestaciones monetarias pagadas por la seguridad social. En caso de que no exista ningún pago, el empleador debe pagar la cuantía total de las prestaciones durante el período de licencia de maternidad.

⁵ República Democrática del Congo. No se otorga ninguna prestación obligatoria de seguridad social. El Código de Trabajo dispone que los empleadores paguen una licencia de maternidad de 14 semanas y que brinden atención de salud a las trabajadoras y a sus dependientes.

⁶ Eritrea. Es pagadera, ahora bien, no se especifica ni se identifica la cuantía.

- ⁷ Etiopía. No se otorga prestaciones obligatorias de seguridad social. La Enmienda a la Proclamación sobre el Servicio Público (2002) y la Proclamación sobre el Trabajo (2003), disponen que los empleadores paguen una licencia de enfermedad de hasta 45 días después del parto, a continuación, se puede pagar una licencia de enfermedad si surgen complicaciones en el parto.
- ⁸ Guinea Bissau. El empleador está obligado a pagar la diferencia entre las prestaciones de seguridad social y las ganancias anteriores.
- ⁹ Kenya. No se otorga prestaciones obligatorias de seguridad social. La Ley del Empleo de 1976, dispone que los empleadores paguen el 100 por ciento de las ganancias durante los dos meses de licencia de maternidad. Los empleadores también suministran algunas prestaciones obstétricas. Los hospitales públicos y algunos gestionados por órdenes religiosas, brindan una atención de maternidad integral a las afiliadas del Fondo Nacional de Seguro de Salud y a sus dependientes.
- ¹⁰ Lesotho. De conformidad con el Art. 134 del Código de Trabajo (Order No. 24 de 1992, enmendada en 2006), los empleadores no tienen la obligación legal de pagar salarios durante la licencia de maternidad. Sin embargo, el Código de Trabajo en su Sección sobre los Salarios (Enmienda), Orden de 2011 (LN No. 147 de 2011), dispone que las trabajadoras de las industrias manufactureras de los sectores textil, del vestido y del cuero, tienen derecho a dos semanas de licencia de maternidad pagada y las trabajadoras del sector de la seguridad privada a seis semanas de licencia de maternidad pagada y a seis semanas de licencia de enfermedad no pagada. Cualquiera otra trabajadora de sectores distintos de los mencionados, debe tener derecho a una licencia de maternidad pagada durante seis semanas antes del parto y a una licencia de maternidad pagada durante seis semanas después del parto.
- ¹¹ Libia. Las prestaciones de maternidad equivalen al 50 por ciento del salario de los trabajadores y al 100 por ciento del ingreso presunto de las trabajadoras por cuenta propia pagado por el seguro social por un período de 13 semanas (tres meses).
- ¹² Malawi. Cada tres años.
- ¹³ Mauricio. No se otorga prestaciones obligatorias de seguridad social. La Ley de los Derechos de Empleo de 2008, dispone que los empleadores otorguen una licencia pagada de enfermedad de 12 semanas (al menos seis semanas después de la fecha esperada del parto) o de cinco días de licencia de paternidad, a los empleados que hayan permanecido en un empleo continuo durante al menos 12 meses. Las clínicas y hospitales públicos suministran servicios gratuitos de atención de salud. Se brinda servicios de atención de salud materno infantil y una asistencia financiera a las personas necesitadas.
- ¹⁴ Níger. Una mujer que haya trabajado durante al menos dos años en la misma empresa, debe percibir de su empleador la totalidad de su salario, menos cualquier suma que ya haya sido pagada por la seguridad social o por cualquier otra institución que la sustituya en el suministro de este servicio.
- ¹⁵ Nigeria. No se otorga prestaciones monetarias de maternidad obligatorias de seguridad social. El Código de Trabajo, dispone que los empleadores otorguen a sus trabajadoras una licencia de enfermedad pagada de hasta 12 días por año y una licencia de maternidad pagada al 50 por ciento del salario durante seis semanas antes y seis semanas después de la fecha esperada del parto.
- ¹⁶ Rwanda. Aún no se otorga prestaciones de seguridad social. El empleador continúa con su obligación de pago de las prestaciones de maternidad hasta que se ponga en práctica el Fondo del Seguro de Maternidad. El Código de Trabajo dispone que los empleadores paguen el 66.7 por ciento del salario en calidad de prestaciones de maternidad por un período de hasta 12 semanas.
- ¹⁷ Rwanda. Nivel de la prestación: el 100 por ciento del salario durante las primeras seis semanas de la licencia de maternidad; el 20 por ciento del salario durante las últimas seis semanas de la licencia de maternidad.
- ¹⁸ Seychelles. Se paga una tasa de cuantía fija mensual durante 12 semanas.
- ¹⁹ Sudáfrica. Hasta una cuantía máxima del 60 por ciento, dependiendo del nivel de los ingresos del cotizante. Se pagan las prestaciones por un período máximo de 17.32 semanas.
- ²⁰ Swazilandia. No se otorga prestaciones obligatorias de seguridad social. El 100 por ciento de las ganancias anteriores durante dos semanas.
- ²¹ Túnez. Duración: Los funcionarios públicos tienen derecho a dos meses de licencia de maternidad.
- ²² Túnez. Nivel de la prestación: para las mujeres cubiertas por el Código de Trabajo, la cuantía equivale a dos terceras partes (el 66.7 por ciento) del salario promedio diario. Para las mujeres que trabajan en la agricultura, la cuantía equivale al 50 por ciento del salario diario de tasa fija, calculada sobre la base del salario mínimo garantizado en la agricultura. Para los funcionarios públicos, el salario total es pagado durante la licencia de maternidad.
- ²³ Zimbabue. No se otorga prestaciones monetarias obligatorias. La Ley de Relaciones Laborales, dispone que los empleadores paguen una prestación de maternidad. La prestación de maternidad es del 100 por ciento del salario y se paga durante 21 días antes y 77 días después de la fecha esperada del parto. Un régimen de atención de salud suministra atención de salud primaria gratuita a los trabajadores con remuneraciones bajas. Los hospitales públicos y de las órdenes religiosas atienden las zonas rurales; los hospitales públicos y privados y los médicos de ambos atienden las zonas urbanas.
- ²⁴ Bahrein. 45 días pagados al 100 por ciento. Los 15 días restantes no se pagan.
- ²⁵ Bangladesh. El Gobierno de Bangladesh, lanzó en 2008, bajo la responsabilidad del Ministerio de Asuntos de la Mujer y de la Infancia, un régimen de prestaciones de maternidad, focalizado en las madres embarazadas vulnerables de las zonas rurales. Cada beneficiario elegido percibía 300 taka de Bangladesh (BDT) mensuales por un período de dos años que fueron incrementados a 350 BDT mensuales en 2010 por el mismo período.
- ²⁶ Bahrein. La duración de la licencia de maternidad pagada es de ocho semanas.
- ²⁷ China. Duración de la licencia de maternidad: El 28 de abril de 2012, el Consejo de Estado de la República Popular China, publicó las Disposiciones Especiales sobre la Protección Laboral de las Trabajadoras. El objetivo es optimizar las prácticas laborales de China a fin de mejorar la protección del bienestar de las trabajadoras en el lugar de trabajo. Con arreglo a las Disposiciones Especiales, las trabajadoras tienen ahora derecho a 98 días de licencia de maternidad por el parto, lo que representa un aumento de ocho días respecto de la duración anterior.
- Nivel de la prestación: El régimen del seguro social rige en las zonas urbanas y el régimen del seguro de maternidad cubre a todas las trabajadoras de las empresas urbanas, incluidas las empresas de propiedad del Estado, independientemente de su ubicación. Desde julio de 2011, la primera Ley Nacional sobre el Seguro Social, ha venido unificando progresivamente los regímenes vigentes regionales y locales lo que incluye los acuerdos de agrupación.
- ²⁸ Israel: La Ley del Empleo, dispone una licencia de maternidad de 12 semanas, aunque la prestación de maternidad puede ser pagada por un período de hasta 14 semanas. Para tener derecho a una prestación de maternidad completa (14 semanas), la trabajadora debe haber cotizado durante 10 de los 14 meses anteriores o 15 de los 22 meses anteriores a la fecha en que la mujer interrumpa el trabajo durante el embarazo. En caso de que la trabajadora haya cotizado durante 6 de los 14 meses anteriores, ella tendrá derecho a una prestación parcial de maternidad (siete semanas). Cuantía de la prestación: Hasta un tope. Una trabajadora que tenga tres o más hijos en un solo parto, tiene derecho a una asignación de nacimiento además de la prestación de maternidad a partir de la fecha del parto hasta 20 meses después de esa fecha.
- ²⁹ Japón. Los fondos del seguro social y públicos financian una octava parte del costo total.
- ³⁰ Japón. Una vez que la trabajadora regrese al trabajo después de la licencia de maternidad, percibirá un 10 por ciento adicional del salario anterior a la licencia, por la misma duración de la licencia disfrutada, en calidad de prestación de reempleo para las trabajadoras que regresan al trabajo después de la licencia de maternidad. La cuantía legal se ha modificado en los últimos años y la prestación vigente en 2011, se pagaba a una tasa aproximada del 66.67 por ciento del salario diario promedio, con arreglo a la categoría salarial, por un período de 42 días antes del parto y 56 días después de la fecha esperada del parto.
- ³¹ República de Corea. Para los trabajadores de las empresas que cumplen los criterios de la Ley de Seguro del Empleo, el Fondo de Seguro del Empleo paga todo el período de licencia de maternidad. Si la empresa no cumple estos criterios, el empleador paga los primeros 60 días de licencia de maternidad.
- ³² Kirguistán. Siete veces el nivel del salario mínimo.
- ³³ República Democrática Popular Lao. De conformidad con el Decreto sobre la Seguridad Social, una mujer tiene derecho a prestaciones de maternidad del 70 por ciento de las ganancias sujetas a seguro durante un máximo de tres meses.
- ³⁴ Líbano. Las prestaciones monetarias se otorgarán obligatoriamente de conformidad con la Ley de Seguridad Social (Art. 26), por una duración de 10 semanas pagadas a una tasa equivalente a dos terceras partes de las ganancias anteriores. Sin embargo, el sistema de seguridad social aún no ha sido puesto en práctica. El derecho establecido en el Código de Trabajo aún es válido.
- ³⁵ Malasia. De conformidad con la Ley del Empleo de 2012, que enmendó la Ley del Empleo de 1995, se dispone que los empleadores otorguen una licencia de maternidad pagada de 60 días a todas las trabajadoras.
- ³⁶ Nepal. No se otorgan prestaciones obligatorias de seguridad social. La Ley del Trabajo de 1992, dispone que los empleadores paguen el 100 por ciento del salario por la licencia de maternidad por un período de hasta 52 días antes o después de cada parto por un máximo de dos partos. La Ley de los Funcionarios Públicos de 1992, otorga una licencia de maternidad a las trabajadoras hasta por 60 días antes o después del parto por un máximo de dos partos. Es posible el otorgamiento de una licencia de maternidad sin salario por un período de hasta seis meses.
- ³⁷ Oman. De conformidad con el Art. 83 de la Ley de Trabajo de Omán (2012), una trabajadora debe tener derecho a una licencia de maternidad especial de 50 días que cubra los períodos anterior y posterior al parto y a percibir no más de tres veces el salario total durante sus servicios con el empleador.
- ³⁸ Filipinas. 60 días para los empleados públicos.
- ³⁹ Arabia Saudita. El 50 por ciento si la trabajadora ha prestado de uno a tres años de servicios antes del inicio de la licencia de maternidad; el 100 por ciento cuando haya trabajado más de tres años.
- ⁴⁰ Singapur. Las primeras ocho semanas pagadas por el empleador, las segundas ocho semanas financiadas por el Gobierno hasta un tope. Para el tercero y siguientes partos, el total de las 16 semanas serán financiadas por el Gobierno hasta un tope.
- ⁴¹ Sri Lanka. No se otorgan prestaciones obligatorias de maternidad de seguridad social. Las plantaciones cuentan con sus propios dispensarios y salas de maternidad y deben suministrar atención de salud a sus empleadas. La Ordenanza sobre las Prestaciones de Maternidad y la Ley de los Empleados de las Tiendas y Oficinas, dispone que los empleadores otorguen una licencia de maternidad.

- La duración de la licencia de maternidad es de seis semanas por el tercer y subsiguientes hijos. La cuantía de la prestación de licencia de maternidad es de seis séptimas partes de las ganancias anteriores para las trabajadoras cubiertas por la Ordenanza sobre las Prestaciones de Maternidad; el 100 por ciento para aquellas cubiertas por la Ley de los Empleados de las Tiendas y Oficinas .
- ⁴² Sri Lanka. Nivel de la prestación: seis terceras partes (el 86 por ciento) del salario para las trabajadoras cuya remuneración es pagada por un período de tiempo o por tarea. Las trabajadoras cubiertas por la Ley de los Empleados de las Tiendas y Oficinas, perciben el 100 por ciento de la remuneración.
- ⁴³ República Árabe Siria. 120 días por el primer parto, 90 días por el segundo parto y 75 días por el tercer parto.
- ⁴⁴ Tailandia. El 100 por ciento por los primeros 45 días (empleador); el 50 por ciento por los últimos 45 días (seguro social). En virtud de la Ley de Protección Laboral, se dispone que el empleador pague a la trabajadora una licencia de maternidad de hasta 45 días. Un nuevo sistema voluntario de seguridad social para los trabajadores del sector informal se inició en 2011. El régimen se basa en las cotizaciones de los trabajadores y del Gobierno para financiar las prestaciones de vejez, discapacidad, sobrevivientes, enfermedad y maternidad.
- ⁴⁵ Turkmenistán. Además, se paga una prestación por nacimiento en forma de cuantía fija.
- ⁴⁶ Emiratos Árabes Unidos. El 100 por ciento después de un año continuo de empleo, el 50 por ciento en caso de un empleo de menos de un año.
- ⁴⁷ Uzbekistán. Se paga una suma de cuantía fija por cada hijo.
- ⁴⁸ Albania. El 80 por ciento durante el período anterior al nacimiento y durante 150 días después del nacimiento y el 50 por ciento por el resto del período de licencia.
- ⁴⁹ Belarús. No menos del 50 por ciento del salario mínimo de subsistencia per capita (1 de febrero al 30 de abril de 2009: 117,190 rublos bielorrusos (BYR)).
- ⁵⁰ Bélgica. El 82 por ciento por los 30 primeros días y el 75 por ciento por el resto del período (hasta un tope). Para la trabajadora, el 60 por ciento del salario bruto anterior al empleo hasta un tope y una prestación complementaria del 19.5 por ciento por los primeros 30 días y el 15 por ciento por el resto del período.
- ⁵¹ Bosnia y Herzegovina. La tasa de sustitución varía dependiendo de la diversa reglamentación cantonal: el 50 al 60 por ciento (Federación de Bosnia y Herzegovina); el 100 por ciento (República Srpska). Se reembolsa al empleador el pago inicial.
- ⁵² Bulgaria. La duración de la licencia de maternidad se calcula sumando los 45 días de licencia obligatoria a los 182 días (6 meses) de la licencia postnatal.
- ⁵³ Channel Islands, Guernsey y Jersey. Tasa de cuantía fija para una licencia de maternidad de duración normal. Además, se paga una asignación de maternidad de cuantía fija.
- ⁵⁴ Croacia. 45 días antes del parto y un año después.
- ⁵⁵ Croacia. Nivel de la prestación: el 100 por ciento hasta que el hijo cumpla los seis meses de edad, a continuación, una suma de cuantía fija determinada por la Ley sobre la Ejecución del Presupuesto Público, por el resto del período.
- ⁵⁶ Dinamarca: aproximadamente el 75 por ciento de la fuerza de trabajo está cubierta por acuerdos colectivos que obligan a los empleadores a complementar la prestación estatal, lo que representa un promedio de cerca del 50 por ciento de las ganancias anteriores (la prestación monetaria diaria en relación con las ganancias anteriores hasta un tope). Con arreglo a este marco, las trabajadoras perciben de su empleador una compensación durante la licencia equivalente a sus ganancias totales anteriores.
- ⁵⁷ Finlandia. El 70 por ciento hasta un tope, más el 40 por ciento de una cuantía adicional hasta un tope, más el 25 por ciento de la cuantía adicional.
- ⁵⁸ Hasta un tope.
- ⁵⁹ Grecia: La prestación mínima es del 66.7 por ciento de las ganancias sujetas a seguro. Las aseguradas pueden también percibir un suplemento de maternidad de hasta el 33.3 por ciento de las ganancias.
- ⁶⁰ Irlanda. Duración: más de 16 semanas no pagadas después del parto.
- ⁶¹ Irlanda. Nivel de la prestación: sujeta a una cuantía y máxima y mínima.
- ⁶² Isla de Man. Se paga una prestación de maternidad por un período de hasta 39 semanas equivalente al 90 por ciento de las ganancias hasta un tope
- ⁶³ Malta. Duración de la prestación: La licencia de maternidad ha sido aumentada a 16 semanas (de 14) en 2012 y a 18 semanas en 2013. Nivel de la prestación: el 100 por ciento durante 14 semanas. La Ley del Empleo y de las Relaciones Industriales (Capítulo 452 de las Leyes de Malta), requiere que los empleadores paguen el 100 de las ganancias anteriores durante las 14 semanas de la licencia de maternidad. Desde enero de 2013, la Reglamentación sobre la Protección de la Maternidad (Empleo), N° 452.91, 2004, enmendada en 2012, otorga a las trabajadoras el derecho a una licencia de maternidad de cuatro semanas adicionales no pagadas. Al término de la 18ava semana de licencia, la trabajadora puede solicitar una "licencia de maternidad" de cuatro semanas pagadas a una cuantía de suma fija (160 euros (EUR) semanales), otorgada por el seguro social que se hace efectiva en un solo pago. Si por cualquier motivo, la mujer no hace uso por su cuenta de una parte de la licencia pagada por el empleador, tendrá derecho a una "prestación de maternidad" por las semanas no utilizadas (90 EU semanales por un período máximo de 14 semanas pagada por el Gobierno.
- ⁶⁴ Noruega. Sistema de licencia parental pagada (sin distinción entre licencia de maternidad y paternidad) de 57 semanas o de 47 semanas en conjunto (pagada respectivamente al 80 por ciento o al 100 por ciento de las ganancias anteriores). Para fines de determinación de la duración de la licencia de maternidad, las 12 semanas de licencia pagada reservada exclusivamente para el padre no han sido consideradas. La madre puede utilizar el resto de las 45 o 35 semanas, de las cuales 9 semanas están reservadas exclusivamente para ella, tres antes del parto y seis después del parto. El beneficiario puede decidir si percibe el 100 por ciento de las prestaciones por un período más corto (35 semanas) o el 80 por ciento de las prestaciones por un período más largo (45 semanas).
- ⁶⁵ Portugal. El 100 por ciento del salario diario promedio (si los padres optan por un período de licencia de 120 días) o el 80 por ciento (si los padres optan por un período de licencia de 150 días).
- ⁶⁶ Serbia. Duración: las trabajadoras tienen derecho a una licencia por el embarazo y el parto así como a una licencia para la crianza de los hijos por una duración total de 365 días. Pueden comenzar su licencia de maternidad con arreglo a la opinión de la autoridad médica competente, lo más pronto, 45 días antes de la fecha del parto y, lo más tarde, 28 días después. La licencia de maternidad debe durar hasta tres meses después del parto.
- ⁶⁷ Serbia. Nivel de la prestación: se paga el 100 por ciento de las ganancias por los primeros seis meses; el 60 por ciento desde el sexto hasta el noveno mes y el 30 por ciento por los últimos tres meses.
- ⁶⁸ Eslovenia. Una prestación monetaria parental otorgada a los padres cuando no tienen derecho a prestaciones parentales tras el nacimiento de un hijo. El derecho a la prestación parental debe ser otorgada por 365 días, incluido el pago a la madre por 77 días después del nacimiento del hijo, siempre y cuando la madre y el hijo sean residente permanentes en la República de Eslovenia y sean ciudadanos de la República de Eslovenia.
- ⁶⁹ Suecia. Duración: 480 días compartidos entre ambos padres. 60 de estos días son reservados para cada padre mientras que el resto es libremente transferible entre los dos padres. En los casos de custodia única, el total de 480 días se acumulan para el padre que tiene la custodia.
- ⁷⁰ Suecia. Nivel de la prestación: una licencia parental de 480 días calendario: el 80 por ciento durante 390 días; una cuantía fija por los 90 días restantes.
- ⁷¹ Suiza. Algunos cantones otorgan licencias más largas. En el Cantón de Ginebra, la licencia pagada es de 16 semanas. Las empleadas de la Confederación tienen derecho a 98 días (o 14 semanas) si han completado un año de servicios.
- ⁷² Suiza. Nivel de la prestación: Las empleadas de la Confederación tienen derecho a una licencia de maternidad pagada al 100 por ciento.
- ⁷³ Turquía. Cobertura de 12 semanas.
- ⁷⁴ Reino Unido. El empleador gestiona el pago. Los empleadores de las empresas grandes y medianas pueden percibir un reembolso por parte del Estado del 92 por ciento de los costos (ingresos generales). Los pequeños empleadores pueden solicitar el reembolso del 103 por ciento mediante reducciones de las cotizaciones al seguro nacional pagadas por los empleadores a las autoridades fiscales gubernamentales.
- ⁷⁵ Reino Unido. Duración: 26 semanas de la licencia ordinaria de maternidad y 26 semanas de licencia de maternidad adicional.
- ⁷⁶ Reino Unido. Nivel de la prestación: La licencia de maternidad obligatoria se paga por un período continuo de hasta 39 semanas. El 90 por ciento por las primeras seis semanas y una suma de cuantía fija por las semanas restantes.
- ⁷⁷ Antigua y Barbuda. Seguro social (el 60 por ciento durante 13 semanas) y el empleador (el 40 por ciento durante las primeras seis semanas).
- ⁷⁸ Argentina. Además, se paga una asignación por nacimiento sujeta a comprobación de recursos en forma de cuantía fija.
- ⁷⁹ Bermudas. No se otorgan prestaciones obligatorias de seguridad social. En virtud de la Ley del Empleo de 2000, se dispone que los empleadores otorguen licencias de maternidad pagadas y no pagadas.
- ⁸⁰ Bolivia (Estado Plurinacional de). Duración: Los trabajadores domésticos tienen derecho a 90 días.
- ⁸¹ Bolivia (Estado Plurinacional de). Nivel de la prestación: el 100 por ciento del salario mínimo más el 70 por ciento de la diferencia entre el salario mínimo y las ganancias periódicas.
- ⁸² Brasil. Duración: una licencia opcional a cargo del empleador puede ser pagada durante 60 días adicionales.
- ⁸³ Islas Vírgenes Británicas, Dominica, Guyana. Además, se paga una asignación de maternidad en forma de cuantía fija.

- ⁸⁴ Costa Rica. La cuantía de las prestaciones de maternidad se paga a las siguientes tasas, el 50 por ciento del salario de tres a seis meses de cotizaciones a la Caja Costarricense de Seguro Social, el 75 por ciento de seis a nueve meses de cotizaciones y el 100 por ciento por más de nueve meses de cotizaciones .
- ⁸⁵ República Dominicana, Guatemala, Honduras, Nicaragua, Panamá. Si la trabajadora no tiene derecho a prestaciones de seguridad social, el empleador debe cubrir el costo total de las prestaciones.
- ⁸⁶ Granada. El 100 por ciento durante dos meses y el 65 por ciento durante el último mes.
- ⁸⁷ Haití. El 100 por ciento durante seis semanas.
- ⁸⁸ Honduras. Duración: El Código de Trabajo (31 de marzo de 2003), dispone una licencia de maternidad de 10 semanas, mientras que, de conformidad con la Reglamentación General de la Ley de Seguridad Social (15 de febrero de 2005), la prestación de maternidad es pagada durante 84 días por el seguro social hasta por un máximo del 66 por ciento de las ganancias anteriores. Las beneficiarias de las prestaciones de maternidad deberían abstenerse de trabajar (Art.69).
- ⁸⁹ Jamaica. El 100 por ciento pagado durante ocho semanas. A los trabajadores domésticos se les paga el salario mensual mínimo nacional durante ocho semanas.
- ⁹⁰ Panama. El empleador cubre la diferencia entre la prestación pagada por la seguridad social y de la cuenta individual obligatoria.
- ⁹¹ Paraguay. Se paga el 50 por ciento durante las nueve semanas de cobertura.
- ⁹² Trinidad y Tobago. La Ley de Protección de la Maternidad otorga el derecho a la trabajadora a percibir un pago a cargo del empleador del 100 por ciento por un mes y del 50 por ciento por dos meses. El sistema del seguro social paga una cuantía que depende de las ganancias. Cuando la cuantía pagada por el seguro social de conformidad con la Ley de Protección de la Maternidad es menor al pago total, el empleador debe pagar la diferencia al trabajador.
- ⁹³ Uruguay. Para los trabajadores del sector privado.
- ⁹⁴ República Bolivariana de Venezuela. La nueva Ley de Orgánica del Trabajo, los Trabajadores y las Trabajadoras de la República Bolivariana de Venezuela, entró en vigor el 7 de mayo de 2013. De conformidad con la Ley, el país cuenta ahora con el tercer periodo de licencia de maternidad más largo del mundo. Las madres tienen derecho a 6 semana de licencia prenatal y a 26 semanas de licencia postnatal. Los padres tienen también derecho a dos semanas de licencia parental.
- ⁹⁵ Canadá. La duración de la licencia de maternidad depende de la provincia. A nivel Federal y de Ontario, la licencia de maternidad es de 17 semanas mientras que en Québec, es de 18 semanas.
- ⁹⁶ Canada. Nivel de la prestación: federal y estatal. Un solicitante cuyo ingreso familiar está por debajo de 25,921 dólares canadienses (CAD) y que percibe la prestación por hijo, tiene derecho a un complemento familiar, incrementando por tanto la tasa de la prestación. Un trabajador puede continuar trabajando mientras percibe prestaciones parentales; no existe una sanción financiera en la medida en que las ganancias mensuales en concepto de empleo no sean superiores a 50 CAD o al 25 por ciento de las prestaciones semanas, cualquiera sea superior.
- ⁹⁷ Estados Unidos. No se cuenta con un régimen nacional. Las prestaciones monetarias pueden ser otorgadas a nivel estatal. En 5 estados rigen disposiciones respecto de la licencia de maternidad pagada (Nueva York, Nueva Jersey, California, Hawai y Rhode Island). Por ejemplo, California otorga una licencia de maternidad pagada a una tasa del 55 por ciento de las ganancias.
- ⁹⁸ Australia. Duración: una sola licencia parental de 52 semanas que puede ser compartida por ambos padres. La madre pueden hacer uso de una licencia prenatal de seis semanas. Nivel de la prestación: 18 semanas pagadas al nivel del salario mínimo federal.
- ⁹⁹ Fiji. A partir del cuarto nacimiento, la mujer tiene derecho solo a la mitad de la remuneración normal.
- ¹⁰⁰ Kiribati. No se otorgan prestaciones obligatorias de maternidad. Los trabajadores del sector público tienen derecho a una licencia de maternidad pagada al 100 por ciento durante seis semanas antes y seis semanas después del parto por un máximo de dos hijos.
- ¹⁰¹ Papua Nueva Guinea. La Ley del Empleo de 1981, dispone que los empleadores otorguen a sus trabajadores una licencia de enfermedad y de maternidad. Una trabajadora tiene derecho a una licencia de maternidad durante el periodo necesario de hospitalización antes del parto y de seis semanas después del parto.
- ¹⁰² No se paga la licencia de maternidad. Sin embargo, los créditos por vacaciones anuales o licencia de enfermedad, pagados por el empleador, pueden ser utilizados para la licencia de maternidad.
- ¹⁰³ Islas Salomón. No se otorgan prestaciones obligatorias de enfermedad o de maternidad. La Ley de Trabajo, requiere que los empleadores concedan a las trabajadoras una licencia de maternidad de 12 semanas (incluidas al menos hasta seis semanas después del parto).
- ¹⁰⁴ Vanuatu. No se otorga prestaciones obligatorias de seguridad social en caso de maternidad. La Ley del Empleo de 1993 dispone que los empleadores paguen el 66 por ciento del salario para la licencia obligatoria de maternidad durante seis semanas antes y seis semanas después del parto, si la trabajadora ha permanecido en un empleo continuo con el empleador durante al menos seis meses. Se exige que los empleadores permitan a las trabajadoras interrumpir el trabajo dos veces al día durante una hora para alimentar a su hijo lactante hasta la edad de 2 años de edad.

Cuadro B.6. Pensiones de vejez: Características esenciales de los sistemas de seguridad social

Área principal, región o país	Nota	Fecha de la primera ley	Tipo de régimen ^a	Edad legal de jubilación ^a		Tipos de cotización: Vejez, invalidez y sobrevivientes ^a			Estimación de la cobertura legal ^b de la vejez como porcentaje de la población en edad de trabajar							
				Hombres	Mujeres	Persona asegurada	Empleador	Financiación del Gobierno	Total (obligatorio y voluntario; contributivo y no contributivo)		Contributivo obligatorio		Contributivo voluntario		Contributivo voluntario	
									Total	Mujeres	Total	Mujeres	Total	Mujeres	Total	Mujeres
África																
Argelia		1949	Seguro social	60	55	7	10.25	Pensión mínima subsidiada	36.0	10.5	36.0	10.5	0.0	0.0	...	...
			Pensión no contributiva	...	...	n.a.	n.a.	Costo total								
Benin		1970	Seguro social	60	60	3.6	6.4	Ningún aporte	4.3	2.3	4.3	2.3	0.0	0.0	0.0	0.0
Botswana	¹	1996	Pensión no contributiva universal	65	65	n.a.	n.a.	Costo total	100.0	100.0	13.3	11.4	0.0	0.0	100.0	100.0
Burkina Faso		1960	Seguro social	56	56	5.5	5.5	Ningún aporte	45.2	18.3	5.8	2.8	39.4	15.5	0.0	0.0
Burundi		1956	Seguro social	60	60	4	6	Ningún aporte	4.4	0.9	4.4	0.9	0.0	0.0	0.0	0.0
Camerún		1969	Seguro social	60	60	2.8	4.2	Ningún aporte	13.6	6.2	13.6	6.2	0.0	0.0	0.0	0.0
Cabo Verde		1957	Seguro social	65	60	3	7	Ningún aporte	43.5	35.7	43.5	35.7	0.0	0.0	...	...
		2006	Pensión no contributiva sujeta a la comprobación de recursos	60	60	n.a.	n.a.	Costo total								
República Centroafricana		1963	Seguro social	60	60	3	4	Ningún aporte	54.1	60.3	14.7	13.4	39.4	21.5	0.0	0.0
Chad		1977	Seguro social	60	60	3.5	5	Ningún aporte	3.6	0.5	3.6	0.5	0.0	0.0	0.0	0.0
Congo		1962	Seguro social	60	60	4	8	Proporciona subsidios anuales, de ser necesario	10.2	5.9	10.2	5.9	0.0	0.0	0.0	0.0
Congo, República Democrática del		1956	Seguro social	65	60	3.5	3.5	Un subsidio anual, hasta un máximo	39.1	27.2	39.1	27.2	0.0	0.0	0.0	0.0
Côte d'Ivoire		1960	Seguro social	60	60	3.2	4.8	Ningún aporte	10.0	4.9	10.0	4.9	0.0	0.0	0.0	0.0
Djibouti		1976	Seguro social	60	60	4	4	Ningún aporte	14.1	6.8	14.1	6.8	0.0	0.0	0.0	0.0
Egipto		1950	Seguro social	60	60	13	17	1% de la nómina mensual cotizante, más el costo de cualquier déficit	39.3	13.1	39.3	13.1	0.0	0.0	0.0	0.0
Guinea Ecuatorial		1947	Seguro social	60	60	4.5	21.5	Al menos 25% de los ingresos anuales de la seguridad social	13.0	2.4	13.0	2.4	0.0	0.0	0.0	0.0
Etiopía		1963	Seguro social	60	60	7	11	Ningún aporte	40.3	23.3	6.4	4.7	33.8	18.7	0.0	0.0
Gabón		1963	Seguro social	55	55	2.5	5	Ningún aporte	11.6	9.5	11.6	9.5	0.0	0.0	0.0	0.0

Cuadro B.6. Pensiones de vejez: Características esenciales de los sistemas de seguridad social

Área principal, región o país	Nota	Fecha de la primera ley	Tipo de régimen ^a	Edad legal de jubilación ^a		Tipos de cotización: Vejez, invalidez y sobrevivientes ^a			Estimación de la cobertura legal ^b de la vejez como porcentaje de la población en edad de trabajar							
				Hombres	Mujeres	Persona asegurada	Empleador	Financiación del Gobierno	Total (obligatorio y voluntario; contributivo y no contributivo)		Contributivo obligatorio		Contributivo voluntario		Contributivo voluntario	
									Total	Mujeres	Total	Mujeres	Total	Mujeres	Total	Mujeres
Gambia	1987	Seguro social	60	60	ninguna	19	Ningún aporte	4.0	2.5	4.0	2.5	0.0	0.0	0.0	0.0	
	1981	Fondo de Previsión	60	60	5	10	Ningún aporte									
Ghana	1965	Seguro social y ocupacional obligatorio (prestación en forma de cuantía fija)	60	60	5.5	13	Ningún aporte	51.0	45.0	11.7	5.8	39.4	39.2	0.0	0.0	
Guinea	1958	Seguro social	55-65 (según la profesión)	55-65 (según la profesión)	2.5	10	Ningún aporte	10.6	7.0	10.6	7.0	0.0	0.0	0.0	0.0	
Kenya	1965	Fondo de previsión	60	60	5	5	Ningún aporte	45.9	26.8	45.9	26.8	0.0	0.0	...	...
	2006	Pensión no contributiva sujeta a la comprobación de recursos	65	65	n.a.	n.a.	Costo total									
Lesotho	2004	Pensión no contributiva sujeta a la comprobación de otras pensiones	70	70	n.a.	n.a.	Costo total	100.0	100.0					100.0	100.0	
Liberia	1972	Seguro social	60	60	3	4.75	Ningún aporte	50.2	50.4	9.1	4.4	33.0	36.0	...	...
		Pensión no contributiva sujeta a la comprobación de recursos	...	...	n.a.	n.a.	Costo total								
Libia	1957	Seguro social	65	60	3.75	10.5	0.75% de los ingresos cubiertos; subsidios anuales y el costo de prestaciones sujetas a comprobación de ingresos	52.7	22.6	52.7	22.6	0.0	0.0	0.0	0.0	
Madagascar	1969	Seguro social	60	55	1	9.5	Ningún aporte	11.4	8.9	11.4	8.9	0.0	0.0	0.0	0.0	
Malawi	² 2011	Cuentas individuales obligatorias (aún no se implementa)	...	...	...	...	...	10.8	8.9	10.8	8.9	0.0	0.0	0.0	0.0
Malí	1961	Seguro social	58	58	3.6	5.4	Ningún aporte	38.3	29.4	6.1	3.7	32.2	25.7	32.2	25.7	
Mauritania	1965	Seguro social	60	55	3	6	Ningún aporte	4.7	1.3	4.7	1.3	0.0	0.0	0.0	0.0	
Mauricio	1950	Seguro social	62.25	62.25	3	6	Cualquier déficit	100.0	100.0	43.9	31.0	9.6	4.3	100.0	100.0	
	1950	Universal	60	60	n.a.	n.a.	Costo total									
Marruecos	1959	Seguro social	60	60	3.96	7.93	Ningún aporte	21.7	8.8	21.7	8.8	0.0	0.0	0.0	0.0	

Cuadro B.6. Pensiones de vejez: Características esenciales de los sistemas de seguridad social

Área principal, región o país	Nota	Fecha de la primera ley	Tipo de régimen ^a	Edad legal de jubilación ^a		Tipos de cotización: Vejez, invalidez y sobrevivientes ^a			Estimación de la cobertura legal ^b de la vejez como porcentaje de la población en edad de trabajar							
				Hombres	Mujeres	Persona asegurada	Empleador	Financiación del Gobierno	Total (obligatorio y voluntario; contributivo y no contributivo)		Contributivo obligatorio		Contributivo voluntario		Contributivo voluntario	
									Total	Mujeres	Total	Mujeres	Total	Mujeres	Total	Mujeres
Mozambique	....		Seguro social			3	4	Financia las pensiones del sector público	3.7	1.4	3.7	1.4	...	...	...	...
	2009		Pensión no contributiva sujeta a la comprobación de recursos	60	55	n.a.	n.a.	Costo total	...	...				
Namibia	1956		Seguro social	60	60	0.9	0.9	Cualquier déficit	100.0	100.0	8.3	7.5	0.0	0.0	100.0	100.0
	1992		Pensión no contributiva universal	60	60	n.a.	n.a.	Costo total								
Níger	1967		Seguro social	60	60	5.25	5.25	Ningún aporte	3.4	1.6	3.4	1.6	0.0	0.0	0.0	0.0
Nigeria	1961		Cuentas individuales obligatorias	50	50	7.5	7.5	Ningún aporte	3.7	1.9	3.7	1.9	0.0	0.0	0.0	0.0
Rwanda	1956		Seguro social	55	55	3	3	Ningún aporte	44.0	42.9	3.9	2.2	40.1	40.7	0.0	0.0
Santo Tomé y Príncipe	1979		Seguro social	62	57	4	6	Subsidios, según sea necesario	29.6	27.0	18.3	17.6	11.3	9.4	0.0	0.0
Senegal	1975		Seguro social	55	55	5.6	8.4	Ningún aporte	11.9	6.6	11.9	6.6	0.0	0.0	0.0	0.0
Seychelles	³ 1971		Seguro social	63	63	1.5	3	n.a.	100.0	100.0	39.2	33.9	5.4	2.4	100.0	100.0
	1971		Pensión no contributiva universal	63	63	n.a.	n.a.	Costo total con cargo a impuestos asignados a fines específicos								
Sierra Leona	2001		Seguro social	60	60	5	10	2.5 a 10% ⁴	57.9	52.3	5.3	2.4	52.5	49.8	0.0	0.0
Sudáfrica	¹ 1928		Pensión no contributiva sujeta a la comprobación de recursos	60	60	n.a.	n.a.	Costo total	100.0	100.0	0.0	0.0	0.0	0.0	100.0	100.0
Sudán	1974		Seguro social	60	60	8	17	Ningún aporte	33.8	18.3	33.8	18.3	0.0	0.0	0.0	0.0
Swazilandia	¹ 1974		Fondo de Previsión	50	50	5	5	Ningún aporte	100.0	100.0	36.7	26.4	0.0	0.0		
	2005		Pensión no contributiva sujeta a la comprobación de otras pensiones	60	60	n.a.	n.a.	Costo total							63.3	73.6
Tanzania, República Unida de	1964		Seguro social	60	60	10	10	Ningún aporte	69.6	58.0	69.6	58.0	0.0	0.0	0.0	0.0
Togo	1968		Seguro social	60	60	4	12.5	Ningún aporte	57.7	57.1	57.7	57.1	0.0	0.0	0.0	0.0

Cuadro B.6. Pensiones de vejez: Características esenciales de los sistemas de seguridad social

Área principal, región o país	Nota	Fecha de la primera ley	Tipo de régimen ^a	Edad legal de jubilación ^a		Tipos de cotización: Vejez, invalidez y sobrevivientes ^a			Estimación de la cobertura legal ^b de la vejez como porcentaje de la población en edad de trabajar							
				Hombres	Mujeres	Persona asegurada	Empleador	Financiación del Gobierno	Total (obligatorio y voluntario; contributivo y no contributivo)		Contributivo obligatorio		Contributivo voluntario		Contributivo voluntario	
									Total	Mujeres	Total	Mujeres	Total	Mujeres	Total	Mujeres
Túnez		1960	Seguro social	60	60	4.74	7.76	Aportes subsidiados para jóvenes titulados, personas con discapacidad, y otras categorías de trabajadores	44.6	23.1	44.6	23.1	0.0	0.0	0.0	0.0
Uganda		1967	Fondo de Previsión	55	55	5	10	Ningún aporte	12.5	6.0	12.5	6.0	0.0	0.0	0.0	0.0
Zambia		1966	Seguro social	55	55	5	5	Ningún aporte	48.1	35.9	12.0	5.5	36.1	30.3	0.0	0.0
Zimbabwe		1993	Seguro social	60	60	3.5	3.5	Ningún aporte	20.5	12.3	20.5	12.3	0.0	0.0	0.0	0.0
Asia																
Armenia		1956	Seguro social, aún no se ha implementado un sistema de cuentas individuales	63	63	3	Tasa fija más el 15% del ingreso mensual del empleado de 20,000 AMD a 100,000 AMD, más el 5% de los ingresos superiores a 100,000 AMD	Subsidios, según sea necesario	100.0	100.0	45.1	56.6	0.0	0.0	59.4	44.4
			Pensión no contributiva sujeta a la comprobación de otras pensiones	65	65	n.a.	n.a.	Costo total								
Azerbaiyán		1956	Seguro social y cotización definida teórica (NDC)	63	58.5	3	22	Proporciona subsidios para el seguro social	100.0	100.0	65.8	63.8	0.0	0.0	34.2	36.2
			Pensión no contributiva sujeta a la comprobación de otras pensiones	67	62 (57) ⁵	n.a.	n.a.	Costo total								
Bahrein		1976	Seguro social	60	55	6	9	Ningún aporte	63.3	31.8	61.0	31.2	2.3	0.6	0.0	0.0
Bangladesh		1998	Pensión no contributiva sujeta a la comprobación de recursos	65	62	n.a.	n.a.	Costo total	2.2	0.8	2.2	0.8	0.0	0.0	0.0	0.0
Brunei Darussalam		1955	Fondo de previsión, régimen complementario de cuentas individuales	55	55	8.5	8.5	Cualquier déficit y complementos	100.0	100.0	59.4	41.6	2.9	1.4	40.6	58.4
		1984	Pensión no contributiva universal	65	65	n.a.	n.a.	Costo total								

Cuadro B.6. Pensiones de vejez: Características esenciales de los sistemas de seguridad social

Área principal, región o país	Nota	Fecha de la primera ley	Tipo de régimen ^a	Edad legal de jubilación ^a		Tipos de cotización: Vejez, invalidez y sobrevivientes ^a			Estimación de la cobertura legal ^b de la vejez como porcentaje de la población en edad de trabajar							
				Hombres	Mujeres	Persona asegurada	Empleador	Financiación del Gobierno	Total (obligatorio y voluntario; contributivo y no contributivo)		Contributivo obligatorio		Contributivo voluntario		Contributivo voluntario	
									Total	Mujeres	Total	Mujeres	Total	Mujeres	Total	Mujeres
China	1.6	1951	Régimen de pensiones para funcionarios públicos y empleados de instituciones públicas culturales, educativas y científicas financiado con cargo al presupuesto	60	55	n.a.	n.a.	Costo total	6.8	...	0	...	0	...	6.8	...
			El régimen de pensiones básico para los trabajadores urbanos	60	55 (cuadros)/ 50 (trabajadores)	8	20	Subsidios, según sea necesario	29.8	...	22.3	...	7.5	...	0	...
			Las pensiones voluntarias para trabajadores no asalariados rurales y urbanos						63.4	...	0	...	63.4	...	7	...
	2009		El régimen voluntario de pensiones rural-pensión básica no contributiva financiada con cargo al presupuesto gubernamental	60	60	n.a.	n.a.	Costo total de la pensión no contributiva (al menos 55 CNY al mes por persona asegurada)								
			- Pensión de cuenta individual ⁸	60	60	100-500 CNY	n.a.	Los gobiernos locales aportan al menos 30 CNY al año por persona asegurada a la cuenta individual								
	2011		El régimen de pensiones voluntario para trabajadores no asalariados rurales-pensión básica no contributiva financiada con cargo al presupuesto gubernamental	60	60	n.a.	n.a.	Costo total de la pensión no contributiva (al menos 55 CNY al mes por persona asegurada)								
			- Pensión de cuenta individual ⁸	60	60	100-1 000 CNY	n.a.	El Gobierno aporta al menos 30 CNY al año por persona asegurada a la cuenta individual								
		Total						100.0	...	22.3		70.9	...	6.8	...	

Cuadro B.6. Pensiones de vejez: Características esenciales de los sistemas de seguridad social

Área principal, región o país	Nota	Fecha de la primera ley	Tipo de régimen ^a	Edad legal de jubilación ^a		Tipos de cotización: Vejez, invalidez y sobrevivientes ^a			Estimación de la cobertura legal ^b de la vejez como porcentaje de la población en edad de trabajar							
				Hombres	Mujeres	Persona asegurada	Empleador	Financiación del Gobierno	Total (obligatorio y voluntario; contributivo y no contributivo)		Contributivo obligatorio		Contributivo voluntario		Contributivo voluntario	
									Total	Mujeres	Total	Mujeres	Total	Mujeres	Total	Mujeres
Hong Kong (China), Región Administrativa Especial de	1995	Fondos de previsión privados	65	65	5	5	Ningún aporte	100.0	100.0	65.9	58.4	0.0	0.0	34.1	41.6	
	1971	Pensión universal no contributiva (asignación por ancianidad)	70	70	n.a.	n.a.	Costo total									
	2013	Pensión no contributiva sujeta a la comprobación de recursos	65	65	n.a.	n.a.	Costo total									
India	1952	Fondo de Previsión complementado con seguro social (Régimen de Pensiones)	55	55	12	17.61	1.17% del salario básico del asegurado	12.5	4.6	1.9	0.8	10.6	3.8	...	...
		Regímenes de gratificaciones para trabajadores industriales (prestación de cuantía fija)			Ningún aporte	4	Ningún aporte									
	1995	Pensión no contributiva sujeta a la comprobación de recursos	60	60	n.a.	n.a.	Costo total									
Indonesia	1977	Fondo de previsión con un pequeño componente de seguro social	55	55	2	4	Ningún aporte	42.9	24.2	10.5	7.3	32.4	16.9	0.0	0.0	
Irán, República Islámica del	1953	Seguro social	60	55	7	20	3% de la nómina, incluyendo a las personas aseguradas voluntariamente; 13.5% de la nómina para los conductores comerciales. El Gobierno paga las cotizaciones del empleador de hasta cinco empleados por empresa para ciertas industrias estratégicas	34.5	8.8	34.5	8.8	0.0	0.0	0.0	0.0	
Israel	⁹	1953	Seguro social	70	67.33	0.34-3.85	1.3-2.04	0.25% de los ingresos de las personas aseguradas	100.0	100.0	61.5	56.6	0.0	0.0	38.5	43.4
			Pensión no contributiva sujeta a la comprobación de recursos	65-67	60-64	n.a.	n.a.	Costo total								

Cuadro B.6. Pensiones de vejez: Características esenciales de los sistemas de seguridad social

Área principal, región o país	Nota	Fecha de la primera ley	Tipo de régimen ^a	Edad legal de jubilación ^a		Tipos de cotización: Vejez, invalidez y sobrevivientes ^a			Estimación de la cobertura legal ^b de la vejez como porcentaje de la población en edad de trabajar							
				Hombres	Mujeres	Persona asegurada	Empleador	Financiación del Gobierno	Total (obligatorio y voluntario; contributivo y no contributivo)		Contributivo obligatorio		Contributivo voluntario		Contributivo voluntario	
									Total	Mujeres	Total	Mujeres	Total	Mujeres	Total	Mujeres
Japón	¹⁰	1941	Seguro social: prestación de cuantía fija y prestación basada en los ingresos	65	65	8.34	8.34	50% del costo de las prestaciones para el régimen nacional de pensiones y el 100% de los costos administrativos tanto para la pensión nacional como para el seguro de pensiones de los empleados, financiado con cargo a los impuestos nacionales	100.0	100.0	100.0	100.0	0.0	0.0	0.0	0.0
Jordania		1978	Seguro social	60	55	5.5	9	Aporte irregular/discrecional	41.7	12.7	33.3	12.0	8.4	0.7	0.0	0.0
Kazajstán		1991	Seguro social: Cotización discrecional basada en cuentas individuales	63	58	10	11	Costo de la pensión básica del Estado. Pensión solidaria de vejez: Subsidios, según sea necesario	100.0	100.0	73.3	69.2	0.0	0.0	26.7	30.8
		1991	Pensión no contributiva sujeta a la comprobación de otras pensiones	63	58	n.a.	n.a.	Costo total								
Corea, República de		1973	Seguro social	60	60	4.5	4.5	Parte de los costos administrativos del seguro y las cotizaciones sociales a ciertos grupos	58.2	45.8	58.2	45.8	0.0	0.0	...	...
		2007	Pensión no contributiva sujeta a la comprobación de recursos	65	65	n.a.	n.a.	Costo total								
Kuwait		1976	Seguro social	50	50	5	10	10% a 32.5% 11	68.2	45.0	66.4	44.8	1.8	0.2	0.0	0.0
Kirguistán		1922	Seguro social: cotización teórica definida (NDC)	63	58	10	17.25	Ningún aporte	100.0	100.0	56.1	43.5	0.0	0.0	43.9	56.5
			Pensión no contributiva sujeta a la comprobación de otras pensiones	63	58	n.a.	n.a.	Costo total								
República Democrática Popular Lao		1999	Seguro social	60	60	4.5	5	Costos administrativos del Servicio de Seguridad Social	9.5	6.4	9.5	6.4	0.0	0.0	0.0	0.0

Cuadro B.6. Pensiones de vejez: Características esenciales de los sistemas de seguridad social

Área principal, región o país	Nota	Fecha de la primera ley	Tipo de régimen ^a	Edad legal de jubilación ^a		Tipos de cotización: Vejez, invalidez y sobrevivientes ^a			Estimación de la cobertura legal ^b de la vejez como porcentaje de la población en edad de trabajar							
				Hombres	Mujeres	Persona asegurada	Empleador	Financiación del Gobierno	Total (obligatorio y voluntario; contributivo y no contributivo)		Contributivo obligatorio		Contributivo voluntario		Contributivo voluntario	
									Total	Mujeres	Total	Mujeres	Total	Mujeres	Total	Mujeres
Líbano		1963	Seguro social: solamente prestaciones de cuantía fija	64	64	Ningún aporte	8.5	Ningún aporte	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
Malasia		1951	Seguro social	55	55	0.5	0.5	Ningún aporte	45.0	34.4	45.0	34.4	0.0	0.0	0.0	0.0
			Fondo de Previsión	55	55	11	13	Solamente para los trabajadores por cuenta propia, 5% de las cotizaciones hasta 60 ringitts al año								
Mongolia			Seguro social: contribución definida teórica (para los nacidos después de 1960)	60	55	5.5	13.5	n.a.	100.0	100.0	23.2	24.0	18.6	9.7	58.2	66.3
			Pensión no contributiva sujeta a comprobación de recursos	60	55	n.a.	n.a.	Costo total								
Nepal		1962	Fondo de Previsión	58	58	10	10		29.1	29.6	2.0	0.8	0.0	0.0	27.1	28.8
		1995	Pensión no contributiva sujeta a la comprobación de otras pensiones	70 (60 en algunas áreas)	70 (60 en algunas áreas)	n.a.	n.a.	Costo total								
Omán		1991	Seguro social	60	55	6.5	9.5	4% del salario mensual	26.3	0.0	26.3	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
Pakistán		1976	Seguro social	60	55	1	5	Ningún aporte	17.5	4.4	17.5	4.4	0.0	0.0	0.0	0.0
Filipinas		1954	Seguro social	60	60	3.33	7.07	Cualquier déficit	53.2	39.0	53.2	39.0	0.0	0.0	...	...
		2011	Pensión no contributiva sujeta a la comprobación de recursos	77	77	n.a.	n.a.	Costo total								
Qatar		2002	Seguro social	60	55	5	10	Cubre los gastos administrativos y cualquier déficit	...	...	...	...	...	...	...	...
Arabia Saudita		1969	Seguro social	60	55	9	9	Cualquier déficit operativo	18.8	6.3	18.8	6.3	0.0	0.0	0.0	0.0
Singapur		1953	Fondo de Previsión	55	55	20	16	Ningún aporte	53.5	47.9	53.5	47.9	0.0	0.0	0.0	0.0
Sri Lanka		1958	Fondo de Previsión	55	50	8	12	Ningún aporte	31.5	20.6	31.5	20.6	0.0	0.0	0.0	0.0
República Árabe Siria		1959	Seguro social	60	55	7	14	Ningún aporte	23.8	7.9	23.8	7.9	0.0	0.0	0.0	0.0

Cuadro B.6. Pensiones de vejez: Características esenciales de los sistemas de seguridad social

Área principal, región o país	Nota	Fecha de la primera ley	Tipo de régimen ^a	Edad legal de jubilación ^a		Tipos de cotización: Vejez, invalidez y sobrevivientes ^a			Estimación de la cobertura legal ^b de la vejez como porcentaje de la población en edad de trabajar							
				Hombres	Mujeres	Persona asegurada	Empleador	Financiación del Gobierno	Total (obligatorio y voluntario; contributivo y no contributivo)		Contributivo obligatorio		Contributivo voluntario		Contributivo voluntario	
									Total	Mujeres	Total	Mujeres	Total	Mujeres	Total	Mujeres
Taiwán, China	1950	Seguro social y sistema de cuentas individuales obligatorias	60	60	5.7	11.25	Diversas tasas de aportes ¹²	100.0	100.0	41.7	36.0	58.3	64.0	...	...
	2008	Pensión no contributiva sujeta a la comprobación de recursos	65	65	n.a.	n.a.	Costo total									
Tayikistán	1993	Seguro social. Se ha programado introducir un sistema de cotización definida teórica en 2013	63	58	1	25	Subsidios, según sea necesario	...	...	...	...	...	...	...	...
		Pensión no contributiva sujeta a la comprobación de otras pensiones	65	60	n.a.	n.a.	Proporciona subsidios parciales; las autoridades locales pueden otorgar prestaciones complementarias de sus propios presupuestos									
Tailandia	1990	Nuevo sistema de seguro social ¹³	55	55	3	3	1% y THB30 o THB50 ¹⁴	100.0	100.0	35.9	29.4	25.9	19.3	38.2	51.3	
	1993	Pensión no contributiva sujeta a la comprobación de otras pensiones	60	60	n.a.	n.a.	Costo total									
Timor Oriental	2008	Pensión no contributiva sujeta a la comprobación de otras pensiones	60	60	n.a.	n.a.	Costo total	100.0	100.0	0.0	0.0	0.0	0.0	100.0	100.0	
Turkmenistán	1956	Seguro social (régimen de cotización definida teórica a introducirse en 2013)	62	57	Ningún aporte	20	Subsidios, según sea necesario	100.0	100.0	36.9	34.2	0.0	0.0	63.1	65.8	
		Pensión no contributiva sujeta a la comprobación de otras pensiones	62	57	n.a.	n.a.	Costo total									
Uzbekistán	1956	Cuenta individual obligatoria, seguro social	60	55	6.5	25	Subsidios, según sea necesario	62.3	56.0	62.3	56.0	0.0	0.0	37.7	44.0	
		Pensión no contributiva sujeta a la comprobación de recursos	60	55	n.a.	n.a.	Costo total									

Cuadro B.6. Pensiones de vejez: Características esenciales de los sistemas de seguridad social

Área principal, región o país	Nota	Fecha de la primera ley	Tipo de régimen ^a	Edad legal de jubilación ^a		Tipos de cotización: Vejez, invalidez y sobrevivientes ^a			Estimación de la cobertura legal ^b de la vejez como porcentaje de la población en edad de trabajar							
				Hombres	Mujeres	Persona asegurada	Empleador	Financiación del Gobierno	Total (obligatorio y voluntario; contributivo y no contributivo)		Contributivo obligatorio		Contributivo voluntario		Contributivo voluntario	
									Total	Mujeres	Total	Mujeres	Total	Mujeres	Total	Mujeres
Viet Nam	1961	Seguro social	60	55	7	13 (14 from 2014)	Subsidios, según sea necesario ¹⁵	65.6	59.0	26.4	20.9	39.2	38.1	...	...
	2004	Pensión no contributiva sujeta a la comprobación de ingresos/ Sujeta a la comprobación de otros ingresos previsionales antes de los 80 años	60	60	n.a.	n.a.	Costo total									
Yemen	1980	Seguro social	60	55	6	9	Ningún aporte	18.9	2.2	18.9	2.2	0.0	0.0	0.0	0.0	
Europa																
Albania	1947	Seguro social	65	60	8.8	12.8	Cualquier déficit; paga los aportes de las personas que prestan el servicio militar obligatorio; cubre los costos de las pensiones estatales especiales de ciertas personas	38.5	23.6	38.5	23.6	0.0	0.0	0.0	0.0	
Andorra	1966	Seguro social	65	65	2.5-7.5	14.5	Ningún aporte	...	...	...	...	...	...	...	...
Austria	1906	Seguro social	65	60	10.25	12.55	Un subsidio y el costo de la prestación en concepto de cuidados y la asignación sujeta a comprobación de ingresos	70.7	65.1	70.7	65.1	0.0	0.0	0.0	0.0	
Belarús	1956	Seguro social	60	55	1	28	"El costo de pensiones y subsidios sociales y para el personal militar. pensiones y subsidios"	100.0	100.0	51.1	50.8	0.0	0.0	48.9	49.2	
Bélgica	1900	Seguro social	65	65	7.5	8.86	Subsidios anuales	61.4	55.5	61.4	55.5	0.0	0.0	...	...
	2001	Pensión no contributiva sujeta a la comprobación de recursos	65	65	n.a.	n.a.	Costo total									
Bosnia y Herzegovina		Seguro social	65	65	17	7	....	...	...	...	...	...	...	...	...
Bulgaria	1924	Seguro social, cuentas individuales obligatorias	63.33	60.33	7.9	9.9	Cualquier déficit	59.0	55.6	59.0	55.6	0.0	0.0	...	...
		Pensión no contributiva sujeta a la comprobación de recursos	70	70	n.a.	n.a.	Costo total									

Cuadro B.6. Pensiones de vejez: Características esenciales de los sistemas de seguridad social

Área principal, región o país	Nota	Fecha de la primera ley	Tipo de régimen ^a	Edad legal de jubilación ^a		Tipos de cotización: Vejez, invalidez y sobrevivientes ^a			Estimación de la cobertura legal ^b de la vejez como porcentaje de la población en edad de trabajar							
				Hombres	Mujeres	Persona asegurada	Empleador	Financiación del Gobierno	Total (obligatorio y voluntario; contributivo y no contributivo)		Contributivo obligatorio		Contributivo voluntario		Contributivo voluntario	
									Total	Mujeres	Total	Mujeres	Total	Mujeres	Total	Mujeres
Croacia		1922	Seguro social y cuenta individual obligatoria	65	60.25	25	No contribution	Paga aportes para categorías de empleados estatales	52.8	47.0	52.8	47.0	0.0	0.0	0.0	0.0
Chipre		1957	Seguro social	65	65	6.8	6.8	4.3% de la nómina (3.8% para los asegurados voluntarios)	100.0	100.0	68.7	61.6	0.0	0.0	31.3	38.4
		1995	Pensión no contributiva sujeta a la comprobación de otras pensiones	65	65	n.a.	n.a.	Costo total								
República Checa		1906	Seguro social	62.2	61.33	6.5	21.5	Cualquier déficit	70.3	61.5	65.0	56.3	5.3	5.3	0.0	0.0
Dinamarca		1891	Seguro social	65	65	Un monto establecido	Un monto establecido	Ningún aporte	100.0	100.0	67.0	67.3	6.1	3.5	100.0	100.0
		1891	Universal	65	65	n.a.	n.a.	Costo total								
Estonia		1924	Seguro social y cuenta individual obligatoria	63	61	2	20	Complementos previsionales y asignaciones para algunas categorías de asegurados; y el costo de subvenciones para gastos de sepelio	100.0	100.0	61.0	60.5	0.0	0.0	39.0	39.5
			Pensión no contributiva sujeta a la comprobación de otras pensiones	63	63	n.a.	n.a.	Costo total								
Finlandia		1937	Pensión profesional obligatoria	65	65	5.15	17.65	Ningún aporte	100.0	100.0	59.5	61.2	0.0	0.0	40.5	38.8
		1937	Pensión no contributiva sujeta a comprobación de recursos	65	65	n.a.	n.a.	Costo total ¹⁶								
Francia		1910	Seguro social	60	60	6.75	9.9	Subsidios variables	100.0	100.0	63.8	59.7	0.0	0.0	36.2	40.3
		2004	Pensión no contributiva sujeta a la comprobación de recursos	65	65	n.a.	n.a.	Costo total								
Alemania		1889	Seguro social	65.08	65.08	9.8	9.8	Financia subsidios para ciertas prestaciones no cubiertas por las cotizaciones	76.6	70.8	76.6	70.8	0.0	0.0	0.0	0.0
Grecia		1934	Seguro social	65	65	6.67	13.33	Un subsidio anual garantizado	56.3	43.9	56.3	43.9	0.0	0.0	...	...
		1996	Pensión no contributiva sujeta a la comprobación de recursos	60	60	n.a.	n.a.	Costo total								

Cuadro B.6. Pensiones de vejez: Características esenciales de los sistemas de seguridad social

Área principal, región o país	Nota	Fecha de la primera ley	Tipo de régimen ^a	Edad legal de jubilación ^a		Tipos de cotización: Vejez, invalidez y sobrevivientes ^a			Estimación de la cobertura legal ^b de la vejez como porcentaje de la población en edad de trabajar							
				Hombres	Mujeres	Persona asegurada	Empleador	Financiación del Gobierno	Total (obligatorio y voluntario; contributivo y no contributivo)		Contributivo obligatorio		Contributivo voluntario		Contributivo voluntario	
									Total	Mujeres	Total	Mujeres	Total	Mujeres	Total	Mujeres
Guernsey	1925	Seguro social	65	65	6	6.5	15% de los aportes totales	...	...	...	...	...	...	...	...
	1984	Pensión no contributiva sujeta a la comprobación de recursos	60	60			Costo total									
Hungria	1928	Seguro social y cuenta individual obligatoria (voluntaria) ¹⁷	62.5	62.5	10	27	Cualquier déficit	62.4	56.7	62.4	56.7	0.0	0.0	...	...
	1993	Pensión no contributiva sujeta a la comprobación de recursos	62.5	62.5	n.a.	n.a.	Costo total									
Islandia	1909	Pensión profesional obligatoria	67	67	4	7.79	Ningún aporte	100.0	100.0	77.7	75.8	0.0	0.0	22.3	24.2	
		Pensión no contributiva sujeta a la comprobación de recursos	67	67	n.a.	n.a.	Cualquier déficit									
Irlanda	1908	Seguro social	65	65	4	4.25	Cualquier déficit	59.7	55.7	47.3	42.1	0.0	0.0	12.4	13.6	
		Pensión no contributiva sujeta a la comprobación de recursos	66 (aumentando gradualmente a 67 para 2021; 68 para 2028)	66 (aumentando gradualmente a 67 para 2021; 68 para 2028)	n.a.	n.a.	Costo total									
Isla de Man	1948	Seguro social	65	60	11	12.8	Ningún aporte	...	...	...	...	...	...	...	...
		Pensión no contributiva sujeta a la comprobación de otras pensiones	80	80	n.a.	n.a.	El costo total de las asignaciones sujetas a comprobación de ingresos y otras prestaciones no contributivas									
Italia	1919	Seguro social – reducción gradual	66	62	9.19	23.81	Cualquier déficit	56.0	45.1	56.0	45.1	0.0	0.0	...	...
	1996	Cotización definida teórica (NDC)	66	62 (incrementándose gradualmente a 66)	9.19	23.81	Cualquier déficit									
		Pensión no contributiva sujeta a la comprobación de recursos	65	65	n.a.	n.a.	Costo total									
Jersey					5.2	5.3		...	...	...	...	...	...	...	...

Cuadro B.6. Pensiones de vejez: Características esenciales de los sistemas de seguridad social

Área principal, región o país	Nota	Fecha de la primera ley	Tipo de régimen ^a	Edad legal de jubilación ^a		Tipos de cotización: Vejez, invalidez y sobrevivientes ^a			Estimación de la cobertura legal ^b de la vejez como porcentaje de la población en edad de trabajar							
				Hombres	Mujeres	Persona asegurada	Empleador	Financiación del Gobierno	Total (obligatorio y voluntario; contributivo y no contributivo)		Contributivo obligatorio		Contributivo voluntario		Contributivo voluntario	
									Total	Mujeres	Total	Mujeres	Total	Mujeres	Total	Mujeres
Kosovo ^b		2002	Pensión no contributiva universal	65	65	n.a.	n.a.	Costo total	...	...	...	...	...	...	...	...
Letonia		1922	Seguro social: cotización definida teórica (NDC) ¹⁸	62	62	11	24.09	Aporte para las personas residentes en Letonia quienes cuidan a un hijo menor de 18 meses y que perciben prestaciones por hijos a cargo, personas desempleadas con discapacidades y ciertos beneficiarios del seguro social	100.0	100.0	59.3	59.4	40.7	40.6	...	...
			Pensión no contributiva sujeta a la comprobación de otras pensiones	67	67	n.a.	n.a.	Costo total								
Liechtenstein		1952	Seguro social y pensión profesional obligatoria	64	64	10.55	12.75	Aporte de 50 millones de francos al año, ajustados según los cambios en los precios del seguro social	...	...	...	...	...	...	...	...
Lituania		1922	Seguro social	62.5	60	3	23.3	Cualquier déficit	100.0	100.0	57.8	58.7	0.0	0.0	42.2	41.3
		1994	Pensión no contributiva sujeta a la comprobación de otras pensiones	62.5	60	n.a.	n.a.	Costo total								
Luxemburgo		1911	Seguro social	65	65	8	8	8	63.6	60.3	68.2	60.3	0.0	0.0	0.0	0.0
Malta		1956	Seguro social	61	60	10	10	50% del valor de las cotizaciones totales	56.1	39.2	56.1	39.2	0.0	0.0	...	...
			Pensión no contributiva sujeta a la comprobación de recursos	60	60	n.a.	n.a.	Costo total								
Moldova, República de		1956	Seguro social	62	57	6	23	50% de las pensiones de los funcionarios públicos, jueces y fiscales.	100.0	100.0	43.1	41.3	0.0	0.0	56.9	58.7
			Pensión no contributiva sujeta a la comprobación de otras pensiones	62	57	n.a.	n.a.	Costo total								
Mónaco		1944	Seguro social	65	65	6.15	6.15	Ningún aporte	...	...	...	...	...	...	...	...

Cuadro B.6. Pensiones de vejez: Características esenciales de los sistemas de seguridad social

Área principal, región o país	Nota	Fecha de la primera ley	Tipo de régimen ^a	Edad legal de jubilación ^a		Tipos de cotización: Vejez, invalidez y sobrevivientes ^a			Estimación de la cobertura legal ^b de la vejez como porcentaje de la población en edad de trabajar							
				Hombres	Mujeres	Persona asegurada	Empleador	Financiación del Gobierno	Total (obligatorio y voluntario; contributivo y no contributivo)		Contributivo obligatorio		Contributivo voluntario		Contributivo voluntario	
									Total	Mujeres	Total	Mujeres	Total	Mujeres	Total	Mujeres
Países Bajos		1901	Seguro social	65	65	19	5.7	Un subsidio para incrementar todas las prestaciones hasta el mínimo social aplicable; el costo de las pensiones para personas con discapacidad desde la infancia	100.0	100.0	100.0	100.0	0.0	0.0	0.0	0.0
Noruega		1936	Seguro social: sistema antiguo y cotización definida teórica (NDC) ¹⁹	67	67	7.8	14.1	Cualquier déficit.	100.0	100.0	75.2	73.1	0.0	0.0	24.8	26.9
			Pensión no contributiva sujeta a la comprobación de otras pensiones	62 (flexible)	62 (flexible)	n.a.	n.a.	Costo total								
Polonia		1927	Seguro social: cotización definida teórica (NDC) ¹⁸	65	60	11.26	14.26	Costo total de la pensión mínima garantizada; paga las cotizaciones de las pensiones para ciertos grupos ²⁰	63.1	59.0	65.6	59.0	0.0	0.0	0.0	0.0
Portugal		1935	Seguro social	65	65	11	23.25	Ningún aporte	100.0	100.0	59.3	55.9	5.7	4.5	35.0	39.5
			Pensión no contributiva sujeta a la comprobación de recursos	65	65	n.a.	n.a.	Costo total								
Rumania		1912	Seguro social y cuenta individual	64.25	59.25	10.5	31.3	Cualquier déficit	65.9	55.4	63.0	55.4	0.0	0.0	0.0	0.0
Federación de Rusia		1922	Seguro social: cotización definida teórica (CDN)	60	55	0	22	Ningún aporte	100.0	100.0	66.2	62.7	0.0	0.0	33.8	37.3
		2002	Pensión no contributiva sujeta a la comprobación de otras pensiones	65	60	n.a.	n.a.	El costo total de las pensiones sociales. Los gobiernos regionales y locales pueden financiar las prestaciones complementarias con sus propios presupuestos								
San Marino		1955	Seguro social y cuentas individuales obligatorias ²¹	65	65	4.2	16.1	10% de las cotizaciones totales (se aporta cotizaciones mayores para los trabajadores agrícolas) o hasta 25% para cubrir cualquier déficit	68.9	59.5	65.7	57.5	0.0	0.0	0.0	0.0

Cuadro B.6. Pensiones de vejez: Características esenciales de los sistemas de seguridad social

Área principal, región o país	Nota	Fecha de la primera ley	Tipo de régimen ^a	Edad legal de jubilación ^a		Tipos de cotización: Vejez, invalidez y sobrevivientes ^a			Estimación de la cobertura legal ^b de la vejez como porcentaje de la población en edad de trabajar							
				Hombres	Mujeres	Persona asegurada	Empleador	Financiación del Gobierno	Total (obligatorio y voluntario; contributivo y no contributivo)		Contributivo obligatorio		Contributivo voluntario		Contributivo voluntario	
									Total	Mujeres	Total	Mujeres	Total	Mujeres	Total	Mujeres
Serbia		1922	Seguro social	65	60	11	11	Garantiza prestaciones monetarias; cubre todo déficit; aporta como empleador. Financia la asistencia médica y prestaciones de accidentes del trabajo y enfermedades profesionales para los pensionistas	52.0	40.8	52.0	40.8	0.0	0.0	0.0	0.0
Eslovaquia		1906	Seguro social y cuenta individual ²²	62	59.75	7	20	Cualquier déficit; aporta cotizaciones para ciertos grupos ²³	58.8	52.3	58.8	52.3	0.0	0.0	0.0	0.0
Eslovenia		1922	Seguro social	63	61	15.5	8.85	Cubre el costo para los veteranos de guerra y ciertos grupos de asegurados; cualquier déficit ²⁴	69.2	67.4	71.5	67.4	0.0	0.0	...	...
		1999	Pensión no contributiva sujeta a la comprobación de recursos	68	68	n.a.	n.a.	Costo total								
España		1919	Seguro social ²⁵	65	65	4.7	23.6	Un subsidio anual	58.6	52.3	58.6	52.3	0.0	0.0	...	...
		1994	Pensión no contributiva sujeta a la comprobación de recursos	65	65	n.a.	n.a.	Costo total								
Suecia		1913	Seguro social, cotización definida teórica (NDC) y cuentas individuales obligatorias	65	65	7	10.21	El costo total de la pensión mínima garantizada y la pensión de discapacidad garantizada (subsidio de enfermedad). El Gobierno paga cotizaciones basadas en los ingresos para los funcionarios públicos del gobierno central	100.0	100.0	69.0	68.1	0.0	0.0	31.0	31.9
			Pensión no contributiva sujeta a la comprobación de otras pensiones	65	65	n.a.	n.a.	Costo total								

Cuadro B.6. Pensiones de vejez: Características esenciales de los sistemas de seguridad social

Área principal, región o país	Nota	Fecha de la primera ley	Tipo de régimen ^a	Edad legal de jubilación ^a		Tipos de cotización: Vejez, invalidez y sobrevivientes ^a			Estimación de la cobertura legal ^b de la vejez como porcentaje de la población en edad de trabajar							
				Hombres	Mujeres	Persona asegurada	Empleador	Financiación del Gobierno	Total (obligatorio y voluntario; contributivo y no contributivo)		Contributivo obligatorio		Contributivo voluntario		Contributivo voluntario	
									Total	Mujeres	Total	Mujeres	Total	Mujeres	Total	Mujeres
Suiza		1946	Seguro social y pensión profesional obligatoria	65	64	11.9	11.9	Pensión básica: Los subsidios federales anuales cubren el 19.55% del costo de las prestaciones de vejez y de sobrevivientes y el 37.7% del costo de las prestaciones de discapacidad	100.0	100.0	100.0	100.0	0.0	0.0	0.0	0.0
			Pensión no contributiva sujeta a la comprobación de otras pensiones	65	64	n.a.	n.a.	Proporcionado por los cantones							...	...
Turquía		1949	Seguro social ²⁶	60	58	9	11	El 25% de las cotizaciones totales recaudadas por el Instituto del Seguro Social.	40.1	17.2	40.1	17.2	0.0	0.0	0.0	0.0
Ucrania		1922	Seguro social	60	55.5	2	33.2	Subsidios, según sean necesarios para los gobiernos centrales y locales	100.0	100.0	64.9	60.1	0.0	0.0	35.1	39.9
			Pensión no contributiva sujeta a la comprobación de recursos	63	58	n.a.	n.a.	El costo de las prestaciones sociales del Estado.								
Reino Unido		1908	Seguro social	65	61	9.95	11.9	Subvención de hacienda a los programas contributivos para todo los déficit	100.0	100.0	69.1	64.2	0.0	0.0	30.9	35.8
			Pensión no contributiva sujeta a la comprobación de recursos	60	60	n.a.	n.a.	El costo total de las asignaciones sujetas a comprobación de ingresos y otras prestaciones no contributivas								
América Latina y el Caribe																
Antigua y Barbuda		1972	Seguro social	60	60	3	5	Ningún aporte	59.8	56.9	59.8	56.9	0.0	0.0	...	...
			Pensión no contributiva sujeta a la comprobación de recursos	77	77	n.a.	n.a.	Costo total								
Argentina		1904	Seguro social ²⁷	65	60	11	10.17-12.71	Aporta al seguro social por medio de los ingresos generales, los ingresos de las inversiones, y ciertos impuestos destinados a financiar las pensiones del seguro social	100.0	100.0	40.3	34.1	0.0	0.0	59.7	65.9
			Pensión no contributiva sujeta a la comprobación de recursos	70	70	n.a.	n.a.	Costo total								

Cuadro B.6. Pensiones de vejez: Características esenciales de los sistemas de seguridad social

Área principal, región o país	Nota	Fecha de la primera ley	Tipo de régimen ^a	Edad legal de jubilación ^a		Tipos de cotización: Vejez, invalidez y sobrevivientes ^a			Estimación de la cobertura legal ^b de la vejez como porcentaje de la población en edad de trabajar							
				Hombres	Mujeres	Persona asegurada	Empleador	Financiación del Gobierno	Total (obligatorio y voluntario; contributivo y no contributivo)		Contributivo obligatorio		Contributivo voluntario		Contributivo voluntario	
									Total	Mujeres	Total	Mujeres	Total	Mujeres	Total	Mujeres
Aruba		1960	Pensión no contributiva universal	60	60	na.	n.a.	Costo total	100.0	100.0	...	...	...	...	100.0	100.0
Bahamas		1956	Seguro social	65	65	3.9	5.9	Ningún aporte	100.0	100.0	76.2	72.2	0.0	0.0	23.8	27.8
			Pensión no contributiva sujeta a la comprobación de otras pensiones	65	65	n.a.	n.a.	Costo total								
Barbados		1966	Seguro social	66	66	5.93-13.5	5.93-6.75	Ningún aporte	100.0	100.0	62.5	57.3	0.0	0.0	37.5	42.7
		1937	Pensión no contributiva sujeta a la comprobación de otras pensiones	66	66	n.a.	n.a.	Costo total								
Belice		1979	Seguro social	65	65	Tasas de cotización según clases salariales	Tasas de cotización según clases salariales	Ningún aporte	100.0	100.0	52.8	35.3	0.0	0.0	47.2	64.7
		2003	Pensión no contributiva sujeta a la comprobación de recursos	67	65	n.a.	n.a.	El costo total de la pensión no contributiva es asumido por la Junta de Seguridad Social								
Bermuda		1967	Seguro social	65	65	Tasa fija	Tasa fija	Ningún aporte	...	...	...	...	...	...	...	...
		1998	Pensión profesional obligatoria	65	65	5	5	Ningún aporte								
			Pensión no contributiva sujeta a la comprobación de otras pensiones	65	65	n.a.	n.a.	Costo total								
Bolivia, Estado Plurinacional de		1949	Cuenta individual obligatoria con pensiones solidarias ²⁸	58	58 (menos uno por hijo, para un máximo de tres hijos)	12.71	2 or 3	Financia el valor de los derechos de pensión devengados en virtud del sistema de seguro social y la asignación para gastos de sepelio. Existe solidaridad en el sistema por medio de la Cuenta de Pensión Básica (financia el costo adicional de la pensión mínima)	100.0	100.0	24.7	13.9	28.4	21.9	46.9	64.2
		1996	Pensión universal no contributiva	60	60	n.a.	n.a.	Costo Total: fuentes asignadas a fines específicos en el presupuesto (impuestos sobre hidrocarburos)								

Cuadro B.6. Pensiones de vejez: Características esenciales de los sistemas de seguridad social

Área principal, región o país	Nota	Fecha de la primera ley	Tipo de régimen ^a	Edad legal de jubilación ^a		Tipos de cotización: Vejez, invalidez y sobrevivientes ^a			Estimación de la cobertura legal ^b de la vejez como porcentaje de la población en edad de trabajar							
				Hombres	Mujeres	Persona asegurada	Empleador	Financiación del Gobierno	Total (obligatorio y voluntario; contributivo y no contributivo)		Contributivo obligatorio		Contributivo voluntario		Contributivo voluntario	
									Total	Mujeres	Total	Mujeres	Total	Mujeres	Total	Mujeres
Brasil		1923	Seguro social	65	60	8 a 11	20	Los impuestos de asignación específica financian los costos administrativos y cualquier déficit del seguro social	77.0	67.8	71.3	59.7	3.3	4.3	2.5	3.8
		1974 (1 ^a forma)	Pensión no contributiva sujeta a la comprobación de recursos	65	65	n.a.	n.a.	Costo total								
Islas Vírgenes Británicas		1979	Seguro social	65	65	3.25	3.25	Ningún aporte	79.6	71.1	79.6	71.1	0.0	0.0	0.0	0.0
Chile		1924	Seguro social	65	60	18.84	Ningún aporte	Subsidios especiales, según sea necesario	100.0	100.0	56.7	42.2	0.0	0.0	43.3	57.8
		1980	Cuenta individual obligatoria	65	60	10	Ningún aporte	Financia la prestación mínima, las prestaciones solidarias de vejez y de discapacidad de la seguridad social, y el valor de los derechos de pensión devengados en virtud del sistema de seguro social								
		2008	Pensión no contributiva sujeta a la comprobación de ingresos y asignación por fallecimiento	65	65	n.a.	n.a.	Costo total, con fuentes asignadas a fines específicos								
Colombia		1946	Seguro social y cuenta individual	60	55	4	12	Financia parcialmente al Fondo Solidario y de Garantía	60.0	46.4	60.0	46.4	0.0	0.0	...	...
		2003	Pensión no contributiva sujeta a la comprobación de recursos	57	52	n.a.	n.a.	Financiado principalmente con cargo al presupuesto del Estado, con la cotización específica de los asalariados de ingresos altos								
Costa Rica	²⁹	1941	Seguro social y cuenta individual	65	65	3.67	8.17	0.41% de los ingresos brutos de todos los trabajadores por cuenta ajena y por cuenta propia para el seguro social	61.1	44.2	61.1	44.2	0.0	0.0	0.0	0.0
		1974	Pensión no contributiva sujeta a la comprobación de recursos	65	65	n.a.	n.a.	20% de los ingresos totales del Fondo de Desarrollo Social y Asignaciones Familiares e impuestos con asignación específica (tabaco y alcohol)								

Cuadro B.6. Pensiones de vejez: Características esenciales de los sistemas de seguridad social

Área principal, región o país	Nota	Fecha de la primera ley	Tipo de régimen ^a	Edad legal de jubilación ^a		Tipos de cotización: Vejez, invalidez y sobrevivientes ^a			Estimación de la cobertura legal ^b de la vejez como porcentaje de la población en edad de trabajar							
				Hombres	Mujeres	Persona asegurada	Empleador	Financiación del Gobierno	Total (obligatorio y voluntario; contributivo y no contributivo)		Contributivo obligatorio		Contributivo voluntario		Contributivo voluntario	
									Total	Mujeres	Total	Mujeres	Total	Mujeres	Total	Mujeres
Cuba		1963	Seguro social	65	60	1 a 5	12.5- 14.5	Cualquier déficit	100.0	100.0	53.7	46.6	0.0	0.0	46.3	53.4
			Pensión no contributiva sujeta a la comprobación de recursos	65	60	n.a.	n.a.	n.a.								
Dominica		1970	Seguro social	60	60	4	6.75	Ningún aporte	50.2	39.8	50.2	39.8	0.0	0.0	0.0	0.0
República Dominicana		1947	Cuentas individuales obligatorias	60	60	2.87	7.1	Financia la pensión mínima garantizada y otros subsidios, según sea necesario	...	...	...	...	...	...	...	...
			Pensión no contributiva sujeta a la comprobación de recursos	60	60	n.a.	n.a.	Costo total								
Ecuador		1928	Seguro social	60	60	6.64- 8.64	1 a 3.1	40% del costo de las pensiones de seguro social de vejez, discapacidad y sobrevivientes	60.2	44.0	62.0	44.0	0.0	0.0	...	...
			Pensión no contributiva sujeta a la comprobación de recursos	65	65	n.a.	n.a.									
El Salvador		1953	Seguro social y cuenta individual obligatoria.	60	55	6.25	4.05	Financia la pensión mínima garantizada de cuentas individuales obligatorias y los subsidios especiales, según sea necesario para financiar el seguro social. Financia el valor de los derechos de pensión devengados en virtud del sistema de seguro social	55.1	43.6	55.1	43.6	0.0	0.0	0.0	0.0
			Pensión no contributiva sujeta a la comprobación de recursos y focalizada geográficamente	70	70	n.a.	n.a.	Costo total con los ingresos generales								
Granada		1969	Seguro social	60	60	4	5	Ningún aporte	51.9	41.8	51.9	41.8	0.0	0.0	0.0	0.0
Guatemala		1977	Seguro social	60	60	1.83	3.67	25% de las cotizaciones totales pagadas (por implementarse)	55.4	38.4	51.1	0.0	22.8	0.0	0.0	0.0
Guyana		1944	Seguro social	60	60	5.2	7.8	Proporciona préstamos para cubrir cualquier déficit	100.0	100.0	47.6	27.5	0.0	0.0	100.0	100.0
			Pensión universal no contributiva	65	65	n.a.	n.a.	Costo total								

Cuadro B.6. Pensiones de vejez: Características esenciales de los sistemas de seguridad social

Área principal, región o país	Nota	Fecha de la primera ley	Tipo de régimen ^a	Edad legal de jubilación ^a		Tipos de cotización: Vejez, invalidez y sobrevivientes ^a			Estimación de la cobertura legal ^b de la vejez como porcentaje de la población en edad de trabajar							
				Hombres	Mujeres	Persona asegurada	Empleador	Financiación del Gobierno	Total (obligatorio y voluntario; contributivo y no contributivo)		Contributivo obligatorio		Contributivo voluntario		Contributivo voluntario	
									Total	Mujeres	Total	Mujeres	Total	Mujeres	Total	Mujeres
Haití		1965	Seguro social	55	55	6	6	Subsidios, según sea necesario	10.5	10.3	10.5	10.3	0.0	0.0	0.0	0.0
Honduras		1959	Seguro social	65	60	1	2	0.5% de la masa salarial cotizable	55.3	37.4	30.0	18.4	25.3	19.0	0.0	0.0
Jamaica		1965	Seguro social	65	60	2.5	2.5	Ningún aporte	68.1	57.9	68.1	57.9	0.0	0.0	...	...
			Pensión no contributiva sujeta a la comprobación de recursos	60	60	n.a.	n.a.	Costo total								
México		1943	Seguro social y cuenta individual obligatoria	65	65	1.75	6.9	El 0.225% de los ingresos cubiertos y un aporte del Gobierno financia la pensión mínima garantizada. ³⁰	53.7	37.5	37.8	26.8	16.0	10.7	0.0	0.0
			Pensión no contributiva sujeta a la comprobación de otras pensiones	65	65	n.a.	n.a.	Costo total	100.0	100.0					46.3	62.5
Nicaragua		1956	Seguro social	60	60	4	7	Ningún aporte	55.9	41.9	55.9	0.0	23.9	0.0	0.0	0.0
Panamá		1941	Seguro social y cuenta individual.	62	57	9.25	4.25	Hasta el 2060, un depósito anual de 140 millones PAB al año en un fondo de reserva para prestaciones de vejez, discapacidad y sobrevivientes del seguro social	65.6	47.3	56.3	41.8	9.3	5.5	0.0	0.0
Paraguay		1943	Seguro social	60	60	9	14	1.5% de los ingresos brutos.	38.2	47.4	38.2	47.4	0.0	0.0	0.0	0.0
Perú		1936	Seguro social y cuenta individual ³¹	65	65	13	13	Costo de la pensión mínima y los subsidios, según sea necesario para el seguro social	67.0	61.2	67.0	...	27.0	...	0.0	0.0
		2011	Pensión no contributiva sujeta a la comprobación de recursos	65	65	n.a.	n.a.	Costo total								
Saint Kitts y Neves		1968	Seguro social	62	62	5	5	Ningún aporte	56.9	35.1	56.9	35.1	0.0	0.0	...	...
		1998	Pensión no contributiva sujeta a la comprobación de recursos	62	62	n.a.	n.a.	Costo total								
Santa Lucía		1970	Seguro social	63	63	5	5	Ningún aporte	65.7	56.6	65.7	56.6	0.0	0.0	0.0	0.0
San Vicente y las Granadinas		1970	Seguro social	60	60	3.5	4.5	Ningún aporte	56.8	46.2	56.8	46.2	0.0	0.0	...	...
		2010	Pensión no contributiva sujeta a la comprobación de recursos	65	65	n.a.	n.a.	Costo total								

Cuadro B.6. Pensiones de vejez: Características esenciales de los sistemas de seguridad social

Área principal, región o país	Nota	Fecha de la primera ley	Tipo de régimen ^a	Edad legal de jubilación ^a		Tipos de cotización: Vejez, invalidez y sobrevivientes ^a			Estimación de la cobertura legal ^b de la vejez como porcentaje de la población en edad de trabajar							
				Hombres	Mujeres	Persona asegurada	Empleador	Financiación del Gobierno	Total (obligatorio y voluntario; contributivo y no contributivo)		Contributivo obligatorio		Contributivo voluntario		Contributivo voluntario	
									Total	Mujeres	Total	Mujeres	Total	Mujeres	Total	Mujeres
Trinidad y Tobago		1939	Seguro social	60	60	3.2	6.4	Ningún aporte	46.4	40.4	46.4	40.4	0.0	0.0	0.0	0.0
		2010	Pensión no contributiva sujeta a la comprobación de recursos	65	65	n.a.	n.a.	Costo total								
Uruguay		1995	Seguro social y cuenta individual ³²	60	60	15	Ningún aporte	Ningún aporte	71.8	61.3	53.8	42.9	17.9	18.4	0.0	0.0
		1829	Seguro social			15	7.5	Financia los déficit de pensiones								
		1919	Pensión no contributiva sujeta a la comprobación de recursos	70	70	n.a.	n.a.	Costo total								
Venezuela, República Bolivariana de		1940	Seguro social	60	55	4	9	Al menos el 1.5% de los ingresos cubiertos totales para cubrir los gastos administrativos	64.7	50.0	42.8	33.4	21.9	0.0	...	...
		2010	Pensión no contributiva sujeta a la comprobación de recursos	60	55	n.a.	n.a.	Costo total								
América del Norte																
Canadá		1967	Seguro social	65	65	4.95	4.95	Aporte conjunto, aporta 0.50 CAD por cada 1 CAD de cotizaciones voluntarias del asegurado hasta 500 CAD por año para ingresos anuales netos de hasta 31,920 CAD	100.0	100.0	73.6	70.0	0.0	0.0	26.4	30.0
		1927	Pensión no contributiva universal (con la recaudación fiscal de los asalariados de altos ingresos)	65	65	n.a.	n.a.	Costo total								
Estados Unidos		1935	Seguro social	66	66	6.2	6.2	Ningún aporte	73.8	69.7	72.4	68.0	0.0	0.0	...	...
		1935	Pensión no contributiva sujeta a la comprobación de recursos	65	65	n.a.	n.a.	Costo total								

Cuadro B.6. Pensiones de vejez: Características esenciales de los sistemas de seguridad social

Área principal, región o país	Nota	Fecha de la primera ley	Tipo de régimen ^a	Edad legal de jubilación ^a		Tipos de cotización: Vejez, invalidez y sobrevivientes ^a			Estimación de la cobertura legal ^b de la vejez como porcentaje de la población en edad de trabajar							
				Hombres	Mujeres	Persona asegurada	Empleador	Financiación del Gobierno	Total (obligatorio y voluntario; contributivo y no contributivo)		Contributivo obligatorio		Contributivo voluntario		Contributivo voluntario	
									Total	Mujeres	Total	Mujeres	Total	Mujeres	Total	Mujeres
Oceanía																
Australia	1908	Sistema de pensión profesional obligatoria	65	64.5	Cotización voluntaria	9		100.0	100.0	65.1	61.0	0.0	0.0	34.9	39.0	
		Pensión no contributiva sujeta a la comprobación de recursos	65	64.5	n.a.	n.a.	El costo total con cargo a los ingresos generales ³³									
Fiji	1966	Fondo de previsión	55	55	8	8 a 30		58.6	38.4	34.3	21.8	24.3	16.7	...	...
	2000	Pensión no contributiva sujeta a la comprobación de otras pensiones	65	65	n.a.	n.a.	Costo total									
Kiribati	1976	Fondo de previsión	50	50	7.5	7.5	Ningún aporte	100.0	100.0	20.8	15.4	0.0	0.0	100.0	100.0	
		Pensión universal no contributiva	60	60	n.a.	n.a.	Costo total									
Islas Marshall	1967	Seguro social	60	60	7	7	Ningún aporte	55.0	33.3	55.0	33.3	0.0	0.0	0.0	0.0	
Micronesia, Estados Federados de	1968	Seguro social	65	65	7.5	7.5 ³⁴	Ningún aporte									
Nueva Zelandia	1898	Pensión universal no contributiva con un tope máximo sujeto a la comprobación de recursos	65	65	n.a.	n.a.	Costo total	100.0	100.0	0.0	0.0	0.0	0.0	100.0	100.0	
Palaos, República de	1967	Seguro social	60	60	6	6	Ningún aporte									
Papua Nueva Guinea	1980	Fondo de previsión	55	55	6	8.4	Ningún aporte	15.5	15.7	6.2	6.3	9.3	9.4	0.0	0.0	
Samoa	1972	Fondo de previsión con opción de prestación periódica	55	55	5	5	Ningún aporte	100.0	100.0	23.5	17.9	2.3	1.6	74.2	80.5	
		Universal	65	65	n.a.	n.a.	Costo total									
Islas Salomón	1973	Fondo de previsión	50	50	5	7.5	Ningún aporte	10.1	5.5	10.1	5.5	0.0	0.0	0.0	0.0	
Vanuatu	1986	Fondo de previsión	55	55	4	4	Ningún aporte	61.7	53.3	17.9	13.3	43.8	40.0	0.0	0.0	

Fuente principal

SSA (Administración de la Seguridad Social de los Estados Unidos); AISS (Asociación Internacional de Seguridad Social). Social Security Programs Throughout the World (Washington, D.C. y Ginebra): The Americas, 2013; Europe, 2012; Asia and the Pacific, 2012; África, 2013.

Disponible en: <http://www.ssa.gov/policy/docs/progdesc/ssptw/> [6 de junio, 2014].

Otras fuentes

HelpAge International: Base de datos de pensiones sociales de HelpAge. Disponible en: <http://www.pension-watch.net/about-social-pensions/about-social-pensions/social-pensions-database/> [6 de junio de 2014].

Federación Internacional de Administradoras de Fondos de Pensiones (FIAP). 2011. Sistemas de Pensiones No Contributivas en países de la FIAP (Santiago). Disponible en: http://www.fiap.cl/prontus_fiap/site/edic/base/port/inicio.html [8 de junio de 2014]

OIT (Oficina Internacional del Trabajo): Base de Datos sobre Estadísticas del Trabajo de la OIT (ILOSTAT). Disponible en: <http://www.ilo.org/ilostat/> [8 de junio de 2014].

—. Indicadores Clave del Mercado de Trabajo de la OIT (ICMT), 8ª edición. Disponible en: http://www.ilo.org/empelm/what/WCMS_114240/lang-en/index.htm [8 de junio de 2014].

Oficinas nacionales de estadísticas. Conjuntos de datos e informes de las encuestas nacionales de población activa u otras encuestas de hogares o establecimientos (sírvese consultar el enlace a los sitios web de las oficinas nacionales de estadísticas disponible en: http://laborsta.ilo.org/links_content_E.html#m2 [8 de junio de 2014])

Notas

n.a.: No aplica.

...: No está disponible.

^a Notas y definiciones detalladas disponibles en: <http://www.social-protection.org/gimi/gess/RessourceDownload.action?ressource.ressourceid=37137>

^b Según se define en la Resolución núm. 1244 de 1999 del Consejo de Seguridad de las Naciones Unidas.

Este cuadro es un complemento del cuadro B.7, Regímenes de pensiones no contributivas: Características e indicadores principales (disponible en: <http://www.social-protection.org/gimi/gess/RessourceDownload.action?ressource.ressourceid=43197>).

¹ Los beneficiarios de la pensión contributiva pueden acumular las prestaciones básicas de la pensión no contributiva y la prestación complementaria de la pensión contributiva. Los porcentajes indicados como estimación de la cobertura legal corresponden a la cobertura legal de la pensión no contributiva.

² Malawi. En marzo de 2011, una ley de pensiones estableció un sistema obligatorio de pensiones de vejez sobre la base de cuentas individuales para los trabajadores del sector privado que ganan por encima de un umbral de salario mínimo. La ley aún no se ha implementado.

² Seychelles. Fondo de seguridad social: el Gobierno aporta como empleador y garantiza las pensiones. Los aportes se hacen con cargo al presupuesto general. Fondo de pensiones de las Seychelles: 1% de los ingresos mensuales por cada asegurado.

⁴ Sierra Leona. el 2.5% de los ingresos mensuales; el 10% para los funcionarios públicos y los maestros; el 12% para el personal militar y policial.

⁵ Azerbaiyán. 57 años de edad para una mujer con tres hijos o con un hijo con discapacidad menor de 8 años.

⁶ China: (1) Seguro básico de pensiones: Los gobiernos centrales y locales proporcionan subsidios que sean necesarios.

(2) Regímenes de pensiones para residentes rurales y para residentes urbanos no asalariados:

La pensión básica de 55 yuanes chinos (CNY) (8.83 USD o 35.17 PPA USD) por mes se paga a las personas de 60 años de edad o mayores cuyos hijos participan en el régimen – criterios de elegibilidad con “vinculación familiar”.

– Cuenta individual obligatoria: Los gobiernos centrales y locales proporcionan subsidios que sean necesarios. Los residentes rurales de 16 años de edad o mayores sin escolarizar y no inscritos en un plan de pensiones urbano reúnen las condiciones exigidas para una cuenta de pensión individual. La participación es voluntaria.

* Las cotizaciones individuales varían de 100 CNY a 500 CNY al año (equivalente a entre 1.28 USD y 6.24 USD por mes). Los gobiernos locales deben proporcionar una contribución equivalente de al menos 30 CNY (4.81 USD o 19.50 PPA USD) por año, independientemente de la cotización individual.

* A los participantes de 45 años o más se les incentiva a aportar cantidades más elevadas para cubrir la insuficiencia de las cotizaciones a lo largo de sus vidas laborales.

* PLos pensionistas que han cotizado durante 15 años tendrán derecho a una pensión básica de tasa fija calculada dividiendo entre 139 las cotizaciones acumuladas a los 60 años de edad.

⁷ China. Estimaciones de la cobertura legal: la cobertura legal en las zonas rurales: en junio de 2011, el Gobierno chino decidió acelerar el ritmo de extensión de la cobertura para alcanzar al 60% de las zonas rurales a finales de 2011 y todas las zonas rurales a finales de 2012. Por ley, en las zonas rurales se proporciona una cobertura del 100% (con carácter voluntario). Lo mismo se aplicaba al régimen voluntario de pensiones para trabajadores urbanos no asalariados. El 1 de junio de 2011, el Primer Ministro chino anunció un nuevo programa piloto de seguro de pensiones para residentes urbanos no ocupados, a implementarse partir del 1 de julio de 2011. Inspirado en el nuevo tipo de régimen de pensiones rurales, se esperaba cubrir al 60% de China al final de ese año y beneficiar a todos los residentes urbanos no asegurados (alrededor de 50 millones) para finales de 2012, en paralelo con el nuevo Régimen Voluntario de Pensiones Rural. Por ley, el régimen cubre a todos los residentes urbanos de 16 años de edad en adelante (sin incluir a los escolarizados) que no se encuentran ocupados y, por tanto, no cumplen con las condiciones exigidas para participar en el régimen de pensiones básico para los empleados urbanos. Todos estos residentes pueden afiliarse de forma voluntaria al programa de seguro de pensiones para residentes urbanos en el lugar donde tienen registrado su lugar de residencia. Los residentes afiliados pueden elegir una de diez escalas de cuotas que varían desde 100 CNY a 1,000 CNY como cotización anual a sus cuentas individuales, para las cuales el Gobierno proporcionará un subsidio anual de no menos de 30 CNY por persona. Las escalas de cuotas pueden variar de una región a otra.

⁸ China. Las cuentas individuales (en virtud de los regímenes contributivos) también corresponden a la cobertura legal del componente no contributivo de los regímenes de pensiones para los no asalariados tanto urbanos como rurales.

⁹ Israel: A través de un aporte del 0.25% de los ingresos de los asegurados (pensiones de vejez y de sobrevivientes), el 0.10% de los ingresos de los asegurados (prestaciones de discapacidad), y el 0.02% de los ingresos de los asegurados y trabajadores por cuenta propia (cuidados de larga duración), el Gobierno subsidia lo siguiente: el 17.1% del total de las cotizaciones de los asegurados y los empleadores; el costo total de las prestaciones especiales de vejez y sobrevivientes y las prestaciones de cuidados de larga duración para nuevos inmigrantes; y el costo total de los programas de apoyo a los ingresos de la asistencia social y la subvención por movilidad.

¹⁰ Japón: El sistema de seguro social consiste en una prestación de tasa fija con arreglo al programa nacional de pensiones (NP) y una prestación relacionada con los ingresos con arreglo al programa de seguro de pensiones de los empleados (EPI). Los empleadores con más de 1,000 empleados pueden subcontratar una parte del EPI si éstos proporcionan prestaciones más generosas.

¹¹ Kuwait: Sistema básico: Gobierno: el 10% de los ingresos cubiertos (empleados públicos), el 32.5% de la nómina (personal militar), y el 25% del ingreso mensual menos las cotizaciones de las personas que trabajan por cuenta propia (trabajadores autónomos).

¹² Taiwán (China): Programa nacional de pensiones: el 2.8% del salario mínimo mensual. Para las personas aseguradas con discapacidad y de bajos ingresos, el 7%, el 4.9% o el 3.85% del salario mínimo mensual, en función del grado de discapacidad o de los ingresos totales de la familia. El salario mínimo mensual es de 18,780 nuevos dólares taiwaneses (TWD). Programa de seguro laboral (seguro social): el 0.75% de los ingresos de los empleados (el 0.8% en 2013, aumentando gradualmente hasta el 1.2% en 2030); el 3% de los ingresos de los trabajadores por cuenta propia (el 3.2% en 2013, aumentando gradualmente hasta el 4.8% en 2030); los costos de administración. El ingreso máximo mensual utilizado para calcular las cotizaciones es de 43,900 TWD. (Los ingresos mensuales que se utilizan para calcular las cotizaciones se modifican según los cambios en el salario mínimo).

Las aportaciones del gobierno también financian las prestaciones monetarias de enfermedad y de maternidad. Fondo laboral de pensiones (cuenta individual): Ninguno.

¹³ Tailandia: En 2011 se inició un nuevo sistema voluntario de seguridad social para los trabajadores del sector informal. El régimen se basa en cotizaciones de los trabajadores y del Gobierno para financiar las prestaciones de vejez, discapacidad, sobrevivientes, enfermedad y maternidad.

¹⁴ Tailandia: Sistema del sector formal: el 1% de los ingresos mensuales (prestaciones de vejez).

Las aportaciones del Gobierno también financian las prestaciones familiares. Las prestaciones de discapacidad y de sobrevivientes se financian con arreglo a las prestaciones de enfermedad y maternidad.

El ingreso mínimo mensual utilizado para calcular las cotizaciones es de 1,650 baht (THB).

El ingreso máximo mensual utilizado para calcular las cotizaciones es de 15,000 THB.

Sistema para el sector informal: 30 THN al mes (prestaciones de enfermedad, discapacidad y sobrevivientes) o 50 THB al mes (prestaciones de vejez, enfermedad, discapacidad y sobrevivientes).

¹⁵ Viet Nam. Subsidios según sea necesario y el costo total de las pensiones de vejez para los trabajadores que se jubilaron antes de 1995; aportaciones para los empleados del sector público antes de enero de 1995.

- ¹⁶ Finlandia. Pensión universal: costo total de las pensiones universales, subsidios de vivienda, subsidios de discapacidad, subsidios de cuidados a pensionistas y prestaciones para los veteranos de guerra.
Pensión basada en los ingresos: El costo total de los períodos de estudio cubiertos para los estudiantes y los períodos no remunerados de cuidado infantil para las personas que cuidan a un niño menor de 3 años.
- ¹⁷ Hungría: Una enmienda de 2010 a la ley de seguridad social puso fin al desvío de las cotizaciones hacia cuentas individuales del segundo pilar y automáticamente transfirió los saldos de las cuentas hacia el régimen de seguridad social (a no ser que el titular de la cuenta optara por no participar). Desde 2009, la participación en el programa de cuentas individuales es voluntaria.
- ¹⁸ Letonia: Los municipios proporcionan prestaciones de asistencia social (sujetas a la comprobación de ingresos y condicionales) a las personas necesitadas.
- ¹⁹ Noruega: Introducido en 2011, el nuevo sistema de pensiones sustituye a la pensión universal por una prestación mínima garantizada y a la pensión basada en los ingresos por un régimen de cotizaciones definidas teóricas. El nuevo sistema cubre a las personas nacidas a partir de 1963. Las personas nacidas antes de 1954 permanecen bajo el sistema anterior. Un sistema de transición mixto, una combinación del sistema antiguo y el nuevo, cubre a las personas nacidas entre 1954 y 1962.
- ²⁰ Polonia: El costo total de la pensión mínima garantizada; paga las cotizaciones de las pensiones para los asegurados que hacen uso de la licencia para el cuidado de los hijos o que perciben subsidios de maternidad, para personas que perciben prestaciones por desempleo y para los graduados desempleados.
- ²¹ San Marino: En 2012 se introdujo un sistema de cuentas individuales obligatorias como complemento al sistema de seguro social. Tanto el asegurado como el empleador están obligados a cotizar.
- ²² Eslovaquia: Desde el 1 de abril de 2012, las cuentas individuales son obligatorias para los nuevos miembros de la población activa. Pueden optar por salir del sistema al cabo de dos años.
- ²³ Eslovaquia: Financia cualquier déficit; aporta para las personas que cuidan a hijos de hasta 6 años de edad (hasta 18 años cuando padecen afecciones crónicas graves), para las beneficiarias de prestaciones de maternidad y para los beneficiarios de prestaciones de discapacidad (hasta la edad de jubilación o hasta que se pague la pensión de jubilación anticipada).
- ²⁴ Eslovenia: Cubre los costos para ciertos grupos de asegurados, entre ellos veteranos de guerra, el personal de la policía y ex militares; paga los aportes de los empleadores para los agricultores; cubre cualquier déficit en caso de una disminución imprevista en las cotizaciones; financia las prestaciones de asistencia social; aporta como empleador.
- ²⁵ España: Se proporciona pensiones no contributivas y prestaciones complementarias en especie a las personas de edad avanzada y a personas con discapacidad.
- ²⁶ Turquía: En mayo de 2006, los sistemas separados de los empleados del sector público y privado y de los trabajadores por cuenta propia se fusionaron bajo el marco del recién creado Instituto del Seguro Social.
- ²⁷ Argentina: Desde 1994 hasta finales de 2008, existía un sistema mixto en el que todos los trabajadores asegurados participaban en el sistema público de prestaciones definidas financiadas en base al reparto del primer pilar; en el segundo pilar, los trabajadores elegían entre cotizar a una cuenta individual o al sistema de prestaciones definidas financiadas en base al reparto. Una ley de 2008 cerró las cuentas individuales del segundo pilar y transfirió a todos los trabajadores y los saldos de sus cuentas al nuevo sistema de reparto de un solo pilar.
- ²⁸ Bolivia: En 1997, todos los afiliados activos del sistema del seguro social fueron transferidos a un sistema de cuentas individuales obligatorias de gestión privada.
- ²⁹ Costa Rica: La pensión mínima mensual es de 113,181 colones de Costa Rica (CRC); si el monto calculado de la pensión es inferior, se paga una suma global.
- ³⁰ México: prestaciones de vejez del seguro social, el 0.225% de los ingresos cubiertos más un importe de tasa fija promedio de 3.55 pesos mexicanos (MXN) (dependiendo del rango salarial) por cada día cotizado por el asegurado; para las prestaciones de discapacidad y sobrevivientes, el 0.125% de los ingresos cubiertos; financia la pensión mínima garantizada.
- ³¹ Perú: Al pasar a ser parte de la población activa, los empleados de los sectores público y privado pueden elegir entre el Sistema Privado de Pensiones (SPP) y el Sistema Nacional de Pensiones (SNP). Los asegurados que no hacen una elección, pasan a ser miembros del SPP. Los miembros del SNP pueden cambiarse al SPP, pero no pueden revertir su decisión, excepto bajo ciertas circunstancias.
- ³² Uruguay: El sistema mixto de seguro social y cuentas individuales es obligatorio para los empleados por cuenta propia y cuenta ajena nacidos después del 1 de abril de 1956, con ingresos mensuales superiores a 24,709 pesos uruguayos (UYU) y es voluntario para las personas con ingresos mensuales iguales o menores a 24,709 UYU. Todos los demás se encuentran cubiertos únicamente por el sistema del seguro social.
- ³³ Australia: Seguridad social: el costo total con los ingresos generales. Pensión profesional obligatoria (régimen de jubilación): equipara las cotizaciones voluntarias de los asegurados hasta 1,000 dólares australianos (AUD) al año para quienes perciben ingresos anuales de hasta 31,920 AUD (la cotización conjunta disminuye gradualmente a 0 para ingresos anuales de entre 31,920 AUD y 61,920 AUD). Las cotizaciones se calculan sobre la base de los ingresos netos y no son deducibles de impuestos.
- ³⁴ Micronesia: La cotización del empleador es el 7.5% del doble del salario del empleado mejor pagado por trimestre (enero de 2013).

Cuadro B.7 Regímenes de pensiones no contributivas: Características e indicadores principales

País	Año de introducción	Nombre del régimen	Requisitos legales y características de los regímenes					Nivel de las prestaciones (mensual)					Cobertura (número, %)					Costo		
			Edad mínima de acceso	Ciudadanía	Residencia	Comprobación de ingresos	Comprobación de recursos	Comprobación de otras pensiones	Comprobación de otros recursos	Moneda nacional	USD	PPA	Año	% del salario promedio	Número de destinatarios (unidad)	Población de 60 años en adelante	Población de más de 65 años	Población mínima prescrita	Población mayor de la edad	Año
Argelia	1994	Allocation forfaitaire de solidarité	..	..	..	..	..	3000	41.2	70.9	2009	11.8	292 664	12.5	18.4	..	2009	0.13	2009	
Antigua y Barbuda	1993	Programa de Asistencia a la Vejez	77	..	..	●	..	●	255	94.4	125.4	2012	..	152	1.8	2.4	7.3	2011	..	
Argentina	1948	Pensiones Graciables y Asistenciales	70	●	●	●	●	●	1020	246.5	393.1	2011	40.4	143 650	2.3	3.2	4.7	2012	0.50	2012
Aruba	1960	Pensioen di biehes AOV	60	●	●	○	○	○	1057			2013		14 000	79.3	100.0	79.3	2013	..	
Armenia	...	Pensión Social de Vejez	65	..	..	○	○	●	10500	28.2	49.6	2011	9.1	48 000	11.6	14.2	14.2	2007	..	
Australia	1900	Pensión de Vejez	65 (h) 64.5 (m)	○	●	●	●	●	1654	1590.2	1067.1	2013	37.4	2 116 798	51.6	72.4	72.4	2009	2.24	2009
Austria	1978	Ausgleichszulage (Complemento Compensatorio)	65 (h) 60 (m)	..	..	●	..	●	837.63	1110.7	959.5	2013	25.6	103 431	5.3	6.8	5.9	2011	..	
Azerbaiyán	2006	Asignación Social (de vejez)	67 (h) 62 (m)	..	..	○	○	●	45	54.9	91.3	2008	12.4	231 000	30.1	43.6	40.9	2012	..	
Bahamas	1972	Pensión No Contributiva de Vejez (OANCP)	65	○	●	●	●	●	268	268.0	362.7	2012	..	2 024	4.8	7.3	7.3	2012	0.08	2012
Bangladesh	1998	Subsidio de Vejez y Subsidio para Mujeres Viudas, Abandonadas o Indigentes	65 (h) 62 (m)	..	..	●	●	●	300	3.8	8.8	2013	5.5	2 475 000	23.6	34.6	39.2	2011	0.17	2011
Barbados	1937	Pensión No Contributiva de Vejez	66	●	●	●	..	●	579.6	289.8	477.4	2012	..	10 403	23.9	35.1	36.9	2011	0.67	2011
Belarús	...	Pensión de asistencia social en la vejez (asistencia social)	65 (h) 60 (m)	..	●	○	○	●	133115	44.7	105.8	2010	6.9	51 900	2.9	4.0	3.2	2011	..	
Bélgica	2001	IGO/GRAPA (Garantía de Ingresos para Personas de Edad)	65	●	●	●	..	●	1011.7	1341.5	1115.4	2013	35.7	93 620	3.6	4.8	4.8	2012	0.12	2012
Belice	2003	Programa No Contributivo de Pensiones (NCP)	67 (h) 65 (m)	○	●	●	..	●	100	50.0	95.7	2010	..	4 297	22.2	32.6	35.4	2013	0.18	2013
Bermuda	1967	Pensión no contributiva de vejez	65	●	●	○	○	●	449.22			2011	..	..	..	..	..	..	..
Bolivia, Estado Plurinacional de	1996	Renta Dignidad o Renta Universal de Vejez (anteriormente Bonosol)	60	●	●	○	..	○	200	29.2	58.5	2012	21.3	788 969	100.0	100.0	100.0	2013	1.06	2013
Botswana	1996	Pensión de Vejez (OAP)	65	●	●	○	..	○	220	27.0	59.1	2013	5.0	91 446	87.5	100.0	100.0	2010	0.33	2010
Brasil	1974	Beneficio de Prestacao Continuada (BPC / Prestación Monetaria Continua)	65	..	..	●	..	●	622	318.3	329.3	2012	39.9	5 851 554	28.3	41.8	41.8	2011	0.30	2010
Brasil	1971	Previdencia Rural (Pensión Rural)	65 (h) 60 (m)	..	..	..	..	●	622	318.3	329.3	2012	39.9	1 660 446	8.0	11.9	9.5	2009	1.30	2009

Cuadro B.7 Regímenes de pensiones no contributivas: Características e indicadores principales

País	Año de introducción	Nombre del régimen	Requisitos legales y características de los regímenes						Nivel de las prestaciones (mensual)					Cobertura (número, %)				Costo		
			Edad mínima de acceso	Ciudadanía	Residencia	Comprobación de ingresos	Comprobación de recursos	Comprobación de otras pensiones	Comprobación de otros recursos	Moneda nacional	USD	PPA	Año	% del salario promedio	Número de destinatarios (unidad)	Población de 60 años en adelante	Población de más de 65 años	Población mínima prescrita	Población mayor de la edad	Año
Brunei Darussalam	1984	Pensión de Vejez	60	●	●	○	○	○	250	198.8	250.8	2011	...	21 888	81.7	100.0	81.7	2011	0.40	2011
Bulgaria	...	Pensiones no Relacionadas con el Fondo de Actividad Laboral	70	...	●	●	...	●	101	76.0	145.3	2008	14.3	4 917	0.3	0.4	0.5	2011	0.03	2011
Canadá	1951	Pension de la Sécurité Vieillesse (S.V.) (Pensión de Seguridad para la Vejez) y Suplemento de Ingresos Garantizados	65	○	●	●	...	●	1283.1	1284.1	1038.9	2012	33.8	4 764 820	67.9	95.6	95.6	2011	1.58	2011
Cabo Verde	2006	Pensao Social Mínima (Pensión Social Mínima)	60	...	...	●	...	●	5000	63.1	70.0	2009	...	12 317	37.5	43.1	37.5	2011	0.40	2011
Chile	2008	Pension Básica Solidaria de Vejez (PBS-Vejez)	65	○	●	●	●	●	78449	161.3	190.6	2012	21.0	400 134	16.0	22.8	22.8	2013	0.90	2013
Colombia	2003	Programa de Protección Social al Adulto Mayor (PPSAM) (Régimen regional)	57 (h) 52 (m)	●	●	●	●	●	532500	297.5	400.9	2012	52.7	486 211	11.6	17.9	7.7	2011	0.02	2011
Islas Cook	1966	Pensión de Vejez	60	○	●	○	○	○	400			2010	...	...	...	...	...	...	...	...
Costa Rica	1974	Programa Régimen No Contributivo	65	●	●	●	●	●	115331	229.3	297.7	2012	24.6	83 438	19.7	28.6	28.6	2009	0.21	2009
Cuba	...	...	65 (h) 60 (m)	...	...	●	...	●	...			2012	...	71 000	3.7	5.1	4.3	2010	...	...
Chipre	1995	Régimen de Pensiones Sociales	65	○	●	○	○	●	316	439.7	413.6	2011	15.8	15 537	8.1	11.5	11.5	2012	0.33	2012
Dinamarca	1891	Folkepension (pensión nacional – Pensión básica universal)	65	○	●	●	...	●	5713	986.3	652.4	2012	15.6	988 047	73.9	100.0	100.0	2012	...	...
República Dominicana	...	Programa Nonagenarios	60	...	...	●	...	○	4086	104.0	172.3	2012	37.1	...	...	...	...	...	...	...
Ecuador	2003	Pension para Adultos Mayores / Bono de Desarrollo Humano	65	...	●	●	...	●	50	50.0	86.2	2013	10.5	583 817	39.2	57.0	57.0	2013	0.31	2013
El Salvador	2009	Pension Básica Universal	70	●	●	●	...	●	50	50.0	96.2	2013	18.4	26 850	4.3	5.9	8.6	2013	0.04	2013
Estonia	...	Pensión Nacional	63	○	●	...	...	●	140.81	186.7	230.1	2013	16.8	6 436	2.1	2.8	2.2	2013	...	...
Fiji	...	Régimen universal; de próximo lanzamiento	70	...	...	○	○	●	...			2013	...	6 654	9.8	15.8	28.9	2013	...	...
Finlandia	1937	Kansanelake (Pensión de Vejez)	65	○	●	○	○	●	608.63	807.0	607.4	2013	19.6	482 687	36.3	52.5	52.5	2010	0.00	2010
Francia	2004	ASPA (asignación solidaria para personas de edad)	65	●	●	●	...	●	786.26	1042.6	865.0	2013	30.0	512 727	3.8	5.0	5.0	2010	0.25	2007
Georgia	2006	Pensión de Vejez	65 (h) 60 (m)	...	...	●	...	●	100	56.1	100.0	2011	14.5	654 931	78.5	100.0	67.1	2010	3.70	2010

Cuadro B.7 Regímenes de pensiones no contributivas: Características e indicadores principales

País	Año de introducción	Nombre del régimen	Requisitos legales y características de los regímenes					Nivel de las prestaciones (mensual)					Cobertura (número, %)					Costo		
			Edad mínima de acceso	Ciudadanía	Residencia	Comprobación de ingresos	Comprobación de recursos	Comprobación de otras pensiones	Comprobación de otras pensiones	Moneda nacional	USD	PPA	Año	% del salario promedio	Número de destinatarios (unidad)	Población de 60 años en adelante	Población de más de 65 años	Población mínima prescrita	Población mayor de la edad mínima prescrita	Año	Costo (% del PIB)	Año
Grecia	1982	Pensión para personas mayores no aseguradas	60	○	●	●	...	●	230	320.0	317.2	2011	13.8	416 183	15.5	20.0	15.5	2008	0.14	2008
Guatemala	2005	Programa de Aporte Económico del Adulto Mayor	65	●	○	●	●	●	400	51.1	79.1	2012	20.3	103 125	11.2	16.3	16.3	2010	...	...
Guernesey	1984	Prestaciones complementarias	60	...	...	●	...	●	1764			2012	...	...	...	...	...	...	...	...
Guyana	1944	Pensión de Vejez	65	●	●	○	○	○	10000	48.5	106.0	(2012)	...	42 000	100.0	100.0	100.0	2012	0.58	2012
Hong Kong (China), Región Administrativa Especial de	2013	Asignación por Ancianidad	70	○	●	○	○	○	1135	146.3	199.7	2013	8.9	396 847	27.4	39.3	56.2	2013	...	...
Hong Kong (China), Región Administrativa Especial de	1973	Asignación de Vejez	65	○	●	●	●	●	2200	283.6	387.1	2013	17.3	194 491	13.4	19.3	19.3	2013	...	...
Hungría	1993	Időskorúak járadéka (Asignación para los Adultos Mayores)	62.5	○	●	●	○	●	27075	122.4	184.3	2013	12.7	5 802	0.3	0.3	0.3	2010	...	...
Islandia	1937	Lífeyristryggingar almannatrygginga (Pensión Básica Nacional) y complemento de pensión	67	○	●	●	○	●	141514	1152.7	1036.3	2013	38.8	26 293	47.2	66.3	78.2	2011	...	...
India	1995	Régimen Nacional de Pensión de Vejez "Indira Gandhi"	60	...	...	●	...	●	200	4.2	10.0	2011	3.2	19 200 000	19.1	29.8	19.1	2012	0.05	2012
Indonesia	2006	Programa Jaminan Sosial Lanjut Usia (Programa de Seguridad Social para las Personas de Edad) (Piloto)	60	...	●	●	●	●	300000	32.0	43.8	2012	23.2	13 250	0.1	0.1	0.1	2010	0.00	2010
Irlanda	...	Pensión estatal (no contributiva)	66	○	●	●	●	●	919.8	1219.6	1051.2	2013	30.7	97 179	13.5	19.2	13.5	2010	0.63	2010
Israel	...	Prestación de apoyo a los ingresos: Prestación especial de vejez	65-67 (h) 60-64 (m)	○	●	●	...	●	1502	389.9	392.5	2013	17.5	701 288	60.7	86.3	70.6	2012	...	...
Italia	1996	Pensione Sociale (Pensión Social)	65	○	●	●	●	●	481	618.7	556.7	2012	22.2	859 985	5.3	6.9	6.9	2011	...	...
Jamaica	2002	Programa Avances a través de la Salud y la Educación (PATH)	60	...	...	●	●	●	1500	15.0	26.2	2013	2.0	51 846	17.9	24.1	17.9	2010	0.04	2010
Japón	...	Asistencia Pública	65	...	...	●	...	...	80818	1012.9	777.6	2011	25.0	...	...	...	...	...	...	...
Kazajstán	...	Prestación social estatal	63 (h) 58 (m)	...	...	○	○	●	9330	62.1	67.2	2013	10.4	...	...	...	...	...	...	...

Cuadro B.7 Regímenes de pensiones no contributivas: Características e indicadores principales

País	Año de introducción	Nombre del régimen	Requisitos legales y características de los regímenes						Nivel de las prestaciones (mensual)					Cobertura (número, %)				Costo		
			Edad mínima de acceso	Ciudadanía	Residencia	Comprobación de ingresos	Comprobación de recursos	Comprobación de otras pensiones	Comprobación de otros recursos	Moneda nacional	USD	PPA	Año	% del salario promedio	Número de destinatarios (unidad)	Población de 60 años en adelante	Población de más de 65 años	Población mínima prescrita	Población mayor de la edad	Año
Kenya	2006	Pensión de Ancianidad	65	...	●	●	...	●	2000	23.7	43.6	2012	6.1	33 000	1.9	3.0	3.0	2011	0.02	2011
Kenya	2008	Pensión Básica para Adultos Mayores	55	...	●	○	○	○	1075	12.7	23.4	2012	3.3	...	...	...	...	...	...	...
Kiribati	2003	"Pensión básica" de vejez	60	...	...	○	○	○	40	41.4	158.1	2012	...	1 974	40.4	61.9	40.4	2004	0.65	2004
Corea, República de	2007	Asignación de asistencia social (en la vejez)	65	...	...	●	○	●	94600	84.0	118.8	2012	3.3	3 609 794	49.7	70.0	70.0	2009	0.32	2009
Kosovo	^b 2002	Prestación de la seguridad social estatal	65	○	●	○	○	○	40	58.9	113.0	2008	...	107 145	63.1	91.7	91.7	2013	3.39	2013
Kirguistán	...	Pensión de Vejez	63 (h) 58 (m)	...	...	○	○	●	530	14.5	32.5	2008	5.7	...	...	...	...	...	...	...
Letonia	...	...	67	●	●	○	○	●	45	82.3	106.9	2012	9.7	1 077	0.2	0.3	0.3	2011	...	...
Lesotho	2004	Pensión de asistencia social en la vejez	70	...	●	○	○	●	450	54.8	90.0	2012	41.4	80 000	62.9	93.1	138.4	2010	1.98	2010
Liberia	...	Bantuan Orang Tua (Régimen de Asistencia a los Adultos Mayores)	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Lituania	...	Pensión Básica de Vejez	62.5 (h) 62 (m)	...	...	○	○	●	360	134.0	204.5	2012	17.6	...	...	...	...	...	...	...
Malasia	1982	Pensión de vejez no contributiva	60	...	...	●	...	●	300	94.4	158.7	2013	12.7	120 496	5.5	8.8	5.5	2010	0.06	2010
Maldivas	2009	Pensión Básica de Jubilación	65	●	●	○	○	●	2000	129.9	175.9	2013	48.3	15 252	67.9	90.6	90.6	2012	...	...
Malta	1956	Pension Para Adultos Mayores	60	○	●	●	...	●	417.94	537.6	687.4	2012	33.3	4 830	5.5	8.1	5.5	2009	...	...
Mauricio	1950	Asignación Social Estatal para Personas de Edad	60	●	●	○	○	○	3146	109.6	185.3	2011	15.7	160 947	98.4	100.0	98.4	2012	1.70	2012
México	2007	Pensión de bienestar social	65	○	●	○	○	○	525	42.0	58.4	2013	9.1	1 511 684	15.4	22.2	33.6	2009	0.11	2009
Moldova, República de	1999	Programa Subsidio de Alimentos (PSA)	62(h) 57(m)	●	...	○	○	●	50	4.1	6.5	2013	1.6	3 232	0.6	0.8	0.5	2009	0.21	2009
Mongolia	...	Pensión de Vejez (OAP)	60 (h) 55 (m)	...	...	●	●	●	34500	25.6	45.0	2010	8.1	60 658	37.4	56.9	29.0	2012	...	...
Mozambique	1990	Asignación de Vejez	60 (h) 55 (m)	...	...	●	...	●	130	4.6	8.3	2011	20.6	...	...	...	...	...	...	...
Namibia	1949	Old-Age Pension (OAP)	60	...	...	○	○	○	550	56.7	82.0	2013	...	131 921	100.0	100.0	100.0	2008	1.36	2008
Nepal	1995	Old-Age Allowance	70	●	...	○	○	●	500	7.0	13.6	2011	9.8	640 119	32.3	48.4	84.3	2010	0.35	2010
Países Bajos	1957	Pensión AOW	65	○	●	○	○	○	1025.14	1359.3	1182.4	2013	45.7	3 076 200	80.0	100.0	100.0	2012	...	...

Cuadro B.7 Regímenes de pensiones no contributivas: Características e indicadores principales

País	Año de introducción	Nombre del régimen	Requisitos legales y características de los regímenes					Nivel de las prestaciones (mensual)					Cobertura (número, %)					Costo		
			Edad mínima de acceso	Ciudadanía	Residencia	Comprobación de ingresos	Comprobación de recursos	Comprobación de otras pensiones	Moneda nacional	USD	PPA	Año	% del salario promedio	Número de destinatarios (unidad)	Población de 60 años en adelante	Población de más de 65 años	Población mínima prescrita	Población mayor de la edad	Año	Costo (% del PIB)	Año
Nueva Zelandia	1898	Pensiones de jubilación	65	●	●	○	○	○	1549	1256.0	943.4	2013	39.8	571 239	69.5	97.6	97.6	2011	0.02	2011
Nigeria	2011	Régimen de Seguro Social para las Personas de Edad (sólo para el Estado de Ekiti)	65	○	●	●	...	●	5000	32.1	52.6	2013	13.2	20 000	0.3	0.4	0.4	2012	...	
Niue	...	...	60	...	...	○	○	○	483			2013	...	...	...	...		...
Noruega	1937	Grunnpensjon (Pensión Básica)	62 (flexible)	○	●	●	...	●	6844	1176.4	110.9	2012	18.0	760 025	71.1	98.1	82.5	2012	...	
Panamá	2009	100 a los 70	70	●	●	○	○	●	100	100.0	151.5	2013	14.2	86 392	22.5	32.2	48.4	2012	...	
Paraguay	2009	"Pensión alimentaria para adultos mayores en situación de pobreza"	65	○	●	○	○	○	414558	97.7	146.7	2013	29.6	91 592	17.9	26.8	26.8	2013	0.12	2013
Perú	2011	Pensión 65	65	...	...	●	...	●	125	46.0	75.4	2013	11.4	290 298	11.3	15.9	15.9	2013	...	
Filipinas	2011	Régimen de Pensiones Sociales	77	○	●	●	...	●	500	11.5	19.9	2011	6.0	148 768	2.5	4.0	18.7	2012	0.34	2012
Polonia	...	Pensión focalizada	65 (h) 60 (m)	...	...	●	...	●	419.2	128.7	208.2	2012	12.3	49 205	0.6	0.9	1.0	2011	...	
Portugal	1980	Pensao Social de Velhice (Pensión Social de Vejez)	65	●	●	●	...	●	...	...	...	...	...	...	...	...	...		...
Federación de Rusia	...	Pensión social estatal	65 (h) 60 (m)	...	...	...	...	●	3172	102.9	126.0	2012	13.4	...	...	...	...		...
Saint Kitts y Neves	1998	Pensión de asistencia social en la vejez	62+	○	●	●	...	●	250	92.6	116.2	2012	...	475	8.0	12.0	8.3	2011	...	...
San Vicente y las Granadinas	2010	Pensión de Asistencia por Edad No Contributiva (NAAP)	65	...	...	●	...	●	220	81.5	147.6	2012	...	5 800	53.3	77.0	77.0	2012	...	
Samoa	1990	Prestación para Adultos Mayores	65	●	●	○	○	○	130	57.0	93.3	2012	...	8 700	65.2	92.6	92.6	2010	1.30	2010
Seychelles	1987	Pensión de vejez (fondo de seguridad social)	63	○	●	○	○	○	2400	198.8	418.3	2010	...	6 951	71.2	99.0	88.6	2011	...	
Eslovenia	1999	Pensión estatal	68	○	●	●	...	●	181.36	240.6	287.4	2010	11.9	17 085	3.7	4.9	5.9	2011	0.10	2011
Sudáfrica	1927	Asignación de Vejez	60	●	●	●	●	●	1270	130.9	220.4	2013	10.1	2 789 076	64.9	100.0	64.9	2011	1.14	2011
España	1994	Pension no Contributiva de Jubilación	65	○	●	●	...	●	342.37	440.4	461.4	2012	18.1	258 873	2.4	3.2	3.2	2012	0.11	2012
Suriname	1973	Pensión Estatal de Vejez (Algemene Oudedags Voorzieningsfonds (AOV))	60	●	●	○	○	○	525	159.1	226.1	2013	...	44 739	100.0	100.0	100.0	2003	1.90	2003

Cuadro B.7 Regímenes de pensiones no contributivas: Características e indicadores principales

País	Año de introducción	Nombre del régimen	Requisitos legales y características de los regímenes						Nivel de las prestaciones (mensual)					Cobertura (número, %)				Costo		
			Edad mínima de acceso	Ciudadanía	Residencia	Comprobación de ingresos	Comprobación de recursos	Comprobación de otras pensiones	Comprobación de	Moneda nacional	USD	PPA	Año	% del salario promedio	Número de destinatarios (unidad)	Población de 60 años en adelante	Población de más de 65 años	Población mínima prescrita	Población mayor de la edad	Año
Swazilandia	2005	Asignación de Vejez	60	...	...	○	○	●	100	11.6	19.0	2013	...	55 000	86.0	133.9	86.0	2011	0.60	2011
Suecia	1939	Pensión de Garantía	65	○	●	○	○	●	7810	1152.8	847.6	2012	26.9	818 915	34.4	46.7	46.7	2011	0.52	2011
Suiza	...	Pensión focalizada	65 (h) 60 (m)	●	...	...	...	●	1512	1612.5	916.9	(2012)	21.5	...	...	...	...	...	...	...
Taiwán, Provincia de China	2008	Sistema Nacional de Pensiones	65	●	●	○	○	●	3500	118.2	222.9	2012	7.7	...	...	...	...	...	...	...
Tayikistán	...	Pensión de Vejez	65 (h) 60 (m)	...	...	●	...	●	40	8.4	19.4	2012	11.3	85 156	23.5	33.8	27.6	2010	...	...
Tailandia	1993	Bia Yung Cheep, Asignación de Vejez (THA)	60	●	...	●	...	●	600	20.0	33.7	2013	6.0	6 123 370	68.6	100.0	68.6	2011	0.33	2011
Timor Oriental	2008	Asignación de apoyo a los adultos mayores	60	●	●	○	○	●	20	20.0	101.0	2009	11.5	63 614	121.9	197.4	121.9	2009	3.26	2009
Trinidad y Tobago	1939	Pensión para Adultos Mayores	65	○	●	●	...	●	3000	475.3	607.9	2006	...	79 942	45.3	68.1	68.1	2012	...	...
Turquía	1976	Pensión de Vejez sujeta a Comprobación de Recursos	65	...	...	●	...	●	109.65	65.5	90.2	2011	7.3	...	...	...	...	...	...	...
Turkmenistán	...	Asignación Social	62 (h) 57 (m)	...	...	○	○	●	105	36.8	50.8	2012	12.4	...	...	...	...	...	...	...
Tuvalu	...			...	...	●	...	●	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Uganda	2011	Subsidio para Adultos Mayores (piloto en 14 distritos)	65	...	●	●	...	●	24000	9.6	22.9	2012	6.2	28 000	2.1	3.3	3.3	2012	...	...
Ucrania	...	Pensión social + complemento de la pensión social	63 (h) 58 (m)	...	...	●	...	●	838	105.6	234.9	2010	31.8	213 000	2.3	3.0	2.2	2011	...	...
Reino Unido	1909	Crédito de pensión (Crédito Garantizado)	60	○	●	●	●	●	610.68	941.2	899.4	2013	28.7	2 930 960	20.0	26.5	20.0	2013	0.47	2013
Estados Unidos de América	1935	Prestación de ingresos complementarios para la vejez	65	●	●	●	...	●	674	674.0	674.0	2011	19.6	2 065 239	3.4	4.8	4.8	2012	...	...
Uruguay	1919	Pensión por Vejez (Programa de Pensiones No-Contributivas)	70	●	●	●	●	●	5415	266.6	286.4	2012	32.6	32 789	5.2	6.9	9.6	2012	0.62	2012
Uzbekistán	...	Pensión social	60 (h) 55 (m)	...	...	●	...	●	95520	50.5	102.6	2012	...	5 700	0.3	0.5	0.3	2011	...	...

Cuadro B.7 Regímenes de pensiones no contributivas: Características e indicadores principales

País	Nombre del régimen	Requisitos legales y características de los regímenes	Nivel de las prestaciones (mensual)				Cobertura (número, %)					Costo							
			Moneda nacional	USD	PPA	Año	% del salario promedio	Número de destinatarios (unidad)	Población de 60 años en adelante	Población de más de 65 años	Población mínima prescrita	Población mayor de la edad	Año	Costo (% del PIB)	Año				
Venezuela, República Bolivariana de	2011/12 Gran Misión Amor Mayor	60 (h) 55 (m)	●	●	○	○	●	...	...	675 000	24.6	37.7	20.2	2012	...	...	
Viet Nam [80 años o más]	2004 Prestación de asistencia social (cláusula 3)	80	...	...	○	...	●	180 000	9.4	24.2	2010	7.1	139 338	1.7	2.4	8.4	2011	0.01	2011
Viet Nam [60–79 años de edad]	2005 Prestación de asistencia social (cláusula 2)	60	...	...	●	...	●	120 000	6.3	16.1	2010	4.8	808 773	9.9	13.8	12.5	2011	0.04	2011
Zambia	2007 Programa Social de Transferencias Monetarias, Karete (piloto)	60	...	...	○	○	○	60 000	10.8	13.3	2010	...	4 500	0.9	1.3	0.9	2009	...	...

Fuente principal

HelpAge International: Base de datos de pensiones sociales de HelpAge. Disponible en: <http://www.pension-watch.net/about-social-pensions/about-social-pensions/social-pensions-database/> [6 de junio de 2014].

Otras fuentes*Información cualitativa*

Información cualitativa: SSA (Administración de la Seguridad Social de los Estados Unidos); AISS (Asociación Internacional de Seguridad Social). Social Security Programs Throughout the World (Washington, D.C. y Ginebra): The Americas, 2013; Europe, 2012; Asia and the Pacific, 2012; Africa, Disponible en: <http://www.ssa.gov/policy/docs/prodesc/ssptw/> [6 de junio, 2014].

Información cuantitativa

OIT (Oficina Internacional del Trabajo). Encuesta de Seguridad Social de la OIT. Disponible en www.ilo.org/dyn/illost/ssimain.home [6 de junio de 2014].

Fuentes nacionales (véase más adelante). Mayores detalles sobre las fuentes nacionales están disponibles en los siguientes enlaces:

<http://www.social-protection.org/gimi/gess/RessourceDownload.action?ressource.ressourceld=43197>

Fuentes adicionales de datos utilizados como denominadores:

OIT (Oficina Internacional del Trabajo): La Base de Datos Mundial sobre Salarios de la OIT. Disponible en: <http://www.ilo.org/travail/info/db/lang--en/index.htm> [6 de junio de 2014].

Las Naciones Unidas: Perspectivas de la Población Mundial, rev. 2012. Disponible en: <http://esa.un.org/wpp/index.htm> [6 de junio de 2014].

Notas

...: No está disponible

^a Excede el 100%.

Año de introducción: se indica el primer régimen que es el antecesor jurídico de régimen actual. La mayoría de los regímenes han sido reformados desde entonces y la legislación actual pocas veces es la del año fundacional.

Requisitos legales: categorías de criterios que los solicitantes tienen que cumplir; por ej., tener ciudadanía del país en cuestión, tener residencia legal, percibir ingresos inferiores a un nivel prescrito o pasar una prueba de ingresos, contar con recursos por debajo de un nivel prescrito, no percibir ninguna otra pensión, o percibir sólo una pensión mínima. Otros criterios suponen otros requisitos legales. 'Focalización geográfica' significa que la pensión está disponible sólo en zonas específicas del país. 'No trabajador' significa que el beneficiario potencial no puede estar empleado formalmente ni practicar ninguna actividad remunerada. 'No en una institución estatal' significa que personas de edad que permanecen en el hogar están excluidos en el país determinado. Es también en esta columna que se indica si el programa es integral y ofrece otros servicios, tales como la atención de personas de edad o descuentos en los servicios públicos (los dos más comunes). 'Monto especial' indica si hay un monto diferenciado en función del estado civil, la edad, o algún otro criterio.

^b Según se define en la Resolución núm. 1244 de 1999 del Consejo de Seguridad de las Naciones Unidas.

Símbolos

● Sí

○ No

Cuadro B.8 Cobertura efectiva de la vejez: Cotizantes activos (al último año con datos disponibles)

Área principal, región o país	Cotizantes activos a un régimen de pensiones en la población de edad activa; 15-64 (%)					Cotizantes activos a un régimen de pensiones en la población activa; 15 años o más (%)				
	Total	Hombres	Mujeres	Año	Edad	Total	Hombres	Mujeres	Edad	Año
Estimaciones regionales (ponderadas por la población en edad de trabajar)										
África	10.5	...	...			18.4	...	...
África Subsahariana	5.9					8.4				
África del Norte	23.9					47.4				
Oriente Medio	18.6	...	...			37.1	...	...
América Latina y el Caribe	27.9	33.6	22.3			38.0	38.5	37.4		
Asia y el Pacífico	26.5	...	...			34.0	...	...
Europa Central y Oriental	48.9	...	...			69.7	...	...
América del Norte	77.5	...	...			98.5	...	...
Europa Occidental	66.7	...	...			89.2	...	...
En el mundo	30.9	...	...			41.4	...	...
Economías en desarrollo	22.0	...	...			29.5	...	...
Economías en transición	45.7	...	...			63.8	...	...
Economías desarrolladas	71.5	...	...			92.9	...	...

África										
Argelia	40.3	...	...	2011	15-64	86.6	...	...	15+	2011
Angola	0.6	...	...	2012	15-64	0.8	...	...	15+	2012
Benin	5.2	...	...	2009	15-64	6.8	...	...	15+	2009
Botswana	12.5	...	...	2009	15-64	15.5	...	...	15+	2009
Burkina Faso	3.2	4.9	1.7	2009	15-64	3.7	5.2	2.0	15+	2009
Burundi	4.5	8.2	1.0	2011	15-64	5.2	9.6	1.1	15+	2011
Camerún	5.2	8.7	1.7	2011	15-64	6.9	10.6	2.5	15+	2011
Cabo Verde	20.7	23.6	17.7	2010	15-64	28.4	26.4	31.6	15+	2010
República Centroafricana	1.3	...	...	2003	15-64	1.5	...	...	15+	2003
Chad	1.5	...	...	2005	15-64	2.0	...	...	15+	2005
Congo	6.9	9.5	4.2	2012	15-64	9.1	12.3	5.8	15+	2012
Congo, República Democrática del	10.5	...	...	2009	15-64	14.0	...	...	15+	2010
Côte d'Ivoire	6.3	...	...	2010	15-64	8.8	...	...	15+	2010
Djibouti	6.6	...	...	2003	15-64	12.6	...	...	15+	2003
Egipto	29.0	45.1	12.7	2009	15-64	55.3	56.9	50.3	15+	2009
Gabón	56.6	89.1	23.6	2010	15-64	87.3	...	...	15+	2010
Gambia	2.3	...	...	2006	15-64	2.9	...	...	15+	2006
Ghana	6.7	9.4	3.9	2011	15-64	9.0	12.5	5.5	15+	2011
Guinea	11.1	...	...	2006	15-64	14.7	...	...	15+	2006
Guinea-Bissau	0.5	...	...	2010	15-64	0.6	...	...	15+	2010
Kenya	11.3	...	...	2009	15-64	16.3	...	...	15+	2009
Lesotho	3.1	...	...	2005	15-64	4.2	...	...	15+	2005
Libia	11.2	18.5	3.5	2008	15-64	19.6	22.9	10.9	15+	2008
Madagascar	5.7	...	...	2011	15-64	6.2	...	...	15+	2011
Malawi	0.0	0.0	0.0	2011	15-64	0.0	...	...	15+	2011
Malí	4.4	...	...	2010	15-64	7.9	...	...	15+	2010
Mauritania	9.4	...	...	2005	15-64	17.2	...	...	15+	2005
Mauricio	39.7	...	...	2010	15-64	60.9	...	...	15+	2010

Cuadro B.8 Cobertura efectiva de la vejez: Cotizantes activos (al último año con datos disponibles)

Área principal, región o país	Cotizantes activos a un régimen de pensiones en la población de edad activa; 15-64 (%)					Cotizantes activos a un régimen de pensiones en la población activa; 15 años o más (%)				
	Total	Hombres	Mujeres	Año	Edad	Total	Hombres	Mujeres	Edad	Año
Marruecos	15.6	...	...	2011	15-64	30.2	...	...	15+	2011
Mozambique	3.8	...	...	2008	15-64	4.2	...	...	15+	2008
Namibia	5.6	...	...	2008	15-64	8.2	...	...	15+	2008
Níger	1.3	1.9	0.7	2006	15-64	1.9	2.0	1.6	15+	2006
Nigeria	5.3	7.6	3.1	2010	15-64	9.0	11.3	6.0	15+	2010
Rwanda	3.8	5.7	2.0	2009	15-64	4.3	6.5	2.2	15+	2009
Santo Tomé y Príncipe	10.4	...	...	2010	15-64	16.4	...	...	15+	2010
Senegal	5.0	...	...	2008	15-64	6.2	...	...	15+	2008
Sierra Leona	4.6	...	...	2007	15-64	6.6	...	...	15+	2007
Sudáfrica	3.5	...	...	2010	15-64	6.3	...	...	15+	2010
Sudán	2.8	...	...	2008	15-64	4.9	...	...	15+	2008
Swazilandia	15.2	...	...	2010	15-64	25.5	...	...	15+	2010
Tanzania, República Unida de	3.1	4.2	1.9	2007	15-64	3.3	4.5	2.1	15+	2007
Togo	3.1	...	...	2009	15-64	3.7	...	...	15+	2009
Túnez	41.4	...	...	2011	15-64	79.0	...	...	15+	2011
Uganda	3.8	3.4	4.2	2007	15-64	4.6	4.1	5.1	15+	2007
Zambia	8.8	12.1	5.5	2010	15-64	10.5	13.4	7.0	15+	2010
Zimbabwe	17.0	...	...	2009	15-64	18.3	...	...	15+	2009
Asia, Oceanía y el Oriente Medio										
Afganistán	2.2	...	...	2006	15-64	4.4	...	...	15+	2006
Armenia	22.4	...	...	2009	15-64	31.7	...	...	15+	2009
Australia	69.6	74.5	64.6	2008	15-64	88.8	87.1	90.9	15+	2008
Azerbaiyán	22.5	...	...	2007	15-64	33.3	...	...	15+	2007
Bahréin	10.5	12.4	7.3	2007	15-64	15.1	14.1	19.0	15+	2007
Bangladesh	0.0	0.0	0.0	2011	15-64	0.0	...	...	15+	2011
Bután	9.1	12.1	6.1	2012	15-64	12.1	14.8	8.6	15+	2012
Camboya	0.0	0.0	0.0	2010	15-64	0.0	0.0	0.0	15+	2010
China	46.4	...	...	2011	15-64	56.1	...	...	15+	2011
Fiji	64.2	...	...	2011	15-64	99.0	...	...	15+	2011
Georgia	22.7	...	...	2008	15-64	29.5	...	...	15+	2008
Hong Kong (China), Región Administrativa Especial de	52.3	...	...	2011	15-64	75.7	...	...	15+	2011
India	7.4	...	...	2010	15-64	12.4	...	...	15+	2010
Indonesia	6.0	...	...	2011	15-64	8.6	...	...	15+	2011
Irán, República Islámica del	18.7	...	...	2010	15-64	39.3	...	...	15+	2010
Iraq	19.8	...	...	2009	15-64	45.2	...	...	15+	2009
Israel	69.8	...	...	2011	15-64	100.0	100.0	100.0	15+	2011
Japón	84.9	...	...	2010	15-64	100.0	100.0	100.0	15+	2010
Jordania	22.6	33.0	11.5	2010	15-64	51.5	47.4	70.1	15+	2010
Kazajistán	73.8	...	...	2011	15-64	94.1	...	...	15+	2011
Corea, República de	53.7	...	...	2009	15-64	77.8	...	...	15+	2009
Kuwait	12.9	...	...	2010	15-64	18.4	...	...	15+	2010
Kirguistán	30.0	...	...	2008	15-64	42.4	...	...	15+	2008
República Democrática Popular Lao	1.3	...	...	2010	15-64	1.6	...	...	15+	2010
Líbano	0.0	...	...	2012	15-64	0.0	...	...	15+	2012
Malasia	28.1	32.4	23.6	2010	15-64	43.2	39.3	50.2	15+	2010

Cuadro B.8 Cobertura efectiva de la vejez: Cotizantes activos (al último año con datos disponibles)

Área principal, región o país	Cotizantes activos a un régimen de pensiones en la población de edad activa; 15-64 (%)					Cotizantes activos a un régimen de pensiones en la población activa; 15 años o más (%)				
	Total	Hombres	Mujeres	Año	Edad	Total	Hombres	Mujeres	Edad	Año
Maldivas	19.9	...	...	2010	15-64	28.1	...	...	15+	2010
Mongolia	39.6	...	...	2011	15-64	62.6	...	...	15+	2011
Nepal	2.5	4.1	1.0	2011	15-64	2.8	4.4	1.1	15+	2011
Territorios Palestinos Ocupados	5.2	...	...	2010	15-64	12.0	...	...	15+	2010
Omán	8.7	11.3	4.4	2011	15-64	13.7	13.4	15.4	15+	2011
Pakistán	3.1	...	...	2009	15-64	5.4	...	...	15+	2009
Papúa Nueva Guinea	3.0	...	...	2010	15-64	4.0	...	...	15+	2010
Filipinas	17.5	...	...	2011	15-64	25.6	...	...	15+	2011
Qatar	3.3	...	...	2008	15-64	3.9	...	...	15+	2008
Samoa	22.8	...	...	2011	15-64	34.4	...	...	15+	2011
Arabia Saudita	26.2	43.8	2.1	2010	15-64	50.1	56.8	11.5	15+	2010
Singapur	0.0	0.0	0.0	2011	15-64	0.0	...	...	15+	2011
Islas Salomón	46.9	66.5	26.1	2008	15-64	66.6	79.4	46.3	15+	2008
Sri Lanka	7.1	...	...	2010	15-64	11.5	...	...	15+	2010
República Árabe Siria	13.4	...	...	2008	15-64	28.4	...	...	15+	2008
Taiwán, China	56.6	55.4	57.8	2011	15-64	86.8	75.8	99.9	15+	2011
Tailandia	21.4	...	...	2012	15-64	27.7	...	...	15+	2012
Timor Oriental	0.0	0.0	0.0	2011	15-64	0.0	...	...	15+	2011
Tonga	6.5	...	...	2012	15-64	9.8	...	...	15+	2012
Vanuatu	16.9	16.4	17.5	2011	15-64	22.6	19.4	26.9	15+	2011
Viet Nam	17.3	17.7	16.8	2010	15-64	20.7	20.4	21.0	15+	2010
Yemen	2.6	4.8	0.5	2011	15-64	5.2	6.4	1.8	15+	2011
Europa										
Albania	29.8	...	...	2006	15-64	43.3	...	...	15+	2006
Austria	66.5	...	...	2010	15-64	87.1	...	...	15+	2010
Belarús	44.0	29.1	57.4	2010	15-64	66.6	41.6	91.9	15+	2010
Bélgica	64.5	...	...	2010	15-64	94.4	...	...	15+	2010
Bosnia y Herzegovina	24.4	...	...	2008	15-64	44.6	0.0	0.0	15+	2008
Bulgaria	54.4	57.2	51.6	2009	15-64	79.2	77.2	81.5	15+	2009
Croacia	50.8	54.9	46.8	2010	15-64	77.3	77.0	77.6	15+	2010
Chipre	58.1	59.0	57.1	2010	15-64	77.5	72.3	84.3	15+	2010
República Checa	67.7	...	...	2010	15-64	95.7	...	...	15+	2010
Dinamarca	78.1	...	...	2010	15-64	96.6	...	...	15+	2010
Estonia	63.6	...	...	2010	15-64	82.3	...	...	15+	2010
Finlandia	64.5	...	...	2010	15-64	85.0	...	...	15+	2010
Francia	66.2	...	...	2010	16-64	93.3	...	...	15+	2010
Alemania	59.9	61.1	58.7	2010	16-64	76.8	72.7	81.8	15+	2010
Grecia	64.3	72.7	55.8	2010	15-64	92.3	90.4	95.1	15+	2010
Hungría	71.0	70.9	71.1	2009	15-64	100.0	100.0	100.0	15+	2009
Islandia	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Irlanda	77.6	...	...	2010	15-64	100.0	100.0	100.0	15+	2010
Italia	58.2	...	...	2010	15-64	91.9	...	...	15+	2010
Letonia	56.6	...	...	2010	15-64	74.9	...	...	15+	2010
Lituania	54.5	...	...	2010	15-64	76.0	...	...	15+	2010
Luxemburgo	100.0	100.0	100.0	2010	15-64	100.0	100.0	100.0	15+	2010
Malta	53.5	...	...	2010	15-64	87.2	...	...	15+	2010

Cuadro B.8 Cobertura efectiva de la vejez: Cotizantes activos (al último año con datos disponibles)

Área principal, región o país	Cotizantes activos a un régimen de pensiones en la población de edad activa; 15-64 (%)					Cotizantes activos a un régimen de pensiones en la población activa; 15 años o más (%)				
	Total	Hombres	Mujeres	Año	Edad	Total	Hombres	Mujeres	Edad	Año
Moldova, República de	33.6	33.5	33.7	2011	15-64	70.1	66.5	73.8	15+	2011
Montenegro	36.8	...	...	2007	15-64	80.4	...	...	15+	2007
Países Bajos	100.0	100.0	100.0	2010	15-64	100.0	100.0	100.0	15+	2010
Noruega	77.1	...	...	2010	15-64	95.9	...	...	15+	2010
Polonia	59.1	...	...	2010	15-64	88.8	...	...	15+	2010
Portugal	58.6	...	...	2010	15-64	74.5	...	...	15+	2010
Rumania	37.2	...	...	2010	16-64	54.7	...	...	15+	2010
Federación de Rusia	48.7	...	...	2009	15-64	65.9	...	...	15+	2009
Serbia	29.7	...	...	2010	15-64	61.1	...	...	15+	2010
Eslovaquia	53.2	...	...	2010	15-64	77.1	...	...	15+	2010
Eslovenia	61.7	67.9	55.4	2011	15-64	84.4	88.0	80.3	15+	2011
España	66.0	72.4	59.4	2010	15-64	89.0	88.0	89.3	15+	2010
Suecia	92.8	...	...	2010	15-64	100.0	100.0	100.0	15+	2010
ex República Yugoslava de Macedonia	52.3	...	...	2011	15-64	80.0	...	...	15+	2011
Turquía	27.8	44.1	11.7	2011	15-64	52.1	58.4	37.1	15+	2011
Ucrania	43.4	...	...	2007	15-64	60.6	...	...	15+	2007
Reino Unido	71.4	...	...	2005	15-64	92.9	...	...	15+	2005
América Latina y el Caribe										
Antigua y Barbuda	71.8	...	...	2007	15-64	78.3	...	...	15+	2007
Argentina	35.7	45.7	25.8	2011	15-64	50.4	53.8	45.5	15+	2011
Aruba	64.1	72.9	56.3	2006	15-64	88.2	89.4	86.7	15+	2006
Bahamas	66.7	...	...	2011	15-64	81.9	...	...	15+	2011
Barbados	65.1	...	...	2009	15-64	79.6	...	...	15+	2009
Belize	44.2	58.0	30.6	2011	15-64	64.0	66.8	59.4	15+	2011
Bolivia, Estado Plurinacional de	22.2	28.6	15.8	2010	15-64	28.5	33.0	22.8	15+	2010
Brasil	31.4	36.8	26.2	2010	15-64	40.7	41.5	39.6	15+	2010
Chile	40.4	48.8	32.0	2012	15-64	58.5	58.7	58.2	15+	2012
Colombia	23.6	25.7	22.5	2009	15-64	32.7	30.0	37.8	15+	2009
Costa Rica	40.6	53.4	27.2	2011	15-64	58.8	62.2	53.0	15+	2011
Dominica	52.9	49.9	56.1	2011	15-64	...	...	...	n.a.	n.a.
República Dominicana	20.0	22.5	17.5	2012	15-64	28.0	26.1	30.9	15+	2012
Ecuador	14.7	18.1	11.5	2009	15-64	20.2	20.4	20.0	15+	2009
El Salvador	19.8	24.0	16.3	2009	15-64	30.7	29.4	32.4	15+	2009
Granada	58.7	...	...	2010	15-64	...	...	...	n.a.	2010
Guatemala	14.2	18.3	10.5	2010	15-64	19.5	19.3	19.8	15+	2010
Guyana	29.7	0.0	0.0	2009	15-64	45.7	0.0	0.0	15+	2009
Honduras	11.1	12.8	9.6	2009	15-64	16.8	14.4	21.1	15+	2009
Jamaica	12.5	...	...	2004	15-64	16.7	...	...	15+	2004
México	25.1	32.1	18.3	2010	15-64	37.0	36.6	37.7	15+	2010
Nicaragua	14.4	16.6	12.4	2010	15-64	17.5	17.6	17.3	15+	2010
Panamá	46.5	57.5	35.3	2009	15-64	64.0	63.4	65.1	15+	2009
Paraguay	13.5	15.9	11.1	2011	15-64	18.9	18.5	19.5	15+	2011
Perú	24.8	32.4	17.6	2010	15-64	29.2	36.9	20.4	15+	2010
Saint Kitts y Neves	77.9	76.6	79.3	2010	15-64	...	...	...	n.a.	n.a.
Santa Lucía	43.1	44.1	42.3	2008	15-64	56.5	53.1	60.3	15+	2008
San Vicente y las Granadinas	49.5	...	...	2007	15-64	67.3	...	...	15+	2007

Cuadro B.8 Cobertura efectiva de la vejez: Cotizantes activos (al último año con datos disponibles)

Área principal, región o país	Cotizantes activos a un régimen de pensiones en la población de edad activa; 15–64 (%)					Cotizantes activos a un régimen de pensiones en la población activa; 15 años o más (%)				
	Total	Hombres	Mujeres	Año	Edad	Total	Hombres	Mujeres	Edad	Año
Trinidad y Tobago	49.7	...	...	2010	15–64	68.8	...	...	15+	2010
Uruguay	65.3	72.7	58.1	2011	15–64	81.8	81.0	82.9	15+	2011
Venezuela, República Bolivariana de	24.1	27.4	20.8	2009	15–64	33.9	31.8	37.3	15+	2009
América del Norte										
Canadá	68.4	69.9	66.8	2009	15–64	85.4	82.9	88.3	15+	2009
Estados Unidos	78.5	81.1	76.0	2010	15–64	100.0	100.0	100.0	15+	2010

Fuente principal

OIT (Oficina Internacional del Trabajo): Encuesta de Seguridad Social de la OIT; Indicador tasa de cotizantes de edad: % en edad de trabajar. Disponible en: http://www.ilo.org/dyn/lossi/ssiindic.viewMultilindic3?p_lang=en&p_indicador_code=CP-1b%200A [6 de junio de 2014].

Otras fuentes

BASeD/ADB (Banco Asiático de Desarrollo): Base de datos del Índice de Protección Social. Disponible en: <http://spi.adb.org/spidmz/index.jsp> [6 de junio, 2014].

CIS-STAT (Comité Interestatal Estadístico de la Comunidad de Estados Independientes): Base de Datos en Línea de Estadísticas de la CEI Disponible en: <http://www.cisstat.org/Obase/index-en.htm> [6 de junio de 2014].

Comisión Europea. 2012c. El informe de envejecimiento - 2012: Proyecciones económicas y presupuestarias para los 27 Estados miembros de la UE (2010–2060) (Bruselas). Disponible en: http://ec.europa.eu/economy_finance/publications/european_economy/2012/2012-ageing-report_en.htm [16 de abril, 2014; en inglés].

Hirose, K. (editor). 2011. Pension reform in Central and Eastern Europe in times of crisis, austerity and beyond (Budapest, Oficina Regional de la OIT para Europa Central y Oriental).

Datos de pensiones del Banco Mundial. Disponible en: <http://web.worldbank.org/WBSITE/EXTERNAL/TOPICS/EXTSOCIALPROTECTION/EXTPENSIONS/0,,contentMDK:23231994~menuPK:8874064~pagePK:148956~piPK:216618~theSitePK:396253,00.html> [20 de abril, 2014].

Fuentes nacionales (véase más adelante).

Notas

n.a.: No aplica

...: No está disponible

Notas adicionales por país**África**

Argelia. Con inclusión de la 'pensión de reversión' de vejez pero con exclusión de la pensión anticipada. Office national de la statistique (disponible en: http://www.ons.dz/IMG/pdf/AQC_R_2011_ED_2012_-_Francais.pdf, consultado en mayo de 2014).

Burundi. Con inclusión de las pensiones de vejez y sobrevivientes para personas de 60 años y más.

Cabo Verde. Para la pensión contributiva otorgada por la CNPS, la edad legal de jubilación es de más de 65 años para los hombres y de más de 60 años para las mujeres. Debido a que la pensión no contributiva está dirigida a personas de más de 60 años (hombres o mujeres), la población de referencia para el denominador se ha fijado en 60 años.

Côte d'Ivoire. Datos de la CNPS (Caisse Nationale de Prévoyance Sociale) y de la CGRAE (Caisse Générale de Retraite des Agents de l'Etat).

Madagascar. Los datos hacen referencia a la Caisse Nationale de la Prévoyance Sociale (CNaPS) y dos regímenes profesionales para funcionarios públicos: la Caisse de Retraites Civiles et Militaires (CRCM), que da cobertura a los funcionarios públicos, empleados gubernamentales y a los militares; y la Caisse de Prévoyance et de Retraites (CPR), que da cobertura a los agentes auxiliares empleados por el Gobierno, a quienes todavía no se les ha concedido la condición plena de empleados gubernamentales.

Malawi. En Malawi no existe un régimen nacional de seguro social. El Régimen Público de Pensiones del Gobierno consiste en un sistema de reparto no contributivo de prestaciones definidas. Existen alrededor de 600 fondos privados de pensiones en Malawi no incluidos en el presente documento.

Asia, Oceanía y el Oriente Medio

Bangladesh. El Gobierno de Bangladesh proporciona a sus propios empleados una pensión de prestaciones definidas, no contributiva con prestaciones de sobrevivientes, financiada con cargo a los ingresos fiscales. Los funcionarios públicos tienen derecho a percibir una pensión a la edad de 57 años.

China. El indicador para China incluye a los cotizantes al nuevo plan de previsión social rural introducido en todo el país en 2009. Esta nueva pensión consta de dos componentes: un componente de pensión básica financiado por los gobiernos local y central y un componente de cuenta individual basado en las cotizaciones de las personas afiliadas. En regiones relativamente pobres, el Gobierno central paga aproximadamente el 80% del costo del componente de la pensión básica y el Gobierno local asume el resto. El primer componente justifica su inclusión en este indicador, el cual se centra en las prestaciones monetarias periódicas para las personas de edad con el fin de asegurar su seguridad básica de ingresos.

Irán, República Islámica del. Corresponde al número total de asegurados como cotizantes principales y se refiere a la organización de seguridad social y al fondo de jubilación del Estado.

Líbano. Actualmente las personas de edad no cuentan con una seguridad de los ingresos mediante las prestaciones de las pensiones de vejez, solo un pago único de cuantía fija.

Sri Lanka. Número de cotizantes cubiertos por pensiones de viudedad y orfandad, 2003–09, que en Sri Lanka constituyen el único régimen contributivo obligatorio que proporciona pensiones en forma de prestaciones monetarias periódicas. Este indicador se refiere a los regímenes obligatorios contributivos que proporcionan pensiones a personas mayores de la edad legal de jubilación (es decir, que excluyen al PSPS, que es un régimen no contributivo; a la EPF y a la FEF, que proporcionan pagos únicos de cuantía fija; y los tres regímenes de seguridad social voluntarios – el Régimen de Pensión y Prestaciones de Seguridad Social para los Agricultores, el Régimen de Pensión y Prestaciones de Seguridad Social para Pescadores, y el Régimen de Previsión Social y Prestaciones de Seguridad Social inicialmente sólo para trabajadores cuenta propia, que son voluntarios y proporcionan ya sea un pago único de cuantía fija o prestaciones periódicas).

Tonga. En Septiembre de 2010, el Proyecto de Ley 2010 relativo al Régimen Nacional de Prestaciones de Jubilación (NRBS) fue aprobado por la Asamblea Legislativa, proporcionando un régimen de jubilación obligatorio similar para el sector privado y otras organizaciones. Aún no se dispone de datos estadísticos (véase: <http://www.nrbf.tol>, consultado en mayo de 2014).

Vanuatu. 'Miembro activo' significa una persona que ha pagado en su nombre al menos una cotización correspondiente al mes en curso o cualquiera de los tres meses anteriores (véase: <http://www.vnfp.com.vu/p/vnfp-index.html>, consultado en mayo de 2014).

América Latina y el Caribe

Uruguay. De acuerdo con datos de la encuesta de hogares, donde se entrevista a las personas empleadas, las proporciones fueron más bajas en 2011 (el 52.6% de las personas en edad de trabajar y el 67.6% de la población activa). Véase Instituto Nacional de Estadística: Encuesta continua de hogares 2011 (disponible en: <http://www.ine.gub.uy/microdatos/microdatosnew2008.asp#ech>, consultado en mayo de 2014).

Cuadro B.9. Cobertura efectiva de la vejez: Beneficiarios de las pensiones de vejez. Proporciones de mujeres y hombres de edad (mayores de la edad legal de jubilación) que perciben una pensión de vejez, al último año disponible

Área principal, región o país	Proporción por sexo (%)			Proporción por tipo de régimen (contributivo o no), (%)			Año	Edad legal de jubilación (base de la población de referencia)
	Total	Hombres	Mujeres	No se dispone de distinción	Contributivo	No contributivo ¹		
Estimaciones regionales (ponderadas por la población total)								
África	21.5	...	...			
Oriente Medio	29.5	...	...			
América Latina y el Caribe	56.1	62.3	52.4					
Asia y el Pacífico	47.0	...	...			
Europa Central y Oriental	94.3	97.2	93.8					
América del Norte	93.0	...	...			
Europa Occidental	92.4	99.2	86.5					
En el mundo	51.5	...	...			
Economías en desarrollo	44.3	...	...			
Países menos adelantados ¹	16.8	...	...			
Países de ingresos bajos y medios ²	24.6	...	...			
Economías emergentes ³	71.5	...	...			
Economías desarrolladas	89.1	...	...			

Área principal, región o país	Proporción por sexo (%)			Proporción por tipo de régimen (contributivo o no), (%)			Año	Edad legal de jubilación (base de la población de referencia)
	Total	Hombres	Mujeres	No se dispone de distinción	Contributivo	No contributivo ¹		
África								
Argelia	63.6	...	...	...	51.1	12.5	2010	60+ Hombres 55+ Mujeres
Angola	14.5	...	...	...	14.5	...	2012	60+
Benin	9.7	...	...	...	9.7	...	2009	60+
Botswana	100.0	100.0	100.0	...	...	100.0	2010	65+
Burkina Faso	3.2	7.1	0.5	...	3.2	...	2009	55+
Burundi	4.0	6.8	2.0	...	4.0	...	2011	60+
Camérún	12.5	20.2	5.9	...	12.5	...	2011	60+
Cabo Verde	55.7	59.8	52.8	...	18.2	37.5	2009	60+
Chad	1.6	...	...	...	1.6	...	2008	55+
Congo	22.1	42.4	4.7	...	22.1	...	2011	60+
Congo, República Democrática del	15.0	...	...	...	15.0	...	2009	65+ Hombres 60+ Mujeres
Côte d'Ivoire	7.7	...	...	...	7.7	...	2010	55+ como denominador común (Elegibilidad: 65+ para pensión no contributiva, 60+ en regiones específicas)
Djibouti	12.0	...	...	...	12.0	...	2002	60+
Egipto	32.7	61.7	8.0	32.7	...	...	2008	60+
Etiopía	9.0	...	...	...	9.0	...	2006	60+
Gabón	38.8	...	...	...	38.8	...	2010	55+
Gambia	10.8	...	...	...	10.8	...	2006	60+

Cuadro B.9. Cobertura efectiva de la vejez: Beneficiarios de las pensiones de vejez. Proporciones de mujeres y hombres de edad (mayores de la edad legal de jubilación) que perciben una pensión de vejez, al último año disponible

Área principal, región o país	Proporción por sexo (%)			Proporción por tipo de régimen (contributivo o no), (%)			Año	Edad legal de jubilación (base de la población de referencia)
	Total	Hombres	Mujeres	No se dispone de distinción	Contributivo	No contributivo ¹		
Ghana	7.6	...	...	...	7.6	...	2011	60+
Guinea	8.8	...	...	...	8.8	...	2008	55+
Guinea-Bissau	6.2	...	...	...	6.2	...	2008	60+
Kenya	7.9	...	...	...	6.6	1.4	2010	55+
Lesotho	100.0	100.0	100.0	...	...	100.0	2010	70+
Libia	43.3	...	...	...	43.3	...	2006	65+ Hombres 60+ Mujeres
Madagascar	4.6	...	...	...	4.6	...	2011	60+
Malawi	4.1	...	...	...	4.1	...	2010	60+
Mali	5.7	8.5	3.7	...	5.7	...	2010	58+
Mauritania	9.3	...	...	...	9.3	...	2002	60+ Hombres 55+ Mujeres
Mauricio	100.0	100.0	100.0	...	...	100.0	2010	60+
Marruecos	39.8	...	...	...	39.8	...	2009	60+
Mozambique	17.3	20.0	15.9	...	1.7	15.6	2011	60+ Hombres 55+ Mujeres
Namibia	98.4	...	...	...	...	98.4	2011	60+
Níger	6.1	...	...	...	6.1	...	2007	60+
Nigeria	...	...	...	...	...	0.4	n.a.	
Rwanda	4.7	...	...	...	4.7	...	2004	55+
Santo Tomé y Príncipe	41.8	...	...	...	41.8	...	2010	62+ Hombres 57+ Mujeres
Senegal	23.5	...	...	...	23.5	...	2010	55+
Seychelles	100.0	100.0	100.0	...	11.4	88.6	2011	63+
Sierra Leona	0.9	...	...	...	0.9	...	2007	60+
Sudáfrica	92.6	...	...	...	27.7	64.9	2012	60+
Sudán	4.6	...	...	...	4.6	...	2010	60+
Swazilandia	86.0	...	...	...	...	86.0	2011	60+
Tanzania, República Unida de	3.2	...	...	...	3.2	...	2008	60+
Togo	10.9	...	...	...	10.9	...	2009	60+
Túnez	68.8	...	...	...	68.8	...	2006	60+
Uganda	6.6	...	...	...	4.5	2.1	2012	55+
Zambia	7.7	...	...	...	6.9	0.8	2008	55+
Zimbabwe	6.2	...	...	...	6.2	...	2006	60+
Oriente Medio, Asia Oriental y el Pacífico								
Afganistán	10.7	...	...	...	...	...	2010	60+ Hombres 55+ Mujeres
Armenia	80.0	...	...	...	64.6	15.4	2011	63+ Hombres 62.5+ Mujeres
Australia	83.0	77.5	87.6	...	...	70.7	2010	65+ Hombres 64+ Mujeres
Azerbaiyán	81.7	82.6	79.0	...	40.8	40.9	2012	62.5+ Hombres 57.5+ Mujeres
Bahrein	40.1	...	...	...	...	...	2011	60+ Hombres 55+ Mujeres

Cuadro B.9. Cobertura efectiva de la vejez: Beneficiarios de las pensiones de vejez. Proporciones de mujeres y hombres de edad (mayores de la edad legal de jubilación) que perciben una pensión de vejez, al último año disponible

Área principal, región o país	Proporción por sexo (%)			Proporción por tipo de régimen (contributivo o no), (%)			Año	Edad legal de jubilación (base de la población de referencia)
	Total	Hombres	Mujeres	No se dispone de distinción	Contributivo	No contributivo ¹		
Bangladesh	39.5	...	...	...	4.9	34.6	2011	65+ (62+ for OA allowances for women)
Bután	3.2	...	...	...	3.2	...	2012	60+
Brunei Darussalam	81.7	...	...	...	...	81.7	2011	60+
Camboya	5.0	...	...	...	...	...	2010	55+
China	74.4	...	...	...	32.2	42.1	2011	60+ Hombres 55+ Mujeres
Fiji	10.6	...	...	...	...	...	2010	55+
Georgia	89.8	...	...	...	...	...	2011	65 + Hombres 60+ Mujeres
Hong Kong (China), Región Administrativa Especial de	72.9	...	...	...	...	72.9	2009	65+
India	24.1	...	...	...	9.9	14.2	2011	58+
Indonesia	8.1	...	...	...	...	...	2010	55+
Irán, República Islámica del	26.4	...	...	...	...	...	2010	60+ Hombres 55+ Mujeres
Iraq	56.0	...	...	...	...	...	2007	55/60+
Israel	73.6	...	...	...	...	...	2011	67 + Hombres 62+ Mujeres
Japón	80.3	...	...	...	...	...	2008	65+
Jordania	42.2	82.3	11.8	...	42.2	...	2010	60+ Hombres 55+ Mujeres
Kazajstán	95.9	...	...	...	...	...	2011	63+ Hombres 58+ Mujeres
Corea, República de	77.6	...	...	...	...	...	2010	60+
Kuwait	27.3	...	...	...	...	...	2008	50+
Kirguistán	100.0	100.0	100.0	...	...	...	2011	63+ Hombres 58+ Mujeres
República Democrática Popular Lao	5.6	...	...	...	...	...	2010	60+
Líbano	0.0	...	...	...	0.0	0.0	2013	64+
Malasia	19.8	...	...	...	16.2	3.6	2010	55+
Maldivas	99.7	...	...	...	9.1	90.6	2012	65+
Islas Marshall	64.2	...	...	...	64.2	...	2010	60+
Mongolia	100.0	100.0	100.0	...	62.6	37.4	2011	60+
Nauru	56.5	...	...	...	15.5	41.0	2010	55+
Nepal	62.5	...	...	...	9.2	53.3	2010	58+
Nueva Zelandia	98.0	99.8	96.5	...	...	98.0	2012	65+
Territorios Palestinos Ocupados	8.0	...	...	...	...	...	2009	65+
Omán	24.7	...	...	...	...	...	2010	60+ Hombres 55+ Mujeres
Pakistán	2.3	...	...	...	...	...	2010	60+ Hombres 55+ Mujeres
Palau	48.0	...	...	...	...	...	2010	60+
Papua Nueva Guinea	0.9	...	...	...	...	...	2010	55+
Filipinas	28.5	...	...	...	24.3	4.2	2011	60+

Cuadro B.9. Cobertura efectiva de la vejez: Beneficiarios de las pensiones de vejez. Proporciones de mujeres y hombres de edad (mayores de la edad legal de jubilación) que perciben una pensión de vejez, al último año disponible

Área principal, región o país	Proporción por sexo (%)			Proporción por tipo de régimen (contributivo o no), (%)			Año	Edad legal de jubilación (base de la población de referencia)
	Total	Hombres	Mujeres	No se dispone de distinción	Contributivo	No contributivo ¹		
Qatar	7.9	...	...	...	...	...	2007	60+
Samoa	49.5	...	...	...	3.7	45.8	2011	55+
Singapur	0.0	...	...	...	0.0	0.0	2011	55+
Islas Salomón	13.1	...	...	...	...	...	2010	50+
Sri Lanka	17.1	...	...	...	...	...	2010	55+ Hombres 50+ Mujeres
República Árabe Siria	16.7	...	...	...	...	...	2006	60+ Hombres 55+ Mujeres
Tayikistán	80.2	95.6	72.1	...	61.4	18.8	2011	60+ Hombres 55+ Mujeres
Tailandia	81.7	77.9	84.6	...	13.1	68.6	2010	60+
Timor Oriental	100.0	100.0	100.0	...	0.0	100.0	2011	60+
Tonga	1.0	...	...	...	...	...	2012	55+
Tuvalu	19.5	...	...	...	...	...	2005	55+
Uzbekistán	98.1	...	...	...	97.8	0.3	2010	60+ Hombres 55+ Mujeres
Vanuatu	3.5	...	...	...	...	...	2011	55+
Viet Nam	34.5	...	...	...	25.8	8.7	2010	60+ Hombres 55+ Mujeres
Yemen	8.5	...	...	...	...	...	2011	60+ Hombres 55+ Mujeres
Europa								
Albania	77.0	100.0	60.8	...	...	...	2011	65+ Hombres 60+ Mujeres
Austria	100.0	77.5	93.7	...	94.0	6.0	2010	65+ Hombres 60+ Mujeres
Belarús	93.6	...	...	...	91.1	2.5	2011	60+ Hombres 55+ Mujeres
Bélgica	84.6	100.0	67.8	...	79.5	5.1	2010	65+
Bosnia y Herzegovina	29.6	...	...	...	29.6	...	2009	65+
Bulgaria	96.9	99.4	95.5	...	96.5	0.4	2010	63+ Hombres 60+ Mujeres
Croacia	57.6	85.1	44.2	...	...	...	2010	65+ Hombres 60+ Mujeres
Chipre	85.2	100.0	57.2	...	72.3	12.9	2010	65+
República Checa	100.0	100.0	100.0	...	...	0.0	2010	62.2+ Hombres 60.7+ Mujeres
Dinamarca	100.0	100.0	100.0	...	...	100.0	2011	65+
Estonia	98.0	98.5	97.5	...	96.0	2.0	2011	63+ Hombres 61+ Mujeres
Finlandia	100.0	100.0	100.0	...	47.5	52.5	2010	65+
Francia	100.0	100.0	100.0	...	95.0	5.0	2010	60+
Alemania	100.0	100.0	100.0	...	...	...	2010	65+
Grecia	77.4	100.0	54.6	...	60.4	17.0	2010	65+ Hombres 60+ Mujeres
Hungría	91.4	97.7	87.6	...	91.1	0.3	2010	62+
Islandia	100.0	100.0	100.0	...	17.2	82.8	2010	67+

Cuadro B.9. Cobertura efectiva de la vejez: Beneficiarios de las pensiones de vejez. Proporciones de mujeres y hombres de edad (mayores de la edad legal de jubilación) que perciben una pensión de vejez, al último año disponible

Área principal, región o país	Proporción por sexo (%)			Proporción por tipo de régimen (contributivo o no), (%)			Año	Edad legal de jubilación (base de la población de referencia)
	Total	Hombres	Mujeres	No se dispone de distinción	Contributivo	No contributivo ¹		
Irlanda	90.5	100.0	66.3	...	71.3	19.2	2010	65+
Italia	81.1	100.0	69.2	...	75.1	6.0	2010	65 + Hombres 60+ Mujeres
Letonia	100.0	100.0	100.0	...	99.8	0.2	2010	62+
Lituania	100.0	100.0	100.0	...	96.0	4.0	2010	62.5 + Hombres 60+ Mujeres
Luxemburgo	90.0	100.0	56.4	...	...	...	2010	65+
Malta	60.5	97.5	32.0	...	55.3	5.2	2010	61 + Hombres 60+ Mujeres
República de Moldova	72.8	63.7	77.0	...	...	...	2011	62+ Hombres 57+ Mujeres
Montenegro	52.3	...	...	...	...	...	2011	65 + Hombres 60+ Mujeres
Países Bajos	100.0	100.0	100.0	...	...	...	2010	65+
Noruega	100.0	100.0	100.0	...	...	...	2010	67+
Polonia	96.5	100.0	94.9	...	93.9	2.6	2009	65 + Hombres 60+ Mujeres
Portugal	100.0	100.0	100.0	...	...	...	2010	65+
Rumania	98.0	100.0	88.0	...	...	...	2010	63.75+ Hombres 58.75+ Mujeres
Federación de Rusia	100.0	100.0	100.0	...	...	...	2011	60+ Hombres 55+ Mujeres
Serbia	46.1	48.4	44.8	...	...	...	2010	64+ Hombres 59+ Mujeres
Eslovaquia	100.0	100.0	100.0	...	99.5	0.5	2010	62+
Eslovenia	95.1	100.0	85.9	...	91.1	4.0	2010	63+ Hombres 61+ Mujeres
España	68.2	97.4	46.6	...	64.9	3.3	2010	65+
Suecia	100.0	100.0	100.0	...	52.0	48.0	2010	65+
Suiza	100.0	100.0	100.0	...	...	...	2010	65+ Hombres 64+ Mujeres
Ex República Yugoslava de Macedonia	52.2	...	...	...	...	...	2011	64+ Hombres 62+ Mujeres
Turquía	88.1	...	...	...	...	...	2010	60 + Hombres 58+ Mujeres
Ucrania	95.0	...	...	...	93.0	2.0	2011	60 + Hombres 55.5+ Mujeres
Reino Unido	99.5	100.0	99.2	...	75.5	24.0	2010	65 + Hombres 60+ Mujeres
América Latina y el Caribe								
Antigua y Barbuda	69.7	...	...	...	68.0	1.7	2010	60+
Argentina	90.7	86.8	93.3	...	63.6	27.1	2010	65+
Aruba	79.3	...	...	...	...	79.3	2013	60+
Bahamas	84.2	...	...	...	75.3	8.9	2011	65+
Barbados	68.3	...	...	...	33.2	35.1	2011	65+
Belice	64.6	...	...	...	32.0	32.6	2011	65+
Bolivia, Estado Plurinacional de	100.0	100.0	100.0	...	...	100.0	2013	60+ (Edad de admisibilidad para Renta Dignidad)

Cuadro B.9. Cobertura efectiva de la vejez: Beneficiarios de las pensiones de vejez. Proporciones de mujeres y hombres de edad (mayores de la edad legal de jubilación) que perciben una pensión de vejez, al último año disponible

Área principal, región o país	Proporción por sexo (%)			Proporción por tipo de régimen (contributivo o no), (%)			Año	Edad legal de jubilación (base de la población de referencia)
	Total	Hombres	Mujeres	No se dispone de distinción	Contributivo	No contributivo ¹		
Brasil	86.3	90.6	83.0	...	50.0	36.3	2009	65+ Hombres 60+ Mujeres
Chile	74.5	76.4	73.4	...	29.5	45.0	2012	65+ Hombres 60+ Mujeres
Colombia	23.0	28.3	18.4	...	13.9	9.1	2009	60+ Hombres 55+ Mujeres
Costa Rica	55.8	65.4	48.8	...	30.2	25.6	2010	65+ Hombres 62+ Mujeres
Dominica	38.5	...	...	...	38.5	...	2011	60+
República Dominicana	11.1	16.5	6.2	11.1	...	...	2009	65+ Hombres 60+ Mujeres
Ecuador	53.0	55.5	50.8	...	16.0	37.0	2011	60+
El Salvador	18.1	31.6	10.3	...	15.9	2.2	2009	60+ Hombres 55+ Mujeres
Granada	34.0	...	...	...	34.0	...	2010	60+
Guatemala	14.1	18.2	10.3	...	12.5	1.6	2006	60+
Guyana	100.0	100.0	100.0	...	4.6	100.0	2012	60+ (65+ para pensión no contributiva)
Haití	1.0	...	...	...	...	...	2001	60+
Honduras	8.4	13.8	5.8	...	8.4	...	2009	65+ Hombres 60+ Mujeres
Jamaica	55.5	...	...	...	36.1	19.4	2010	65+ Hombres 60+ Mujeres
México	25.2	34.6	17.2	...	3.0	22.2	2009	65+
Nicaragua	23.7	42.3	16.2	...	23.7	...	2011	60+
Panamá	37.3	49.4	28.9	37.7	...	...	2008	62+ Hombres 57+ Mujeres
Paraguay	22.2	24.9	20.0	...	4.3	17.9	2013	60+
Perú	33.2	41.4	26.1	...	21.9	11.3	2013	60+
Saint Kitts y Neves	44.7	51.6	39.7	...	36.4	8.3	2010	62+
Santa Lucía	26.5	10.3	8.3	...	26.5	...	2008	62+
San Vicente y las Granadinas	76.6	...	...	...	23.3	53.3	2012	60+
Trinidad y Tobago	98.7	...	...	...	50.7	47.7	2009	60+
Uruguay	76.5	74.6	77.7	...	66.9	9.6	2011	60+
Venezuela, República Bolivariana de	59.4	70.0	50.2	...	39.2	20.2	2012	60+ Hombres 55+ Mujeres
América del Norte								
Canadá	97.7	...	...	...	2.1	95.6	2011	65+
Estados Unidos	92.5	94.8	90.8	...	87.6	4.9	2011	65+

Notas

¹ Las diferencias con las proporciones indicadas en el cuadro B.7 podrían proceder de: diferencias en los años de referencia; diferencias en población o referencias entre la pensión no contributiva y la edad legal de jubilación considerada aquí como el criterio principal para definir a la población de referencia aplicada a todas las pensiones.

Fuente principal

OIT (Oficina Internacional del Trabajo): Encuesta de Seguridad Social de la OIT; Indicador: tasa de beneficiarios de pensiones de vejez de edad superior a la edad de jubilación. Disponible en: http://www.ilo.org/dyn/ilossi/ssiindic.viewMultiIndic3?p_lang=en&p_indicator_code=CR-1f%200A [6 de junio de 2014].

Otras fuentes

BAsD/ADB (Banco Asiático de Desarrollo): Base de datos del Índice de Protección Social. Disponible en: <http://spi.adb.org/spidmz/index.jsp> [6 de junio, 2014].

Barrientos, A; Nino-Zarazúa, M.; Maitrot, M. 2010. Base de datos de Asistencia Social en los Países en Desarrollo/Social Assistance in Developing Countries database (versión 5.0) (Manchester y Londres, Instituto Brooks para la Pobreza Mundial y el Instituto de Desarrollo de Ultramar). Disponible en: <http://www.chronicpoverty.org/publications/details/social-assistance-in-developing-countries-database> [6 de junio de 2014; en inglés].

CIS-STAT (Comité Interestatal Estadístico de la Comunidad de Estados Independientes): Base de Datos en Línea de Estadísticas de la CEI Disponible en: <http://www.cisstat.org/Obase/index-en.htm> [6 de junio de 2014].

Eurostat. Base de datos de beneficiarios de pensiones: Número de beneficiarios de pensiones por país y tipo de pensión. Se incluyen con la finalidad de que este indicador de beneficiarios de pensiones de vejez excluya a los beneficiarios de una pensión anticipada. Disponible en: http://appsso.eurostat.ec.europa.eu/nui/show.do?dataset=spr_pns_ben&lang=en [6 de mayo de 2014].

HelpAge International: Base de datos de pensiones sociales de HelpAge. Disponible en: <http://www.pension-watch.net/about-social-pensions/about-social-pensions/social-pensions-database/> [6 de junio de 2014].

Hirose, K. (editor). 2011. Pension reform in Central and Eastern Europe in times of crisis, austerity and beyond (Budapest, Oficina Regional de la OIT para Europa Central y Oriental).

Datos de pensiones del Banco Mundial. Disponible en: <http://web.worldbank.org/WBSITE/EXTERNAL/TOPICS/EXTSOCIALPROTECTION/EXTPENSIONS/0,,contentMDK:23231994-menuPK:8874064-pagePK:148956-piPK:216618-theSitePK:396253,00.html> [20 de abril, 2014].

Fuentes nacionales (véase más adelante) .

Additional notes by country**África**

Argelia. Con inclusión de la 'pensión de reversión' de vejez pero con exclusión de la pensión anticipada. Pensión no contributiva (datos para 2009): Evolution de la catégorie des personnes âgées bénéficiaires de l'AFS (périodes: 2004-2009). Población de referencia: edad mínima 60 años.

Angola. Número total de pensionistas. No hay un programa de asistencia social general destinado a los adultos mayores.

Burundi. Con inclusión de las pensiones de vejez, sobrevivientes y ascendientes para personas de 60 años y más.

Camerún. Los datos de los regímenes de pensiones públicas se estiman en base a los datos disponibles de los años precedentes.

Cabo Verde. Respecto de la pensión contributiva otorgada por el CNPS, la edad legal de jubilación es de 65 años para los hombres y de 60 años para las mujeres. Sin embargo, debido a que la edad mínima de acceso para la pensión no contributiva es 60 años tanto para los hombres como para las mujeres, la población de referencia para el denominador se ha fijado en 60 años. Los datos de los estudios (incluidos en el Anexo Estadístico) proporcionan cifras más bajas que las fuentes administrativas.

Congo. Incluye a pensionistas de sobrevivientes y pensionistas con invalidez por encima de la edad legal de jubilación de 60 años.

Côte d'Ivoire. Datos del CNPS (Caisse Nationale de Prévoyance Sociale) y del CGRAE (Caisse Générale de Retraite des Agents de l'Etat).

Gabón. El número se refiere a todas las pensiones, que da lugar a una posible sobreestimación de los pensionistas de vejez.

Oriente Medio, Asia Oriental y el Pacífico

Azerbaiyán. Edad mínima de acceso a la pensión de vejez no contributiva: 67 años para los hombres y 62 años para las mujeres. En aras de la coherencia, para el cálculo de la cobertura se considera la edad legal de jubilación (que es la edad mínima de acceso).

China. El indicador para China incluye a los beneficiarios de pensiones de vejez del nuevo plan de previsión social rural introducido en 2009 en todo el país. Esta nueva pensión consta de dos componentes: un componente de pensión básica financiado por los gobiernos local y central y un componente de cuenta personal basado en las cotizaciones de las personas afiliadas. En regiones relativamente pobres, el Gobierno central paga aproximadamente el 80% del costo del componente de la pensión básica y el Gobierno local asume el resto. El primer componente justifica su inclusión en este indicador, el cual se centra en las prestaciones monetarias periódicas para las personas de edad con el fin de asegurar su seguridad básica de ingresos.

Irán, República Islámica de. Se refiere a la organización de seguridad social y al fondo de jubilación del Estado.

Libano. Actualmente las personas de edad no cuentan con seguridad de los ingresos mediante las pensiones de vejez, solo un pago único de cuantía fija.

Malasia. Incluye el régimen gubernamental de pensiones, que es el único que proporciona prestaciones monetarias periódicas, y un régimen de asistencia social dirigido a los adultos mayores pobres que no cuentan con apoyo familiar.

Nueva Zelandia. Porcentaje por género estimado en base a la distribución de 2011.

Filipinas. La prestación de vejez, implementada en 2011, y el régimen de jubilación de veteranos, se consideran regímenes no contributivos.

Samoa. El Fondo Nacional de Previsión de Samoa ofrece la opción de una pensión por la jubilación total. Debido a que la mayoría de miembros del SNPF optan por el retiro total, habían sólo 445 pensionistas y 276 beneficiarios (es decir, el 3.7% de las personas de más de 55 años de edad) en 2011.

Sri Lanka. Este indicador se refiere a los regímenes obligatorios contributivos que proporcionan pensiones a personas mayores de la edad legal de jubilación (es decir, excluye al PSPS, que es un régimen no contributivo; a la EPF y a la FEF, que proporcionan pagos únicos de cuantía fija y los tres regímenes de seguridad social voluntarios –el Régimen de Pensiones y Prestaciones de Seguridad Social para Agricultores, el Régimen de Pensiones y Prestaciones de Seguridad Social para Pescadores, y el Régimen de Previsión Social y Prestaciones de Seguridad Social (inicialmente sólo para trabajadores por cuenta propia), los cuales son voluntarios y proporcionan o bien un pago único de cuantía fija o prestaciones periódicas (disponible en: <http://www.statistics.gov.lk/abstract2010/Pages/index.htm>, consultado en diciembre de 2013).

Tailandia. Estas proporciones se refieren solamente a los beneficiarios de las pensiones de vejez o invalidez. Como resultado, la referencia utilizada no es la edad legal de jubilación de 55 años sino la edad mínima de acceso a la pensión social de vejez (de 60 años en adelante).

Tonga. Sólo una minoría de afiliados opta por una pensión regular una vez alcanzada la edad de jubilación. En Septiembre de 2010, el Proyecto de Ley 2010 relativo al Régimen Nacional de Prestaciones de Jubilación (NRBS), fue aprobado por la Asamblea Legislativa, proporcionando un régimen de jubilación obligatorio similar para el sector privado y otras organizaciones. Aún no se dispone de datos estadísticos.

Vanuatu. Principalmente jubilaciones.

Europa

Albania. Incluye pensiones de vejez, incluidas las pensiones de veteranos de guerra, por méritos especiales y complementarias. Tasa por encima de la edad legal de jubilación.

América Latina y el Caribe

Brasil. Rango de edades utilizado para los indicadores: más de 65 años para hombres y mujeres a pesar de la edad legal de jubilación de 60 años para las mujeres.

Colombia. Rango de edades utilizado para el indicador: más de 65 años.

Costa Rica. La edad normal de jubilación es de 65 años con al menos 300 meses de cotizaciones. La edad de 65 años se utiliza como base para definir a la población de referencia para este indicador.

República Dominicana. Rango de edades utilizado para el indicador: más de 65 años.

Nicaragua. La edad normal de jubilación de 60 años se utiliza como base para definir a la población de referencia para este indicador.

Panamá. La edad normal de jubilación de 62 años para los hombres o 57 para las mujeres se utiliza como base para definir a la población de referencia para este indicador.

Uruguay. Proporción calculada para personas de más de 60 años. Para las personas de más de 65 años dicha proporción alcanza el 85.9%

América del Norte

Estados Unidos. Jubilación (incluye el Seguro de Vejez y Sobrevivientes (OAS); todos los beneficiarios de más de 65 años. Incluye a beneficiarios en el extranjero.

Conceptos, definiciones y guías de interpretación disponibles en: <http://www.social-protection.org/gimi/gess/RessourceDownload.action?ressource.ressourceId=37897>

Cuadro B.10 Gasto total de atención de salud (público y privado) no financiado con pagos directos de los hogares particulares (porcentaje)

Área principal, región o país	2011	2010	2009	2008	2007	2006	2005	2000	1995
África									
<i>África Septentrional</i>									
Argelia	81.8	80.9	80.3	80.6	78.5	75.7	73.6	74.2	76.1
Egipto	41.8	40.6	42.9	43.5	42.5	44.9	40.5	42.0	52.0
Libia	68.8	70.0	68.8	67.6	66.4	65.1	65.4	50.8	49.6
Marruecos	42.0	42.8	43.7	43.0	42.7	42.0	40.2	45.9	47.3
Sudán	30.0	30.5	32.4	35.9	36.7	37.7	40.0	33.6	19.4
Túnez	60.5	59.8	60.7	60.1	58.6	59.2	59.2	63.9	59.6
<i>África Subsahariana</i>									
Angola	72.7	72.4	83.4	80.3	73.1	77.3	66.9	73.7	78.1
Benin	57.4	55.5	57.5	55.3	53.8	52.8	52.3	44.3	45.1
Botswana	95.4	95.5	95.4	96.1	97.0	95.8	95.3	86.1	82.2
Burkina Faso	63.4	67.1	62.6	61.9	62.8	60.6	61.9	43.1	42.3
Burundi	57.9	59.5	57.8	58.7	62.3	53.3	52.0	48.4	49.5
Camerún	34.9	33.5	30.0	24.4	26.7	27.2	27.8	25.3	28.1
Cabo Verde	76.6	77.3	77.8	77.9	78.4	78.6	76.4	74.5	81.6
República Centroafricana	55.7	54.9	51.6	60.2	57.5	53.0	53.8	53.7	46.2
Chad	29.5	27.5	22.4	24.2	25.8	34.4	43.1	44.7	37.0
Comoras	57.8	57.2	42.6	57.4	55.0	53.4	50.5	42.1	61.7
Congo	68.7	62.8	51.9	60.2	61.5	63.4	59.7	58.0	59.9
Congo, República Democrática del	60.3	55.9	62.5	60.8	49.7	45.5	43.5	26.4	31.5
Côte d'Ivoire	35.7	31.2	32.7	30.6	29.0	20.7	21.5	27.7	23.8
Djibouti	68.4	68.8	69.0	68.3	69.5	67.1	68.8	68.3	60.7
Guinea Ecuatorial	68.4	59.4	67.6	59.3	74.4	72.0	64.0	51.2	57.0
Eritrea	48.8	45.2	44.6	56.9	45.3	45.6	38.8	39.1	47.9
Etiopía	65.8	64.1	62.9	61.5	65.2	63.9	68.5	63.2	50.7
Gabón	53.4	51.8	46.6	43.7	43.9	42.7	42.3	42.0	37.9
Gambia	80.5	80.0	79.7	76.5	76.8	80.3	79.0	64.6	63.5
Ghana	68.6	71.8	71.0	71.6	74.7	71.3	78.6	67.0	73.0
Guinea	31.9	37.4	28.1	22.6	18.6	17.7	18.4	19.8	20.9
Guinea-Bissau	58.7	60.4	57.9	52.6	55.3	52.1	53.9	51.0	55.8
Kenya	54.1	54.2	56.3	53.7	55.9	56.9	55.4	56.8	57.9
Lesotho	84.4	82.4	80.3	78.2	76.6	71.5	67.3	64.6	57.9
Liberia	78.9	75.4	76.9	65.0	62.0	57.1	58.3	62.0	...
Madagascar	74.8	71.6	73.2	75.1	77.1	78.5	79.4	82.3	75.3
Malawi	85.5	85.3	86.3	86.8	83.6	91.2	91.2	78.1	70.6
Malí	45.7	43.8	46.4	46.9	48.6	48.5	48.3	33.5	52.3
Mauritania	62.7	67.8	64.8	54.2	60.2	64.3	64.8	68.4	61.3
Mauricio	47.0	50.0	45.1	41.3	43.5	49.9	56.0	64.2	66.4
Mozambique	90.4	87.8	89.0	93.8	91.9	89.7	89.8	87.8	86.9
Namibia	90.6	90.7	91.1	91.9	91.5	96.8	96.3	94.4	93.7
Níger	62.4	57.3	58.0	58.5	53.9	56.3	52.4	55.3	51.6
Nigeria	39.6	34.6	34.3	40.0	36.5	35.9	32.1	38.3	28.8
Rwanda	78.9	77.7	77.0	76.4	76.4	77.8	83.6	75.2	73.7
Santo Tomé y Príncipe	43.1	43.2	47.5	37.3	45.3	47.4	65.4	56.7	54.5

Cuadro B.10 Gasto total de atención de salud (público y privado) no financiado con pagos directos de los hogares particulares (porcentaje)

Área principal, región o país	2011	2010	2009	2008	2007	2006	2005	2000	1995
Senegal	67.1	66.1	65.3	63.8	65.2	66.7	65.9	42.1	35.8
Seychelles	94.6	94.5	95.0	94.8	94.4	94.7	93.4	82.9	85.3
Sierra Leona	23.4	22.6	27.9	14.5	15.0	20.8	26.0	25.3	19.5
Somalia	...	...	...	...	...	...	...	44.8	43.5
Sudáfrica	92.8	92.6	92.2	91.5	90.6	81.9	81.6	87.0	86.0
Sudán del Sur	44.6	34.8	29.5	32.4	...	...	...	...	...
Swazilandia	86.6	85.7	85.9	86.7	86.4	86.0	86.3	81.5	86.5
Tanzania, República Unida de	67.5	68.1	85.4	84.5	85.1	77.7	62.7	52.7	52.2
Togo	59.6	54.3	54.0	47.0	43.5	45.1	39.9	36.9	43.0
Uganda	52.2	50.1	48.7	46.8	46.7	48.3	51.2	58.5	49.6
Zambia	74.7	73.3	69.8	68.2	67.3	73.6	72.6	60.8	65.0
Zimbabue	...	...	...	...	...	...	...	77.4	83.5
Asia y el Oriente Medio									
<i>Asia</i>									
Afganistán	20.6	27.2	27.1	24.6	16.2	17.7	14.6	...	...
Armenia	42.6	44.9	47.5	48.2	45.1	42.3	33.4	22.9	34.1
Azerbaiyán	29.9	30.8	31.5	28.3	27.4	21.6	17.6	36.7	33.6
Bangladesh	38.7	38.7	38.7	37.9	36.7	38.8	37.4	42.0	38.7
Bután	84.6	85.4	85.5	86.5	85.3	78.3	74.9	79.3	69.2
Brunei Darussalam	85.2	85.6	85.3	86.2	84.7	84.2	84.3	86.7	78.1
Camboya	43.1	40.8	38.9	38.0	45.6	43.0	39.7	28.9	31.3
China	65.2	64.7	62.5	59.6	55.9	50.7	47.8	41.0	53.6
Georgia	35.1	30.9	33.5	35.8	29.2	27.8	23.2	17.5	5.2
India	40.2	38.2	37.3	35.8	33.9	31.8	29.7	32.0	32.4
Indonesia	50.1	51.6	51.6	51.6	51.5	48.3	46.1	53.5	53.4
Japón	83.6	83.8	84.0	84.2	83.9	83.0	84.6	84.6	86.0
Kazajistán	58.5	59.6	59.7	59.0	52.8	59.0	62.5	51.5	64.5
Kiribati	98.7	98.8	...	...	...	...	...	...	...
República Popular Democrática de Corea									
Corea, República de	67.1	67.9	67.6	65.8	65.3	64.3	62.1	58.5	48.1
Kirguistán	65.6	61.3	60.8	57.7	54.9	51.9	44.0	50.2	60.8
República Democrática Popular Lao	60.3	58.2	69.9	42.9	43.6	45.7	37.7	40.4	64.2
Malasia	64.6	66.8	68.3	64.7	63.6	63.8	61.2	65.7	66.8
Maldivas	50.9	71.9	80.1	79.1	73.5	72.1	70.0	76.7	84.9
Mongolia	60.3	60.0	59.0	60.8	58.9	55.9	53.3	88.1	88.4
Myanmar	19.0	18.5	17.8	14.9	15.7	18.4	9.4	13.8	19.0
Nepal	45.2	43.5	47.0	44.7	42.2	54.0	51.1	31.2	30.4
Pakistán	36.8	36.8	34.5	35.3	37.9	43.6	40.5	36.8	27.8
Filipinas	44.1	46.4	45.5	42.6	44.8	47.7	50.8	59.5	50.0
Singapur	39.6	39.8	39.2	35.7	33.9	33.5	33.8	47.3	51.1
Sri Lanka	54.1	55.4	57.4	57.4	58.5	57.5	55.6	58.3	54.3
Taiwán, China									
Tayikistán	39.9	33.5	32.2	27.7	27.0	25.4	26.3	21.2	41.9
Tailandia	86.5	86.1	84.9	85.5	85.5	82.6	72.8	66.3	57.4

Cuadro B.10 Gasto total de atención de salud (público y privado) no financiado con pagos directos de los hogares particulares (porcentaje)

Área principal, región o país	2011	2010	2009	2008	2007	2006	2005	2000	1995
Timor Oriental	96.0	96.4	97.1	97.4	97.5	97.9	98.1	97.1	...
Turquía	83.9	83.8	84.0	82.6	78.2	78.0	77.2	72.4	70.3
Turkmenistán	60.8	60.4	55.9	51.1	65.8	70.5	68.4	81.8	60.5
Uzbekistán	56.1	53.9	52.0	51.0	46.9	49.2	52.0	45.7	55.9
Viet Nam	43.9	41.5	43.1	39.1	44.3	37.9	32.4	34.0	37.1
Oriente Medio									
Bahrein	85.1	85.7	82.7	82.8	80.8	79.2	78.3	77.7	78.4
Irán, República Islámica del	41.5	42.0	40.6	46.4	48.3	49.7	45.1	43.8	46.4
Iraq	81.7	81.2	78.1	74.6	69.5	63.8	67.3	1.1	...
Israel	78.6	79.6	79.2	80.0	79.7	76.8	74.1	83.0	73.7
Jordania	75.3	75.2	77.4	68.1	64.1	60.0	59.2	61.0	75.6
Kuwait	83.9	82.2	86.8	80.3	80.7	82.8	81.7	77.6	83.0
Líbano	43.5	44.6	55.3	57.3	54.7	56.4	60.6	47.6	44.7
Omán	88.6	88.4	87.7	86.5	88.0	88.4	89.4	88.3	89.9
Qatar	86.4	84.0	84.2	84.0	84.1	84.1	84.2	72.3	65.4
Arabia Saudita	81.7	80.0	78.4	79.8	82.8	84.2	83.5	81.5	65.8
República Árabe Siria	49.0	46.0	46.0	46.5	49.1	48.5	50.5	40.4	39.7
Emiratos Árabes Unidos	83.8	82.9	84.6	75.0	70.4	70.2	69.9	83.9	85.1
Yemen	21.9	22.1	24.6	32.0	30.8	36.7	35.2	56.3	34.5
Europa									
Europa Occidental									
Andorra	80.4	80.4	77.9	77.7	77.7	78.5	77.8	73.4	73.3
Austria	83.7	84.1	84.1	84.0	83.5	83.4	83.2	84.9	84.9
Bélgica	80.9	80.6	81.1	79.7	79.1	79.5	81.4	78.7	80.4
Chipre	50.6	50.6	50.5	50.3	52.2	53.4	53.0	44.1	36.7
Dinamarca	86.8	86.8	86.8	86.5	86.1	86.2	86.0	85.3	83.7
Finlandia	80.8	80.8	81.5	80.9	80.7	80.9	81.5	77.7	77.3
Francia	92.5	92.6	92.6	92.4	93.0	93.4	93.4	92.9	92.4
Alemania	87.6	88.1	88.2	87.9	87.6	87.5	87.8	89.6	90.0
Grecia	70.2	71.9	72.8	69.2	68.0	64.8	62.7	62.2	54.1
Islandia	81.8	81.8	83.4	84.0	84.0	83.4	82.8	81.5	84.4
Irlanda	85.5	84.8	87.7	85.6	86.1	85.6	85.9	91.8	89.3
Italia	80.1	80.4	80.3	80.3	79.9	80.1	79.5	75.5	73.4
Luxemburgo	88.6	88.6	88.4	87.6	87.8	88.5	88.4	88.2	93.8
Malta	66.1	66.6	67.5	67.0	68.9	70.4	71.1	73.4	68.9
Mónaco	93.0	93.0	93.0	93.0	93.0	93.0	93.0	93.0	93.0
Países Bajos	94.9	94.9	94.7	93.8	94.0	94.4	92.9	91.0	90.4
Noruega	86.4	86.3	85.4	85.2	85.0	84.6	84.3	83.3	82.2
Portugal	72.7	74.0	74.1	73.1	74.5	74.9	76.1	75.7	76.1
San Marino	85.3	85.3	84.0	85.7	86.1	86.0	86.4	89.4	89.9
España	79.9	80.3	80.9	79.8	79.6	78.9	77.9	76.4	76.5
Suecia	83.1	83.2	83.6	83.6	83.5	83.4	83.3	86.2	86.7
Suiza	75.0	74.9	75.3	75.2	69.4	69.2	69.4	67.0	66.9
Reino Unido	90.8	91.1	90.9	90.8	89.9	90.1	90.2	88.6	89.1

Cuadro B.10 Gasto total de atención de salud (público y privado) no financiado con pagos directos de los hogares particulares (porcentaje)

Área principal, región o país	2011	2010	2009	2008	2007	2006	2005	2000	1995
Europa Central y Oriental									
Albania	44.5	42.3	45.0	47.1	47.5	48.5	47.4	36.2	49.5
Belarús	73.3	80.2	73.1	72.5	76.4	77.8	80.1	86.0	81.4
Bosnia y Herzegovina	68.7	68.6	68.8	67.7	63.7	60.1	57.3	57.6	47.1
Bulgaria	56.8	57.1	56.6	59.6	59.4	58.2	62.1	60.9	74.0
Croacia	85.4	85.4	85.5	85.5	87.6	86.6	86.6	86.1	86.5
República Checa	84.9	85.1	85.6	84.3	86.8	88.7	89.3	90.3	90.9
Estonia	81.4	82.2	83.5	81.8	78.9	75.0	79.6	79.9	89.8
Hungría	73.8	73.8	74.7	74.3	74.6	75.8	75.0	73.7	84.0
Letonia	60.4	62.7	64.7	66.3	65.1	67.6	59.4	55.9	66.3
Lituania	72.1	73.6	73.5	73.0	73.4	70.0	68.3	73.9	77.6
Moldova, República de	55.1	55.1	56.3	54.9	54.3	53.9	55.3	57.1	72.6
Montenegro	70.0	69.5	73.9	73.1	72.0	70.9	72.0	71.8	70.0
Polonia	77.1	77.9	77.3	77.2	75.4	74.4	73.9	70.0	72.9
Rumania	80.6	80.8	79.4	82.4	82.7	80.2	81.5	81.2	74.5
Federación de Rusia	64.6	63.7	72.8	72.7	70.3	70.0	68.7	70.0	83.1
Serbia	63.8	63.6	64.8	64.9	65.2	67.1	70.1	74.7	75.3
Eslovaquia	73.8	74.3	74.7	75.1	74.0	74.6	77.4	90.5	88.5
Eslovenia	87.0	87.1	87.6	87.9	86.8	88.2	87.4	88.5	88.8
ex República Yugoslava de Macedonia	61.7	62.2	65.2	67.3	64.5	65.2	62.0	57.8	58.7
Ucrania	58.5	59.5	58.0	60.6	65.3	63.7	62.5	55.9	64.2
América Latina y el Caribe									
Antigua y Barbuda	71.8	74.1	71.5	72.7	72.7	72.1	70.8	73.1	70.8
Argentina	78.1	78.6	79.9	77.4	74.3	70.9	70.1	71.0	72.0
Bahamas	71.1	71.2	71.6	70.8	70.3	72.7	70.5	79.1	75.9
Barbados	71.0	71.8	66.6	72.2	71.0	71.4	71.3	73.6	75.7
Belice	76.6	76.4	76.1	74.3	72.8	70.8	68.1	61.3	69.9
Bolivia, Estado Plurinacional de	74.2	73.7	73.2	73.2	76.8	78.8	73.7	67.4	72.2
Brasil	68.7	69.4	67.7	67.9	66.0	64.0	62.4	62.0	61.3
Chile	62.8	63.5	64.2	60.5	60.6	60.1	59.3	63.5	61.2
Colombia	83.0	82.8	80.7	75.5	71.7	76.1	78.2	87.8	61.9
Costa Rica	77.0	76.0	75.3	72.9	71.3	73.1	75.2	81.2	79.4
Cuba	94.7	95.2	95.8	95.4	94.9	92.3	92.0	90.8	90.2
Dominica	78.2	76.8	71.6	68.2	68.8	71.0	68.7	72.4	72.0
República Dominicana	60.0	61.0	59.6	61.6	58.2	56.8	52.6	52.9	43.0
Ecuador	48.0	48.8	47.9	45.7	47.1	45.0	37.7	41.4	67.4
El Salvador	67.7	66.2	65.1	64.0	63.6	66.2	56.6	48.2	39.3
Granada	49.3	46.3	50.3	46.3	48.6	51.1	49.1	52.0	43.5
Guatemala	46.6	47.1	48.5	46.8	45.6	44.8	46.0	46.5	40.8
Guyana	82.0	82.1	85.1	83.8	74.3	77.7	84.4	86.9	83.7
Haití	95.2	76.1	63.3	56.1	58.9	58.4	42.5	49.6	54.5
Honduras	52.1	52.7	54.3	47.3	49.0	48.6	52.1	56.5	58.5
Jamaica	67.1	69.0	68.8	67.0	66.0	71.1	67.4	69.2	70.6
México	53.5	52.9	52.2	50.8	49.1	48.7	48.3	49.1	43.8
Nicaragua	57.8	60.4	60.4	58.0	58.0	58.0	60.1	57.4	64.9

Cuadro B.10 Gasto total de atención de salud (público y privado) no financiado con pagos directos de los hogares particulares (porcentaje)

Área principal, región o país	2011	2010	2009	2008	2007	2006	2005	2000	1995
Panamá	72.9	75.0	78.6	74.2	70.3	73.7	75.4	74.1	73.1
Paraguay	43.9	39.9	48.5	48.9	46.4	48.4	46.1	47.9	42.1
Perú	62.5	62.9	64.2	67.4	64.6	64.1	67.8	66.4	61.7
Saint Kitts y Neves	58.6	58.3	51.8	51.6	55.6	60.0	57.0	62.7	61.4
Santa Lucía	47.1	55.1	55.6	49.0	45.3	50.9	47.8	53.5	65.2
San Vicente y las Granadinas	81.7	82.0	84.4	84.0	82.1	82.0	80.9	82.3	84.8
Suriname	89.0	88.6	89.0	87.5	88.6	88.5	85.2	79.5	90.6
Trinidad y Tobago	60.8	64.5	56.8	58.3	58.5	62.1	61.0	50.8	54.3
Uruguay	86.9	86.3	85.7	87.8	86.4	85.4	84.1	85.8	86.9
Venezuela, Republica Bolivariana de	42.6	44.4	49.0	47.8	50.6	48.7	49.3	46.8	49.4
América del Norte									
Canadá	85.6	85.8	85.8	85.4	85.3	85.0	85.4	84.1	84.0
Estados Unidos	88.7	88.2	88.0	87.5	87.3	87.2	86.8	85.5	85.4
Oceanía									
Australia	80.2	81.3	81.4	81.9	82.0	81.3	81.4	80.2	83.9
Islas Cook	92.5	92.9	92.8	92.0	92.1	92.9	94.3	90.5	91.3
Fiji	79.0	80.4	78.2	84.5	84.6	86.3	88.2	90.2	87.6
Islas Marshall	87.4	87.9	88.3	88.2	87.6	87.6	87.0	90.9	87.1
Micronesia	91.0	91.6	90.9	90.6	93.3	92.8	93.6	93.9	95.2
Nauru	92.2	92.1	92.5	95.6	96.1	94.4	93.9	96.8	96.2
Nueva Zelandia	89.5	89.5	89.4	88.8	88.5	86.2	85.9	84.6	83.8
Niue	99.2	99.2	99.3	99.2	99.2	99.2	99.0	98.5	98.4
Palau	88.4	89.1	87.9	88.7	89.3	88.3	87.5	85.6	77.9
Papua Nueva Guinea	88.3	86.2	84.6	88.0	87.8	86.4	86.9	89.8	93.6
Islas Salomón	97.0	96.5	96.9	95.9	96.2	96.1	96.6	96.8	96.0
Tonga	88.9	87.3	85.9	89.8	89.8	91.9	92.0	77.1	72.6
Tuvalu	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Vanuatu	93.1	94.4	94.4	94.5	93.8	88.0	80.6	83.3	80.9
Samoa Occidental	92.8	92.1	90.9	91.2	91.0	90.6	87.2	81.0	75.4

Fuentes

Este indicador se calcula utilizando las estimaciones de las cuentas nacionales de salud disponibles en:

OMS (Organización Mundial de la Salud): Cuentas Nacionales de Salud (base de datos sobre el Gasto Mundial en Salud) Disponible en: <http://apps.who.int/nha/database> [6 de junio de 2014].

Para obtener mayor información sobre cómo estimar los gastos directos, véase http://www.who.int/entity/nha/methods/estimating_OOPs_ravi_final.pdf?ua=1

Notas

... No está disponible.

Definiciones

Los desembolsos directos de los hogares particulares, incluyendo las gratificaciones y los pagos en especie, son los pagos directos realizados al personal de salud y proveedores de productos farmacéuticos, dispositivos terapéuticos y otros bienes y servicios, cuya finalidad principal es contribuir

a la restauración o la mejora del estado de salud de las personas o grupos poblacionales. Incluye los pagos de los hogares a las instituciones de servicios públicos, las instituciones sin ánimo de lucro y las organizaciones no gubernamentales. Además incluye los costos compartidos no reembolsables, deducibles, copagos y cargos por servicios, pero excluye los pagos realizados por las empresas que proporcionan prestaciones médicas y paramédicas, lo exija o no la ley, a sus empleados. Excluye los pagos para el tratamiento en el extranjero.

Gasto total de atención de salud (público y privado) no financiado con pagos directos de los hogares particulares

El nivel efectivo de protección financiera que los sistemas de protección de la salud proporcionan a la población se mide aquí mediante un indicador indirecto expresado como porcentaje del gasto total en la atención de la salud (público y privado) en el país no financiado con los pagos directos de los hogares particulares. El indicador indirecto o proxy es más o menos equivalente al porcentaje del gasto total en atención de salud (público y privado) del país financiado o bien por el Gobierno general o por los empleadores u ONGs mediante seguros privados prepagados.

Cuadro B.11 Las dimensiones múltiples de la cobertura de salud

Área principal, región o país	Alcance de la cobertura	Recursos financieros: Composición, niveles y tendencias (2011)								Recursos humanos (e indicadores de acceso)		Niños nacidos vivos atendidos por personal de salud especializado		Tasa de mortalidad materna (2010)			
		Estimación de la cobertura de salud como porcentaje de la población total ^{1,6}	Año	Porcentaje del gasto de salud no financiado con pagos directos ^{2,3,7} (US\$) ⁸	Gasto de salud per cápita no financiado con pagos directos de los hogares particulares (US\$) ⁹	Tendencias del gasto público en salud (USD constantes per cápita)		Tendencias en los gastos directos (USD constantes per cápita)		Brecha de cobertura debido al déficit de recursos financieros (valor de referencia: valor medio para el grupo de baja vulnerabilidad, 239 USD) ^{3,10}	Brecha de cobertura a causa del déficit de personal profesional de salud (valor de referencia de la OMS: 23) ^{3,8,9}	Brecha de cobertura a causa del déficit de personal profesional de salud (valor de referencia relativo: 41,1) ^{3,8,13}	% de niños nacidos vivos atendidos por personal de salud especializado ¹⁴	Año	Tasa de mortalidad materna (estimación modelada, por cada 10,000 nacidos vivos) ⁵		
África	24.7	57.1	73.6	30.5	36.0	23.2	24.5	50.6	78.0	66.5	52.3	53.5	2009	42.9			
América Latina y el Caribe	81.7	64.4	531.8	180.8	215.1	145.2	145.8	1.2	9.2	18.0	5.2	93.2	2009	7.5			
América del Norte	85.6	88.4	7357.2	3120.8	3415.6	861.6	828.5	0.0	0.0	0.0	0.0	99.3	2009	2.0			
Europa Occidental	99.7	86.2	3918.0	2597.0	2747.0	472.6	480.3	0.0	0.0	0.0	0.0	98.9	2009	0.7			
Europa Central y Oriental	91.6	67.6	496.7	258.8	287.7	99.3	127.2	0.0	7.2	0.3	0.0	99.5	2009	2.5			
Asia y el Pacífico	58.0	53.4	263.5	126.7	172.9	53.3	66.6	31.2	56.5	44.2	19.6	77.6	2009	12.5			
Oriente Medio	72.9	57.2	357.5	173.7	183.6	89.5	86.8	10.4	31.4	40.6	12.0	90.2	2009	5.2			
En el mundo ¹²	61.1	59.2	851.4	422.0	479.7	125.8	133.9	26.7	47.4	38.4	20.0	78.8	2009	14.8			
África																	
Argelia	85.2	2005	81.8	183.9	86.2	109.4	6.1	24.0	24.7	0.8	0.0	23.1	0.0	32.5	95.2	2009	9.7
Angola	0.0	2005	72.7	135.4	52.8	57.5	2.2	21.7	25.5	4.1	0.0	43.4	32.0	62.0	49.4	2009	45.0
Benin	9.0	2009	57.4	21.1	13.5	14.5	1.9	12.3	11.6	-1.3	72.5	91.2	66.8	81.4	84.1	2012	35.0
Botswana	...	...	95.0	410.4	411.2	220.8	-14.4	14.8	16.2	2.2	0.0	0.0	0.0	32.0	99.1	2010	16.0
Burkina Faso	1.0	2010	63.4	23.6	16.1	13.3	-4.6	9.9	9.7	-0.6	57.4	90.1	75.3	86.2	67.1	2010	30.0
Burundi	28.4	2009	56.4	13.2	6.0	4.9	-4.9	6.0	5.9	-0.2	78.3	94.5	93.2	96.2	60.3	2010	80.0
Camerún	2.0	2009	34.9	23.8	10.3	16.7	12.9	33.6	34.9	1.0	66.0	90.0	82.0	89.9	63.6	2011	69.0
Cabo Verde	65.0	...	76.6	121.1	92.7	88.3	-1.2	26.0	27.5	1.5	0.0	49.3	62.7	79.1	75.6	2009	7.9
República Centroafricana	6.0	...	56.6	10.4	8.1	7.0	-3.3	6.4	6.1	-1.2	88.4	95.7	87.5	93.0	53.8	2010	89.0

Cuadro B.11 Las dimensiones múltiples de la cobertura de salud

Área principal, región o país	Alcance de la cobertura		Recursos financieros: Composición, niveles y tendencias (2011)							Recursos humanos (e indicadores de acceso)				Niños nacidos vivos atendidos por personal de salud especializado	Tasa de mortalidad materna (2010)		
			Tendencias del gasto público en salud (USD constantes per cápita)			Tendencias en los gastos directos (USD constantes per cápita)				Brecha de cobertura a causa del déficit de personal profesional de salud: (valor de referencia relativo: 41.1) ^{3,8,13}	Brecha de cobertura a causa del déficit de personal profesional de salud (valor de referencia de la OMS: 23) ^{3,8,9}	% de niños nacidos vivos atendidos por personal de salud especializado ^{2,4}	Tasa de mortalidad materna (estimación modelada, por cada 10,000 nacidos vivos) ⁵				
Estimación de la cobertura de salud como porcentaje de la población total ^{1,6}	Año	Porcentaje del gasto de salud no financiado con pagos directos ^{7,8,9}	Gasto de salud per cápita no financiado con pagos directos de los hogares particulares (US\$) ⁸	Gasto público en salud en USD constantes (2007) ²	Gasto público en salud en USD constantes (2011) ²	Tendencias en el gasto público de salud per cápita (USD constantes per cápita | 2007–11: % cambio promedio anual) ³	Gastos directos en USD constantes (2007) ²	Gastos directos en USD constantes (2011) ²	Tendencias en el gasto directo en salud per cápita (USD constantes per cápita | 2007–11: % cambio promedio anual) ³					Brecha de cobertura debido al déficit de recursos financieros (valor de referencia: valor medio para el grupo de baja vulnerabilidad, 239 USD) ^{3,10}	Brecha de cobertura debido al déficit de recursos financieros (valor de referencia: Meta de 60 USD en 2015 para los países de bajos ingresos) ^{3,9,10}	Año	
Chad	...	...	29.5	10.4	5.0	5.4	2.0	16.0	14.1	-3.1	85.8	95.7	92.1	95.6	16.6	2010	110.0
Comoras	5.0	...	57.8	24.6	16.2	17.0	1.3	13.2	12.4	-1.5	63.0	89.7	57.4	76.2	62.0	2000	28.0
Congo	...	...	68.5	59.8	26.4	33.0	5.8	16.7	15.3	-2.1	44.0	75.0	61.0	78.2	93.6	2012	56.0
República Democrática del Congo	10.0	2010	56.5	11.1	2.6	4.3	13.1	3.9	4.5	3.7	82.9	95.3	77.1	87.2	80.4	2010	54.0
Côte d'Ivoire	1.2	2008	35.7	28.4	11.5	15.2	7.2	36.8	36.8	-0.0	77.5	88.1	73.8	85.3	59.4	2012	40.0
Djibouti	30.0	2006	68.4	71.9	49.7	54.2	2.2	21.9	25.2	3.6	0.0	69.9	57.0	75.9	78.4	2006	20.0
Egipto	51.1	2008	41.8	57.1	28.3	30.6	2.0	39.4	44.0	2.8	20.4	76.1	0.0	0.0	78.9	2008	6.6
Guinea Ecuatorial	...	...	68.4	845.5	211.7	496.9	23.8	77.6	237.1	32.2	0.0	0.0	75.0	86.0	65.0	2000	24.0
Eritrea	5.0	2011	48.8	6.8	3.4	3.0	-3.4	4.1	3.1	-6.7	90.4	97.2	80.7	89.2	28.0	2002	24.0
Etiopía	5.0	2011	66.2	11.0	5.3	6.8	6.6	3.2	4.1	5.9	83.3	95.4	88.8	93.7	10.0	2011	35.0
Gabón	57.6	2011	53.4	191.5	82.0	105.6	6.5	104.9	92.0	-3.2	0.0	19.9	0.0	0.0	87.0	2000	23.0
Gambia	99.9	2011	77.7	21.3	8.5	12.4	9.9	3.8	4.0	1.6	67.0	91.1	61.5	78.5	56.1	2010	36.0
Ghana	73.9	2010	70.9	53.2	20.1	18.1	-2.5	8.1	10.6	6.8	18.4	77.7	53.7	74.1	54.7	2008	35.0
Guinea	0.2	2010	32.6	9.7	3.6	...	...	16.4	...	...	95.5	95.9	94.9	97.2	46.1	2007	61.0
Guinea-Bissau	1.6	2011	58.7	21.8	5.9	...	...	11.8	...	...	73.7	90.9	69.5	83.0	44.0	2010	79.0
Kenya	39.4	2009	53.6	19.4	10.7	10.3	-1.0	11.1	11.8	1.5	64.7	91.9	59.2	77.2	43.8	2009	36.0
Lesotho	17.6	2009	82.1	115.9	39.7	75.9	17.5	14.1	15.2	2.0	0.0	51.5	74.3	85.6	61.5	2009	62.0
Liberia	...	...	82.3	45.2	5.5	11.8	21.1	7.7	8.4	2.2	68.7	81.1	89.3	94.0	46.3	2007	77.0
Libia	100.0	2004	68.8	273.7	135.9	170.4	5.8	68.9	77.3	2.9	0.0	0.0	0.0	0.0	98.3	2007	5.8

Cuadro B.11 Las dimensiones múltiples de la cobertura de salud

Área principal, región o país	Alcance de la cobertura	Recursos financieros: Composición, niveles y tendencias (2011)									Recursos humanos (e indicadores de acceso)		Niños nacidos vivos atendidos por personal de salud especializado		Tasa de mortalidad materna (2010)		
		Estimación de la cobertura de salud como porcentaje de la población total ¹⁶	Año	Porcentaje del gasto de salud no financiado con pagos directos ^{20,21}	Gasto de salud per cápita no financiado con pagos directos de los hogares particulares (US\$) ²	Tendencias del gasto público en salud (USD constantes per cápita)			Tendencias en los gastos directos (USD constantes per cápita)			Brecha de cobertura a causa del déficit de personal profesional de salud: (valor de referencia relativo: 41.1) ^{3,8,13}	Brecha de cobertura a causa del déficit de personal profesional de salud (valor de referencia de la OMS: 23) ^{3,8,9}	Año	Tasa de mortalidad materna (estimación modelada, por cada 10,000 nacidos vivos) ³		
Gasto público en salud en USD constantes (2007) ²	Gasto público en salud en USD constantes (2011) ²					Tendencias en el gasto público de salud per cápita (USD constantes per cápita | 2007-11; % cambio promedio anual) ³	Gastos directos en USD constantes (2007) ²	Gastos directos en USD constantes (2011) ²	Tendencias en el gasto directo en salud per cápita (USD constantes per cápita | 2007-11; % cambio promedio anual) ³	Brecha de cobertura debido al déficit de recursos financieros (valor de referencia: valor medio para el grupo de baja vulnerabilidad, 239 USD) ^{3,10}	Brecha de cobertura debido al déficit de recursos financieros (valor de referencia: Meta de 60 USD en 2015 para los países de bajos ingresos) ^{3,9,10}						
Madagascar	3.7	2009	74.8	14.2	8.1	7.1	-3.1	2.8	2.9	0.4	80.6	94.1	82.8	90.4	43.9	2009	24.0
Malawi	...	...	85.8	26.5	10.0	16.3	13.0	2.5	3.2	7.0	61.5	88.9	86.1	92.2	71.4	2010	46.0
Mali	1.9	2008	45.7	20.4	14.5	13.6	-1.5	15.4	16.3	1.4	75.0	91.5	76.6	86.9	49.0	2006	54.0
Mauritania	6.0	2009	62.7	36.2	16.5	19.1	3.7	11.3	11.8	0.9	60.1	84.9	68.5	82.4	57.1	2007	51.0
Mauricio	100.0	2010	47.0	239.5	101.5	153.4	10.9	158.8	202.2	6.2	0.0	0.0	0.0	0.0	99.5	2010	6.0
Marruecos	42.3	2007	42.0	78.1	39.9	51.0	6.3	66.4	86.2	6.7	0.0	67.3	32.7	62.3	73.6	2011	10.0
Mozambique	4.0	2011	91.0	32.0	12.1	11.5	-1.4	1.7	2.7	12.6	69.8	86.6	86.8	92.6	54.3	2011	49.0
Namibia	28.0	2007	92.3	261.2	143.4	120.3	-4.3	22.4	24.0	1.7	0.0	0.0	0.0	29.7	81.4	2007	20.0
Níger	3.1	2003	62.4	12.6	7.1	7.0	-0.3	6.6	4.8	-7.7	82.4	94.7	93.9	96.6	17.7	2006	59.0
Nigeria	2.2	2008	39.6	31.5	20.5	19.9	-0.7	38.7	32.8	-4.0	57.1	86.8	27.8	59.6	34.4	2008	63.0
Rwanda	91.0	2010	78.6	49.3	13.8	23.1	13.7	6.9	8.5	5.3	27.4	79.4	71.4	84.0	69.0	2010	34.0
Santo Tomé y Príncipe	2.1	2009	43.1	50.6	17.4	23.9	8.3	31.8	40.9	6.5	30.2	78.8	10.1	49.7	80.6	2009	7.0
Senegal	20.1	2007	67.3	45.1	25.7	28.6	2.7	16.1	16.2	0.1	36.0	81.2	81.0	89.4	65.1	2011	37.0
Seychelles	90.0	2011	94.6	414.7	407.9	464.9	3.3	24.7	27.5	2.7	0.0	0.0	0.0	0.0	99.0	2009	...
Sierra Leona	0.0	2008	25.1	17.2	5.5	9.5	14.5	40.4	47.1	3.9	85.2	92.8	91.6	95.3	60.8	2010	89.0
Somalia	20.0	2006	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	94.6	97.0	9.4	2006	100.0
Sudáfrica	100.0	2010	92.8	639.6	195.4	245.2	5.8	41.1	37.1	-2.6	0.0	0.0	0.0	0.0	91.0	2003	30.0
Sudán del Sur	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Sudán	29.7	2009	30.9	32.0	16.5	15.9	-1.0	31.4	41.0	6.8	54.1	86.6	49.4	71.7	23.2	2006	73.0

Cuadro B.11 Las dimensiones múltiples de la cobertura de salud

Área principal, región o país	Alcance de la cobertura	Recursos financieros: Composición, niveles y tendencias (2011)										Recursos humanos (e indicadores de acceso)		Niños nacidos vivos atendidos por personal de salud especializado	Tasa de mortalidad materna (2010)		
		Estimación de la cobertura de salud como porcentaje de la población total ^{1,6}	Año	Porcentaje del gasto de salud no financiado con pagos directos ^{2,3,7}	Gasto de salud per cápita no financiado con pagos directos de los hogares particulares (US\$) ⁸	Tendencias del gasto público en salud (USD constantes per cápita)			Tendencias en los gastos directos (USD constantes per cápita)			Brecha de cobertura debido al déficit de recursos financieros (valor de referencia: valor medio para el grupo de baja vulnerabilidad, 239 USD) ^{3,10}	Brecha de cobertura a causa del déficit de personal profesional de salud (valor de referencia de la OMS: 23) ^{3,8,9}	Brecha de cobertura a causa del déficit de personal profesional de salud (valor de referencia relativo: 41.1) ^{3,8,13}	% de niños nacidos vivos atendidos por personal de salud especializado ^{2,4}	Año	Tasa de mortalidad materna (estimación modelada, por cada 10,000 nacidos vivos) ⁵
Swazilandia	6.2	2006	86.9	230.2	114.2	135.5	4.4	23.0	26.4	3.5	0.0	3.7	0.0	0.0	82.0	2010	32.0
Tanzania, República Unida de	13.0	2010	68.3	25.5	14.4	13.0	-2.6	3.4	11.0	34.6	55.4	89.3	91.1	95.0	48.9	2010	46.0
Togo	4.0	2010	59.6	26.8	8.6	16.5	17.8	14.6	12.8	-3.3	63.8	88.8	85.8	92.1	43.9	2010	30.0
Túnez	80.0	2005	60.5	161.4	105.6	125.8	4.5	83.5	90.1	1.9	0.0	32.5	0.0	0.0	94.6	2006	5.6
Uganda	2.0	2008	52.2	22.2	6.5	10.3	12.3	17.8	18.6	1.1	60.7	90.7	51.0	72.6	58.0	2011	31.0
Zambia	8.4	2008	73.0	63.7	20.5	28.4	8.5	12.9	11.6	-2.6	10.6	73.3	66.7	81.4	46.5	2007	44.0
Zimbabwe	1.0	2009	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	44.6	69.0	66.2	2011	57.0
América Latina y el Caribe																	
Antigua y Barbuda	51.1	2007	71.8	537.2	425.3	446.2	1.2	168.6	184.5	2.3	0.0	0.0	0.0	33.1	100.0	2010	...
Argentina	96.8	2008	75.3	671.3	262.3	333.4	6.2	115.7	112.1	-0.8	0.0	0.0	0.0	16.3	99.4	2010	7.7
Aruba	99.2	2003	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Bahamas	100.0	1995	71.3	1228.0	775.3	788.5	0.4	512.3	491.5	-1.0	0.0	0.0	0.0	0.0	99.0	2008	4.7
Barbados	100.0	1995	71.0	732.0	549.3	617.8	3.0	249.3	279.6	2.9	0.0	0.0	0.0	0.0	100.0	2008	5.1
Belize	25.0	2009	76.6	200.8	123.2	154.5	5.8	53.2	54.4	0.5	0.0	16.0	0.0	39.1	94.3	2010	5.3
Bolivia, Estado Plurinacional de	42.7	2009	74.2	87.6	35.4	43.8	5.5	12.0	16.0	7.3	0.0	63.3	0.0	34.1	71.1	2008	19.0
Brasil	100.0	2009	68.7	769.4	181.5	233.2	6.5	147.7	159.7	2.0	0.0	0.0	0.0	0.0	98.9	2010	5.6
Colombia	87.7	2010	83.0	358.5	167.2	187.5	2.9	73.2	42.6	-12.6	0.0	0.0	7.0	47.9	99.2	2011	9.2
Costa Rica	100.0	2009	72.8	686.3	314.1	420.5	7.6	134.3	129.7	-0.9	0.0	0.0	19.9	55.2	95.3	2010	4.0
Cuba	100.0	2011	94.7	573.8	450.9	483.8	1.8	24.5	27.2	2.7	0.0	0.0	0.0	0.0	99.9	2011	7.3

Cuadro B.11 Las dimensiones múltiples de la cobertura de salud

Área principal, región o país	Alcance de la cobertura	Recursos financieros: Composición, niveles y tendencias (2011)										Recursos humanos (e indicadores de acceso)		Niños nacidos vivos atendidos por personal de salud especializado	Tasa de mortalidad materna (2010)		
		Estimación de la cobertura de salud como porcentaje de la población total ^{1,6}	Año	Porcentaje del gasto de salud no financiado con pagos directos ^{2,3,5}	Gasto de salud per cápita no financiado con pagos directos de los hogares particulares (US\$) ³	Tendencias del gasto público en salud (USD constantes per cápita)			Tendencias en los gastos directos (USD constantes per cápita)				Brecha de cobertura debido al déficit de recursos financieros (valor de referencia: valor medio para el grupo de baja vulnerabilidad, 239 USD) ^{3,6,8}	Brecha de cobertura a causa del déficit de personal profesional de salud (valor de referencia de la OMS: 23) ^{3,8,9}	Brecha de cobertura a causa del déficit de personal profesional de salud (valor de referencia relativo: 41.1) ^{3,8,9}	% de niños nacidos vivos atendidos por personal de salud especializado ^{7,8}	Año	Tasa de mortalidad materna (estimación modelada, por cada 10,000 nacidos vivos)^{7}
Chile	93.1	2011	62.8	675.2	228.1	313.8	8.3	211.1	248.3	4.1	0.0	0.0	50.6	72.3	99.7	2010	2.5
Dominica	13.4	2009	76.4	319.5	196.1	289.0	10.2	97.9	85.6	-3.3	0.0	0.0	0.0	0.0	100.0	2011	...
República Dominicana	26.5	2007	60.0	177.5	97.8	129.5	7.3	87.5	104.9	4.6	0.0	25.7	0.0	26.6	95.3	2010	15.0
Ecuador	22.8	2009	50.6	167.9	74.1	93.1	5.9	114.1	125.0	2.3	0.0	29.8	0.0	19.3	89.2	2010	11.0
El Salvador	21.6	2009	67.7	170.0	112.2	128.8	3.5	69.2	65.7	-1.3	0.0	28.9	0.1	44.1	84.6	2008	8.1
Guatemala	30.0	2005	46.6	99.7	54.8	54.0	-0.4	89.4	81.3	-2.3	0.0	58.3	0.0	6.6	51.3	2009	12.0
Granada																	
Guyana	23.8	2009	82.0	163.9	31.2	62.9	19.1	11.4	14.3	5.7	0.0	31.4	69.4	82.9	87.4	2009	28.0
Haití	3.1	2001	77.9	44.9	6.1	8.3	8.0	10.2	1.8	-35.6	54.2	81.2	88.1	93.3	26.1	2006	35.0
Honduras	12.0	2006	54.3	...	56.1	63.3	3.1	62.1	63.0	0.4	...	...	42.6	67.9	66.3	2006	10.0
Jamaica	20.1	2007	68.5	...	106.8	111.3	1.0	69.9	68.3	-0.6	...	...	36.7	64.6	98.0	2009	11.0
México	85.6	2010	52.2	...	228.2	253.7	2.7	255.6	238.6	-1.7	...	...	0.0	0.0	95.3	2009	5.0
Nicaragua	12.2	2005	60.4	...	47.2	54.1	3.5	36.2	42.1	3.9	...	...	42.6	67.9	73.7	2007	9.5
Panamá	51.8	2008	73.2	514.1	242.6	387.8	12.4	112.3	154.2	8.2	0.0	0.0	0.0	19.4	83.6	2009	9.2
Paraguay	23.6	2009	43.9	154.4	37.8	60.8	12.6	50.5	88.5	15.1	0.0	35.4	0.0	39.6	84.6	2008	9.9
Perú	64.4	2010	61.7	178.1	98.4	110.1	2.9	59.6	72.6	5.1	0.0	25.5	5.8	47.3	85.0	2011	6.7
Saint Kitts y Neves	28.8	2008	58.2	344.6	248.3	258.4	1.0	208.0	190.1	-2.2	0.0	0.0	0.0	0.0	100.0	2008	...
Santa Lucía	35.5	2003	48.9	246.2	179.9	215.8	4.7	221.8	244.9	2.5	0.0	0.0	6.3	47.5	98.5	2010	3.5
San Vicente y las Granadinas	9.4	2008	81.7	253.4	181.0	214.2	4.3	39.3	48.1	5.1	0.0	0.0	0.0	0.0	98.3	2010	4.8

Cuadro B.11 Las dimensiones múltiples de la cobertura de salud

Área principal, región o país	Alcance de la cobertura		Recursos financieros: Composición, niveles y tendencias (2011)								Recursos humanos (e indicadores de acceso)			Niños nacidos vivos atendidos por personal de salud especializado		Tasa de mortalidad materna (2010)	
			Estimación de la cobertura de salud como porcentaje de la población total ^{1,6}	Año	Porcentaje del gasto de salud no financiado con pagos directos ^{7,8,9} (US\$) ⁸		Tendencias del gasto público en salud (USD constantes per cápita)			Tendencias en los gastos directos (USD constantes per cápita)			Brecha de cobertura a causa del déficit de personal profesional de salud (valor de referencia relativo: 41.1) ^{3,8,13}	Brecha de cobertura a causa del déficit de personal profesional de salud (valor de referencia de la OMS: 23) ^{3,8,9}	% de niños nacidos vivos atendidos por personal de salud especializado ^{5,14}	Año	Tasa de mortalidad materna (estimación modelada, por cada 10,000 nacidos vivos) ⁵
Gasto de salud per cápita no financiado con pagos directos de los hogares particulares (US\$) ⁸	Porcentaje del gasto de salud no financiado con pagos directos ^{7,8,9}	Gasto público en salud en USD constantes (2007) ²			Gasto público en salud en USD constantes (2011) ²	Tendencias en el gasto público de salud per cápita (USD constantes per cápita | 2007–11: % cambio promedio anual) ³	Gastos directos en USD constantes (2007) ²	Gastos directos en USD constantes (2011) ²	Tendencias en el gasto directo en salud per cápita (USD constantes per cápita | 2007–11: % cambio promedio anual) ³	Brecha de cobertura debido al déficit de recursos financieros (valor de referencia: valor medio para el grupo de baja vulnerabilidad, 239 USD) ^{3,10}	Brecha de cobertura debido al déficit de recursos financieros (valor de referencia: Meta de 60 USD en 2015 para los países de bajos ingresos) ^{3,9,10}						
Suriname	...	...	89.0	408.4	114.3	131.9	3.6	25.4	27.3	1.9	0.0	0.0	0.0	0.0	86.5	2006	13.0
Trinidad y Tobago	...	...	61.5	587.6	340.6	396.2	3.9	287.2	299.7	1.1	0.0	0.0	0.0	0.0	96.9	2006	4.6
Uruguay	97.2	2010	86.9	960.3	251.5	394.0	11.9	62.7	76.3	5.0	0.0	0.0	0.0	0.0	99.7	2009	2.9
Venezuela, República Bolivariana de	100.0	2010	43.0	238.7	167.3	117.0	-8.5	185.5	181.8	-0.5	0.0	0.1	0.0	38.3	98.1	2011	9.2
América del Norte																	
Canadá	100.0	2011	85.6	4820.0	2550.7	2751.0	1.9	535.5	562.0	1.2	0.0	0.0	0.0	0.0	98.5	2010	1.2
Estados Unidos	84.0	2010	88.7	7635.6	3183.3	3488.5	2.3	897.4	857.8	-1.1	0.0	0.0	0.0	0.0	99.4	2010	2.1
Asia																	
Afganistán	...	...	20.6	11.5	2.8	5.1	15.6	21.8	25.8	4.3	89.2	95.2	86.2	92.3	38.6	2011	46.0
Armenia	100.0	2009	42.6	60.3	33.1	31.0	-1.7	43.7	49.6	3.2	0.7	74.8	0.0	0.0	99.5	2010	3.0
Azerbaiyán	2.9	2006	29.9	106.7	24.8	33.2	7.6	93.4	108.5	3.8	0.0	55.3	0.0	0.0	88.6	2006	4.3
Bahrein	100.0	2006	83.4	617.2	431.9	346.2	-5.4	117.1	70.7	-11.8	0.0	0.0	0.0	21.9	97.3	2009	2.0
Bangladesh	1.4	2003	38.7	...	5.4	7.5	8.6	9.9	12.6	6.0	...	...	75.7	86.4	31.1	2011	24.0
Bután	90.0	2009	84.7	78.8	63.7	58.4	-2.2	11.0	10.7	-0.7	0.0	67.0	50.9	72.6	58.2	2010	18.0
Brunei Darussalam	100.0	2010	85.2	846.5	538.2	519.9	-0.9	97.7	90.4	-1.9	0.0	0.0	0.0	0.0	99.7	2011	2.4
Camboya	26.1	2009	43.1	22.1	5.5	8.3	11.1	13.4	21.1	12.1	55.3	90.8	55.8	75.2	71.0	2010	25.0
China	96.9	2010	65.2	181.4	44.7	89.1	18.8	41.9	55.4	7.2	0.0	24.1	0.0	29.0	99.6	2010	3.7
Chipre	65.0	2008	50.6	1074.8	576.1	667.3	3.7	646.3	761.6	4.2	0.0	0.0	0.0	0.0	98.3	2009	1.0
Georgia	25.0	2008	35.1	109.9	25.9	34.6	7.6	103.2	123.9	4.7	0.0	54.0	0.0	0.0	97.4	2010	6.7

Cuadro B.11 Las dimensiones múltiples de la cobertura de salud

Área principal, región o país	Alcance de la cobertura	Recursos financieros: Composición, niveles y tendencias (2011)										Recursos humanos (e indicadores de acceso)		Niños nacidos vivos atendidos por personal de salud especializado	Tasa de mortalidad materna (2010)		
		Año	Estimación de la cobertura de salud como porcentaje de la población total ^{1,6}	Porcentaje del gasto de salud no financiado con pagos directos ^{2,5,6}		Tendencias del gasto público en salud (USD constantes per cápita)			Tendencias en los gastos directos (USD constantes per cápita)			Brecha de cobertura a causa del déficit de personal profesional de salud: (valor de referencia relativo: 4:1,1) ^{3,8,13}	Brecha de cobertura a causa del déficit de personal profesional de salud (valor de referencia de la OMS: 23) ^{3,8,9}	Año	Tasa de mortalidad materna (estimación modelada, por cada 10,000 nacidos vivos) ⁷		
Gasto de salud per cápita no financiado con pagos directos de los hogares particulares (US\$) ⁷	Porcentaje del gasto de salud no financiado con pagos directos ^{2,5,6}			Gasto público en salud en USD constantes (2007) ²	Gasto público en salud en USD constantes (2011) ²	Tendencias en el gasto público de salud per cápita (USD constantes per cápita | 2007-11; % cambio promedio anual) ³	Gastos directos en USD constantes (2007) ²	Gastos directos en USD constantes (2011) ²	Tendencias en el gasto directo en salud per cápita (USD constantes per cápita | 2007-11; % cambio promedio anual) ³	Brecha de cobertura debido al déficit de recursos financieros (valor de referencia: valor medio para el grupo de baja vulnerabilidad, 239 USD) ^{3,10}	Meta de 60 USD en 2015 para los países de bajos ingresos) ^{3,9,10}						
Hong Kong (China), Región Administrativa Especial de	100.0	2010	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
India	12.5	2010	40.6	24.0	8.2	12.6	11.3	22.0	24.7	3.0	65.1	90.0	33.1	62.5	57.7	2009	20.0
Indonesia	59.0	2010	50.1	47.6	17.2	15.6	-2.3	21.0	22.5	1.8	20.7	80.1	31.6	61.7	79.8	2010	22.0
Irán, República Islámica del	90.0	2005	41.5	143.8	81.1	66.1	-5.0	101.2	97.2	-1.0	0.0	39.8	9.0	49.1	99.0	2007	2.1
Iraq	...	...	80.7	267.5	27.2	61.8	22.8	11.9	13.9	3.8	0.0	0.0	15.7	52.8	88.5	2011	6.3
Israel	100.0	2011	78.6	1907.8	968.7	1060.5	2.3	322.2	368.4	3.4	0.0	0.0	0.0	0.0	...	...	0.7
Japón	100.0	2010	83.6	3552.2	2459.7	3192.7	6.7	493.4	656.7	7.4	0.0	0.0	0.0	0.0	99.8	2011	0.5
Jordania	75.0	2006	75.3	295.3	130.4	160.9	5.4	78.3	58.6	-7.0	0.0	0.0	0.0	0.0	99.1	2007	6.3
Kazajstán	70.0	2001	58.5	266.1	79.4	117.5	10.3	71.8	84.2	4.0	0.0	0.0	0.0	0.0	99.4	2010	5.1
Corea, República Democrática Popular de	...	...	...	...	4.7	...	...	...	...	...	...	...	0.0	0.0	100.0	2009	8.1
Corea, República de	100.0	2010	67.1	1084.7	676.2	920.1	8.0	420.7	527.9	5.8	0.0	0.0	0.0	0.0	99.9	2009	1.6
Kuwait	100.0	2006	83.9	1258.2	631.5	697.3	2.5	155.0	137.0	-3.0	0.0	0.0	0.0	0.0	98.6	2010	1.4
Kirguistán	83.0	2001	65.6	46.8	18.9	22.2	4.1	16.6	12.8	-6.3	45.1	80.4	0.0	0.0	98.3	2010	7.1
República Democrática Popular Lao	11.6	2009	60.3	22.2	5.6	9.5	14.4	12.6	7.7	-11.7	62.6	90.7	57.3	76.1	37.0	2010	47.0
Líbano	48.3	2007	43.5	270.8	189.0	122.2	-10.3	213.0	270.6	6.2	0.0	0.0	0.0	0.0	98.0	2004	2.5
Malasia	100.0	2010	58.3	201.6	114.4	137.4	4.7	76.7	88.2	3.5	0.0	15.6	0.0	0.0	98.6	2010	2.9
Maldivas	30.0	2011	50.9	277.3	172.0	182.7	1.5	72.1	201.9	29.4	0.0	0.0	0.0	0.0	94.8	2009	6.0

Cuadro B.11 Las dimensiones múltiples de la cobertura de salud

Área principal, región o país	Alcance de la cobertura	Recursos financieros: Composición, niveles y tendencias (2011)										Recursos humanos (e indicadores de acceso)		Niños nacidos vivos atendidos por personal de salud especializado	Tasa de mortalidad materna (2010)		
		Estimación de la cobertura de salud como porcentaje de la población total ^{1,6}	Año	Porcentaje del gasto de salud no financiado con pagos directos ^{2,3,7} (US\$) ⁸	Gasto de salud per cápita no financiado con pagos directos de los hogares particulares (US\$) ⁹	Tendencias del gasto público en salud (USD constantes per cápita)			Tendencias en los gastos directos (USD constantes per cápita)			Brecha de cobertura debido al déficit de recursos humanos (valor de referencia: valor medio para el grupo de baja vulnerabilidad, 239 USD) ^{3,10}	Brecha de cobertura a causa del déficit de personal profesional de salud (valor de referencia de la OMS: 23) ^{3,8,9}	Brecha de cobertura a causa del déficit de personal profesional de salud (valor de referencia relativo: 41,1) ^{3,8,13}	% de niños nacidos vivos atendidos por personal de salud especializado ⁴	Año	Tasa de mortalidad materna (estimación modelada, por cada 10,000 nacidos vivos) ⁵
Mongolia	81.9	2009	60.3	96.9	34.0	42.7	5.8	25.0	29.6	4.4	0.0	59.5	0.0	0.0	99.0	2010	6.3
Myanmar	...	...	19.3	4.4	0.6	0.8	6.1	4.4	4.9	3.2	94.7	98.2	41.0	67.0	70.6	2010	20.0
Nepal	0.1	2010	51.7	...	5.7	7.5	7.0	9.2	10.4	3.3	...	...	72.8	84.8	36.0	2011	17.0
Territorios Palestinos Ocupados	16.2	2004	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Omán	97.0	2005	88.6	529.7	268.7	290.5	2.0	40.1	41.2	0.6	0.0	0.0	0.0	0.0	98.6	2008	3.2
Pakistán	26.6	2009	37.0	11.0	6.1	5.3	-3.5	13.9	12.3	-3.0	81.8	95.4	43.0	68.1	45.0	2011	26.0
Filipinas	82.0	2009	44.1	42.5	17.8	19.5	2.3	28.0	32.7	4.0	41.1	82.2	0.0	0.0	62.2	2008	9.9
Qatar	100.0	2006	86.4	1533.6	1093.4	942.2	-3.7	207.4	163.6	-5.8	0.0	0.0	0.0	0.0	100.0	2012	0.7
Arabia Saudita	26.0	2010	82.0	621.0	361.4	369.3	0.5	85.9	98.0	3.3	0.0	0.0	0.0	31.0	100.0	2011	2.4
Singapur	100.0	2010	39.6	904.8	306.2	483.2	12.1	799.8	941.3	4.2	0.0	0.0	0.0	0.0	99.7	2011	0.3
Sri Lanka	100.0	2010	54.1	52.2	25.5	26.2	0.7	21.7	27.0	5.6	35.7	78.2	0.0	41.2	98.6	2007	3.5
República Árabe Siria	90.0	2008	49.0	49.5	30.1	30.9	0.6	31.3	32.1	0.7	25.6	79.3	0.0	23.6	96.2	2009	7.0
Tayikistán	0.3	2010	39.9	21.6	4.8	8.4	15.1	15.8	17.1	2.0	72.6	91.0	0.0	0.0	88.4	2007	6.5
Tailandia	98.0	2007	86.3	174.2	78.5	93.1	4.4	14.9	16.7	2.8	0.0	27.1	24.7	57.9	99.4	2009	4.8
Timor Oriental	...	...	96.0	44.4	40.2	23.4	-12.7	1.1	1.3	3.6	15.8	81.4	26.9	59.1	29.6	2010	30.0
Turkmenistán	82.3	2011	60.8	78.4	60.5	90.2	10.5	31.4	58.2	16.7	0.0	67.2	0.0	0.0	99.5	2006	6.7
Emiratos Árabes Unidos	100.0	2010	83.8	1374.5	569.9	743.2	6.9	283.3	161.7	-13.1	0.0	0.0	0.0	24.0	100.0	2010	1.2
Uzbekistán	100.0	2010	56.1	49.6	14.6	23.3	12.5	18.8	21.8	3.7	21.7	79.2	0.0	0.0	99.6	2006	2.8
Viet Nam	61.0	2010	44.3	42.0	20.4	24.3	4.5	28.4	34.2	4.7	41.4	82.4	6.6	47.7	91.9	2011	5.9
Yemen	42.0	2003	21.9	19.4	13.9	10.1	-7.7	32.4	37.9	4.0	73.5	91.9	61.0	78.2	35.7	2006	20.0

Cuadro B.11 Las dimensiones múltiples de la cobertura de salud

Área principal, región o país	Alcance de la cobertura	Recursos financieros: Composición, niveles y tendencias (2011)										Recursos humanos (e indicadores de acceso)		Niños nacidos vivos atendidos por personal de salud especializado	Tasa de mortalidad materna (2010)		
		Estimación de la cobertura de salud como porcentaje de la población total ^{1,6}	Año	Porcentaje del gasto de salud no financiado con pagos directos ^{2,5,7} (US\$) ³		Tendencias del gasto público en salud (USD constantes per cápita)			Tendencias en los gastos directos (USD constantes per cápita)			Brecha de cobertura a causa del déficit de personal profesional de salud (valor de referencia de la OMS: 23) ^{8,9}	Brecha de cobertura a causa del déficit de personal profesional de salud: (valor de referencia relativo: 41.1) ^{3,8,10}	Año	Tasa de mortalidad materna (estimación modelada, por cada 10,000 nacidos vivos) ³		
Gasto de salud per cápita no financiado con pagos directos de los hogares particulares	Porcentaje del gasto de salud no financiado con pagos directos			Gasto público en salud en USD constantes (2007) ²	Gasto público en salud en USD constantes (2011) ²	Tendencias en el gasto público de salud per cápita (USD constantes per cápita | 2007-11; % cambio promedio anual) ³	Gastos directos en USD constantes (2007) ²	Gastos directos en USD constantes (2011) ²	Tendencias en el gasto directo en salud per cápita (USD constantes per cápita | 2007-11; % cambio promedio anual) ³	Brecha de cobertura debido al déficit de recursos financieros (valor de referencia: valor medio para el grupo de baja vulnerabilidad: 239 USD) ^{5,10}	Brecha de cobertura debido al déficit de recursos financieros (valor de referencia: Meta de 60 USD en 2015 para los países de bajos ingresos) ^{7,9,10}						
Europa																	
Albania	23.6	2008	45.0	114.6	77.2	97.4	6.0	94.1	121.6	6.6	0.0	52.1	0.0	0.0	99.3	2009	2.7
Andorra	...	...	80.4	2458.3	1781.6	1792.9	0.2	570.3	479.4	-4.2	0.0	0.0	0.0	0.0	...	...	...
Austria	99.3	2010	83.7	4417.3	3073.0	3283.9	1.7	667.5	710.1	1.6	0.0	0.0	0.0	0.0	98.6	2009	0.4
Belarús	100.0	2010	73.3	225.1	165.2	164.6	-0.1	56.3	62.2	2.5	0.0	5.8	0.0	0.0	99.9	2009	0.4
Bélgica	99.0	2010	80.9	4013.4	2637.5	2991.5	3.2	752.9	753.4	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	99.4	2009	0.8
Bosnia y Herzegovina	59.2	2004	68.7	338.2	181.0	238.3	7.1	103.0	109.8	1.6	0.0	0.0	0.0	0.0	99.9	2009	0.8
Bulgaria	87.0	2008	57.1	...	169.6	180.9	1.6	118.3	141.4	4.6	...	...	0.0	0.0	99.6	2008	1.1
Croacia	97.0	2009	85.4	...	673.9	658.5	-0.6	96.4	113.8	4.2	...	...	0.0	0.0	99.9	2010	1.7
República Checa	100.0	2011	84.9	1279.5	782.7	872.1	2.7	121.1	157.6	6.8	0.0	0.0	0.0	0.0	99.7	2010	0.5
Dinamarca	100.0	2011	86.8	5772.4	4133.2	4354.2	1.3	683.0	673.2	-0.4	0.0	0.0	0.0	0.0	98.5	2011	1.2
Estonia	92.9	2011	81.4	803.5	479.7	531.5	2.6	133.8	125.2	-1.7	0.0	0.0	0.0	0.0	99.4	2011	0.2
Finlandia	100.0	2010	80.8	3496.7	2585.4	2733.8	1.4	672.1	700.4	1.0	0.0	0.0	0.0	0.0	98.6	2011	0.5
Francia	99.9	2011	92.5	4582.5	3066.6	3090.5	0.2	274.9	300.5	2.3	0.0	0.0	0.0	0.0	97.5	2010	0.8
Alemania	100.0	2010	87.6	4270.1	2883.1	3126.7	2.0	467.9	511.5	2.3	0.0	0.0	0.0	0.0	98.6	2008	0.7
Grecia	100.0	2010	70.2	1626.0	1281.2	1100.9	-3.7	646.6	498.9	-6.3	0.0	0.0	0.0	0.0	...	...	0.3
Hungría	100.0	2010	73.8	800.9	476.6	452.0	-1.3	179.9	182.6	0.4	0.0	0.0	0.0	0.0	99.1	2010	2.1
Islandia	100.0	2010	81.8	3259.4	4014.9	3507.0	-3.3	780.5	795.2	0.5	0.0	0.0	0.0	0.0	...	...	0.5
Irlanda	100.0	2011	85.5	3882.0	2773.0	2740.6	-0.3	501.5	565.8	3.1	0.0	0.0	0.0	0.0	99.8	2010	0.6
Italia	100.0	2010	80.1	2751.0	2009.5	2083.2	0.9	527.8	537.4	0.5	0.0	0.0	0.0	0.0	99.8	2009	0.4
Letonia	70.0	2005	62.7	...	313.5	246.0	-5.9	180.2	166.7	-1.9	...	...	0.0	0.0	98.8	2010	3.4

Cuadro B.11 Las dimensiones múltiples de la cobertura de salud

Área principal, región o país	Alcance de la cobertura	Recursos financieros: Composición, niveles y tendencias (2011)									Recursos humanos (e indicadores de acceso)			Niños nacidos vivos atendidos por personal de salud especializado	Tasa de mortalidad materna (2010)		
		Estimación de la cobertura de salud como porcentaje de la población total ^{1,6}	Año	Porcentaje del gasto de salud no financiado con pagos directos ^{2,3,7} (US\$) ⁸		Tendencias del gasto público en salud (USD constantes per cápita)			Tendencias en los gastos directos (USD constantes per cápita)			Brecha de cobertura a causa del déficit de personal profesional de salud (valor de referencia de la OMS: 23) ^{3,8,9}	Brecha de cobertura a causa del déficit de personal profesional de salud (valor de referencia relativo: 41.1) ^{3,8,10}			% de niños nacidos vivos atendidos por personal de salud especializado ^{2,4}	Año	Tasa de mortalidad materna (estimación modelada, por cada 10,000 nacidos vivos)^{5}
Gasto de salud per cápita no financiado con pagos directos de los hogares particulares (US\$) ⁸	Porcentaje del gasto de salud no financiado con pagos directos ^{2,3,7}			Gasto público en salud en USD constantes (2007) ²	Gasto público en salud en USD constantes (2011) ²	Tendencias en el gasto público de salud per cápita (USD constantes per cápita | 2007–11: % cambio promedio anual) ³	Gastos directos en USD constantes (2007) ²	Gastos directos en USD constantes (2011) ²	Tendencias en el gasto directo en salud per cápita (USD constantes per cápita | 2007–11: % cambio promedio anual) ³	Brecha de cobertura debido al déficit de recursos financieros (valor de referencia: valor medio para el grupo de baja vulnerabilidad, 239 USD) ^{3,10}	Meta de 60 USD en 2015 para los países de bajos ingresos) ^{3,9,10}						
Liechtenstein	95.0	2008	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Lituania	95.0	2009	73.6	...	426.4	436.0	0.6	155.2	170.6	2.4	...	...	0.0	0.0	100.0	2006	0.8
Luxemburgo	97.6	2010	88.6	7790.5	5260.2	5247.0	-0.1	765.3	712.8	-1.8	0.0	0.0	0.0	0.0	100.0	2003	2.0
Malta	100.0	2009	66.6	...	894.6	910.3	0.4	416.6	482.5	3.7	...	...	0.0	0.0	99.8	2010	0.8
República de Moldova	75.7	2004	55.1	123.1	44.3	61.7	8.6	44.8	60.8	7.9	0.0	48.5	0.0	0.0	99.5	2005	4.1
Mónaco	...	...	93.0	6699.8	4257.0	5149.3	4.9	341.1	407.0	4.5	0.0	0.0	0.0	0.0	...	...	...
Montenegro	95.0	2004	70.0	464.3	234.4	285.9	5.1	94.8	128.2	7.8	0.0	0.0	0.0	0.0	99.5	2009	0.8
Países Bajos	98.9	2010	94.9	5690.2	3683.2	4091.3	2.7	264.1	242.8	-2.1	0.0	0.0	0.0	0.0	100.0	2007	0.6
Noruega	100.0	2011	86.4	7767.2	4676.8	4767.4	0.5	835.5	755.7	-2.5	0.0	0.0	0.0	0.0	99.1	2010	0.7
Polonia	97.5	2010	77.1	693.5	394.5	485.7	5.3	137.9	155.9	3.1	0.0	0.0	0.0	0.0	99.8	2010	0.5
Portugal	100.0	2010	72.7	1679.6	1194.6	1147.3	-1.0	456.1	489.1	1.8	0.0	0.0	0.0	0.0	100.0	2001	0.8
Rumania	94.3	2009	80.8	...	227.2	252.9	2.7	47.8	61.2	6.4	...	...	0.0	0.0	98.5	2009	2.7
Federación de Rusia	88.0	2011	64.6	521.2	216.1	240.6	2.7	100.1	142.5	9.2	0.0	0.0	0.0	0.0	99.7	2009	3.4
San Marino	...	...	85.3	...	2900.1	2486.1	-3.8	471.7	432.6	-2.1	...	...	0.0	0.0	100.0	2008	...
Serbia	92.1	2009	63.8	396.9	237.3	253.0	1.6	134.7	147.4	2.3	0.0	0.0	0.0	0.0	99.7	2010	1.2
Eslovaquia	94.8	2010	74.3	...	491.1	563.9	3.5	191.3	231.5	4.9	...	...	0.0	19.7	99.5	2009	0.6
Eslovenia	100.0	2011	...	...	964.9	1079.9	2.9	177.9	192.1	1.9	...	...	0.0	0.0	99.9	2009	1.2
España	99.2	2010	...	...	1497.1	1611.0	1.8	424.9	440.4	0.9	...	...	0.0	0.0	...	...	0.6
Suecia	100.0	2011	83.1	4428.5	3284.8	3459.1	1.3	665.8	723.4	2.1	0.0	0.0	0.0	0.0	...	...	0.4
Suiza	100.0	2010	75.0	6840.3	3527.0	4209.7	4.5	1819.0	1609.0	-3.0	0.0	0.0	0.0	0.0	100.0	2006	0.8
Ex República Yugoslava de Macedonia	94.9	2006	61.7	206.1	143.9	144.6	0.1	79.4	90.1	3.2	0.0	13.8	0.0	0.0	99.7	2011	1.0

Cuadro B.11 Las dimensiones múltiples de la cobertura de salud

Área principal, región o país	Alcance de la cobertura	Recursos financieros: Composición, niveles y tendencias (2011)										Recursos humanos (e indicadores de acceso)		Niños nacidos vivos atendidos por personal de salud especializado		Tasa de mortalidad materna (2010)	
		Estimación de la cobertura de salud como porcentaje de la población total ^{1,6}	Año	Porcentaje del gasto de salud no financiado con pagos directos ^{2,5,7}	Gasto de salud per cápita no financiado con pagos directos de los hogares particulares (US\$) ⁸	Tendencias del gasto público en salud (USD constantes per cápita)			Tendencias en los gastos directos (USD constantes per cápita)			Brecha de cobertura debido al déficit de recursos financieros (valor de referencia: valor medio para el grupo de baja vulnerabilidad, 239 USD) ^{3,10}	Brecha de cobertura a causa del déficit de personal profesional de salud (valor de referencia de la OMS: 23) ^{3,8,9}	Brecha de cobertura a causa del déficit de personal profesional de salud (valor de referencia relativo: 41.1) ^{3,8,13}	% de niños nacidos vivos atendidos por personal de salud especializado ^{7,4}	Año	Tasa de mortalidad materna (estimación modelada, por cada 10,000 nacidos vivos) ⁵
Turquía	86.0	2011	83.9	583.9	117.2	153.7	7.0	37.7	33.1	-3.2	0.0	0.0	0.0	3.4	91.3	2008	2.0
Ucrania	100.0	2011	58.5	155.3	84.7	86.1	0.4	47.5	64.1	7.8	0.0	35.0	0.0	0.0	98.7	2007	3.2
Reino Unido	100.0	2010	90.8	3277.3	2721.1	2902.8	1.6	339.8	322.3	-1.3	0.0	0.0	0.0	0.0	99.0	1998	1.2
Oceanía																	
Australia	100.0	2011	80.2	4761.1	2220.9	2305.7	0.9	593.3	665.4	2.9	0.0	0.0	0.0	0.0	99.1	2008	0.7
Islas Cook	...	...	92.5	568.2	358.5	418.6	4.0	30.7	33.9	2.6	0.0	0.0	0.0	0.0	100.0	2009	...
Fiji	100.0	2010	79.0	132.7	101.9	92.4	-2.4	21.0	28.4	7.8	0.0	44.5	0.0	35.2	99.7	2010	2.6
Kiribati	...	...	98.7	174.7	127.6	89.6	-8.4	...	1.5	...	0.0	26.9	0.0	0.0	98.3	2010	...
Islas Marshall	...	...	87.4	458.3	394.5	387.9	-0.4	58.7	58.6	-0.0	0.0	0.0	0.0	26.4	86.2	2007	...
Micronesia	...	...	91.0	348.2	247.2	...	...	17.8	...	...	0.0	0.0	0.0	7.1	100.0	2009	10.0
Nauru	...	...	92.2	630.2	333.0	257.1	-6.3	13.9	23.0	13.5	0.0	0.0	0.0	0.0	97.4	2007	...
Nueva Zelandia	100.0	2011	89.5	3280.7	1970.2	2301.6	4.0	273.9	290.4	1.5	0.0	0.0	0.0	0.0	95.7	2007	1.5
Niue	...	...	99.2	2171.1	1348.5	...	...	10.3	...	...	0.0	0.0	0.0	0.0	100.0	2007	...
Palau	...	...	88.4	821.9	667.3	597.2	-2.7	92.6	92.5	-0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	100.0	2010	...
Papua Nueva Guinea	...	...	88.3	69.6	27.5	35.9	6.8	4.3	5.3	5.5	31.3	70.9	80.7	89.2	42.7	2011	23.0
Islas Salomón	...	...	97.0	130.0	53.4	88.8	13.6	2.2	2.9	6.8	0.0	45.6	5.2	47.0	70.1	2007	9.3
Tonga	...	...	88.9	194.8	141.9	112.8	-5.6	17.1	15.0	-3.1	0.0	18.5	0.0	0.0	99.0	2010	11.0
Tuvalu	...	...	...	...	415.1	430.4	0.9	0.5	...	...	...	...	0.0	0.0	93.1	2007	...
Vanuatu	100.0	2010	93.1	124.4	83.5	76.3	-2.2	5.8	6.0	0.5	0.0	48.0	28.6	60.1	74.0	2007	11.0
Samoa Occidental	...	...	92.9	230.8	120.3	147.6	5.3	12.6	12.0	-1.2	0.0	3.4	0.0	43.6	80.8	2009	10.0

Fuentes

- ¹ *Países de la OCDE*: OCDE (Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos). Datos de Salud de la OCDE 2012 (cobertura de los servicios de salud). Disponible en: <http://www.oecd.org/health/health-systems/oecdhealthdata.htm> [6 de junio de 2014].
- Países no miembros de la OCDE*: sírvase consultar más detalles de las fuentes en: <http://www.social-protection.org/gimi/gess/RessFileDownload.do?ressourceId=37218>.
- ² OMS (Organización Mundial de la Salud): Cuentas Nacionales de Salud (base de datos sobre el Gasto Mundial en Salud) Disponible en: <http://apps.who.int/nha/database> [6 de junio de 2014].
- ³ Cálculos de la OIT con arreglo a datos de la OMS (Organización Mundial de la Salud): Cuentas Nacionales de Salud (base de datos sobre el Gasto Mundial en Salud) y el Observatorio Mundial de la Salud (véase más adelante).
- ⁴ OMS (Organización Mundial de la Salud): Observatorio Mundial de la Salud. Disponible en: <http://apps.who.int/gho/data/view.main> [6 de junio de 2014].
- ⁵ Banco Mundial: Indicadores de Desarrollo Mundial. Disponible en: <http://data.worldbank.org/datacatalog/world-development-indicators> [6 de junio de 2014].

Notas

n.a.: No aplica.

...: No está disponible.

- ⁶ Estimación de la cobertura de salud como porcentaje de la población total. La cobertura incluye a miembros afiliados al seguro de salud o la estimación de la población que tiene acceso gratuito a los servicios de salud proporcionados por el Estado. Fuentes y definiciones detalladas disponibles en: <http://www.social-protection.org/gimi/gess/RessourceDownload.action?ressource.ressourceId=37218>.
- ⁷ Gastos directos como porcentaje del gasto total en salud: véase el cuadro B.10.
- ⁸ Porcentaje de la población no cubierta debido al déficit de personal profesional en salud (en base al valor medio para el grupo de países de baja vulnerabilidad o el valor de referencia de la OMS). El indicador de la OIT de déficit de acceso al personal de salud refleja el aspecto de la oferta de la disponibilidad del acceso –en este caso, la disponibilidad de recursos humanos a un nivel que garantice al menos el acceso efectivo básico, pero universal, para todos. Para calcular el acceso a los servicios de profesionales médicos calificados (médicos y personal de enfermería y partería), utiliza como indicador indirecto la diferencia relativa entre la densidad de profesionales de la salud en un país dado y el valor de su mediana en los países con un bajo grado de vulnerabilidad (el acceso de la población a servicios médicos profesionales en los países de baja vulnerabilidad se utiliza como un valor de referencia para otros países). El valor de referencia relativo de la OIT corresponde al valor medio para el grupo de países evaluados como de “baja vulnerabilidad” (respecto de la estructura del empleo y la pobreza). Con arreglo a datos de 2011 de la OMS (número de médicos, personal de enfermería y partería por cada 10,000 habitantes), el valor medio estimado es de 41.1 por cada 10,000 habitantes cuando se pondera por la población total. Otra manera de verlo es refiriéndose a la población no cubierta debido a un déficit en la oferta (vease la segunda parte del ejemplo a continuación). En este contexto, el indicador de la OIT del déficit de acceso al personal de salud estima la dimensión del desempeño general del suministro de los servicios de salud como el porcentaje de la población que no tiene acceso a la atención de salud de ser necesario. Este valor es superior al mínimo establecido por la OMS para el suministro de atención primaria, que es de 23 por cada 10,000 habitantes. El personal profesional incluye a los médicos y al personal de enfermería y partería, con arreglo a la definición de la OMS. Véase las definiciones de indicadores y metadatos (http://apps.who.int/gho/indicatorregistry/App_Main/view_indicator.aspx?iid=3105, consultado en mayo de 2014).

- ⁹ Valor de referencia de la OMS: El Informe sobre la salud en el mundo 2006, estima que los países con menos de 23 médicos, enfermeras y parteras por cada 10,000 habitantes generalmente no registran tasas de cobertura adecuadas para intervenciones seleccionadas de atención primaria en salud, según las prioridades establecidas por el marco de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (Estadísticas de Salud de la OMS 2012, pág. 82: http://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/WHS2012_IndicatorCompendium.pdf, consultado en mayo de 2014).
- ¹⁰ Brecha de cobertura por déficit de recursos financieros, en base al valor medio para el grupo de países de baja vulnerabilidad. El indicador de la OIT del déficit financiero sigue el mismo principio que el del indicador de déficit de acceso respecto del gasto total en salud (en USD per cápita y por año) con excepción de los pagos directos. El valor medio relativo en 2011 para los países evaluados como ‘de baja vulnerabilidad’ se estima en 239 USD per cápita por año.
- ¹¹ Según la Organización Mundial de la Salud, garantizar el acceso a los tipos de intervenciones y tratamientos necesarios para dar cumplimiento a los ODM 4, 5 y 6 requiere en promedio de “poco más de 60 USD per capita [anualmente] al año 2015”: OMS, Informe sobre la salud en el mundo: Financiación de los sistemas de salud: El camino hacia la cobertura universal, Organización Mundial de la Salud (Ginebra, 2010).
- ¹² Las mediciones globales se ponderan por la población total (2012) con arreglo a la División de Población de las Naciones Unidas, *Perspectivas de la Población Mundial* de la ONU, Revisión de 2012.
- ¹³ Ejemplo de cómo calcula la OIT la brecha de cobertura debido al déficit de personal profesional de salud mediante el uso de un valor de referencia relativo.

	Argelia	Burkina Faso
Total del personal profesional de salud [A=B+C]	106,776	7,671
Número de personal de enfermería y partería [B]	65,919	7,129
Número de médicos [C]	40,857	542
Población total (en miles) [D]	38,482	10,051
Número de profesionales de salud por cada 10 000 personas [F=A/D*10]	27.75	7.63
Indicador de la OIT del déficit de acceso al personal de salud [(valor de referenciapais X)/valor de referencia * 100]	32.5	81.4
Si se refiere a la población cubierta:		
Población cubierta si se aplica el valor de referencia* (miles) [E=A/valor de referencia*10]	25,980	1,866
Población total no cubierta debido al déficit de personal profesional de salud (miles) [F=D-E]	12,502	8,185
"Porcentaje de la población total no cubierto debido al déficit de personal profesional de salud G=F/D*100"	32.5	81.4

* Valor de referencia relativo de la OIT: 41.1 profesionales de salud por cada 10,000 personas.

Cuadro B.12 Gasto en protección social pública, 1990 al último año disponible (% del PIB)

Área principal, región o país	Total del gasto en protección social pública y gasto en salud (% del PIB)														Atención de salud pública (% del PIB)			Protección social pública (excluida la atención de salud) (% del PIB)							
	1990	Año	1995	Año	2000	Año	2005	Año	2007	Año	2009	Año	2010-11	Año	2012-13	Año	Último año disponible para desagregación	Año	Último año con datos disponibles	Fuente	Año	Último año con datos disponibles	Fuente		
Promedio regional (ponderado por la población total)																									
África	2.7		2.8		3.7		4.3		4.8		5.4		5.1												
África del Norte	4.2		4.3		5.9		6.4		8.4		9.5		9.0												
África Subsahariana	2.4		2.5		3.2		3.8		3.9		4.4		4.2												
Asia y el Pacífico	3.4		2.8		3.5		3.0		4.1		5.3		5.3												
Oriente Medio	4.9		5.2		6.6		7.6		6.5		8.8		8.7												
Europa Occidental	20.9		23.6		23.3		24.8		24.1		27.2		26.7												
Europa Central y Oriental	12.8		15.5		14.6		16.6		16.2		19.7		17.6												
América Latina y el Caribe	8.0		9.6		10.2		11.4		12.0		13.6		13.2												
América del Norte	14.0		15.8		14.7		16.1		16.4		19.2		19.4												
En el mundo	5.8		6.0		6.5		6.7		7.3		8.8		8.6												
África																									
Argelia	7.60	1990	4.50	1995	6.30	1999	7.45	2005	8.04	2007	9.73	2009	8.53	2011	...	...	9.73	2011	3.17	2011	OMS	5.36	2011	OIT	
Angola	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	6.79	2011	...	...	6.79	2011	2.15	2011	OMS	4.64	2011	Perspectivas Económicas en África	
Benin	1.33	1990	2.59	1995	2.62	2000	3.25	2005	3.31	2007	4.31	2009	4.20	2010	...	...	4.20	2010	2.22	2010	OMS	1.98	2010	Banco Mundial	
Botswana	...	...	2.52	1997	4.42	2000	7.67	2005	...	...	7.15	2009	6.59	2010	...	...	6.59	2010	3.49	2010	OMS	3.00	2010	OIT	
Burkina Faso	...	...	2.44	1995	3.53	2000	5.19	2005	6.01	2007	5.58	2009	5.07	2011	...	...	5.07	2011	3.27	2011	OMS	1.80	2011	OIT	
Burundi	1.71	1990	3.30	1995	3.68	2000	4.23	2005	5.54	2007	4.91	2009	4.94	2010	...	...	4.94	2010	2.89	2011	OMS	2.05	2010	UNICEF	
Cabo Verde	...	...	...	...	...	...	...	...	6.98	2008	7.16	2009	6.87	2010	...	...	6.87	2010	2.38	2010	FMI	4.49	2010	FMI	
Camerún	2.20	1990	1.70	1995	1.53	2000	1.92	2005	...	...	2.20	2009	2.33	2010	...	...	2.33	2010	1.52	2010	OMS	0.81	2010	OIT/ESS	
República Centroafricana	...	...	...	...	0.83	2000	0.74	2005	0.78	2008	0.81	2009	2.45	2011	2.55	2012	2.55	2012	1.93	2012	FMI	0.62	2012	GSW	
Chad	...	...	...	...	3.07	2000	2.04	2005	1.18	2007	1.17	2009	1.31	2010	...	...	1.31	2010	1.01	2010	OMS	0.30	2010	OIT*	
Congo	2.20	1990	2.88	1995	2.07	2000	2.13	2005	2.55	2007	2.24	2009	2.79	2010	...	...	2.79	2010	1.39	2010	OMS	1.40	2010	OIT/ESS	
Congo, República Democrática del	...	...	...	...	0.27	2000	1.73	2005	2.73	2007	5.33	2009	3.71	2011	3.48	2012	3.48	2012	2.76	2012	OMS	0.73	2012	GSW	

Cuadro B.12 Gasto en protección social pública, 1990 al último año disponible (% del PIB)

Área principal, región o país	Total del gasto en protección social pública y gasto en salud (% del PIB)															Atención de salud pública (% del PIB)			Protección social pública (excluida la atención de salud) (% del PIB)					
	1990	Año	1995	Año	2000	Año	2005	Año	2007	Año	2009	Año	2010-11	Año	2012-13	Año	Último año disponible para desagregación	Año	Último año con datos disponibles	Fuente	Año	Último año con datos disponibles	Año	Fuente
Côte d'Ivoire	1.60	1990	1.70	1995	1.73	2000	1.75	2005	..	..	2.06	2009	1.95	2011	..	..	1.95	2011	0.87	2011	FMI	1.08	2011	Nacional
Djibouti	..	..	..	..	..	..	..	..	7.29	2007	..	..	..	..	..	..	7.29	2007	5.34	2007	OMS	1.95	2007	Banco Mundial
Egipto	4.37	1990	5.30	1995	8.57	2000	8.81	2005	12.91	2007	14.21	2009	13.21	2011	..	..	13.21	2011	1.48	2011	FMI	11.73	2011	FMI
Guinea Ecuatorial	..	..	..	..	..	..	..	..	1.38	2007	3.90	2009	2.78	2010	..	..	2.78	2010	2.43	2010	OMS	0.35	2010	FMI
Eritrea	..	..	..	..	2.16	2000	1.38	2005	1.73	2007	1.68	2009	1.64	2011	..	..	1.64	2011	1.25	2011	OMS	0.39	2011	OIT*
Etiopía	1.50	1990	2.05	1995	6.02	2001	4.55	2005	2.79	2007	2.94	2009	3.17	2010	..	..	3.17	2010	2.56	2010	OMS	0.61	2010	FMI
Gambia	3.10	1990	3.20	1995	2.54	2000	2.96	2003	2.38	2007	2.95	2009	2.98	2010	..	..	2.98	2010	2.48	2010	OMS	0.50	2010	OIT
Ghana	2.20	1990	3.62	1995	3.11	2000	6.56	2005	5.85	2007	5.01	2009	5.39	2010	..	..	5.39	2010	3.02	2010	OMS	2.37	2010	OIT*
Guinea	0.80	1990	0.80	1995	1.26	2000	1.05	2005	1.43	2007	2.15	2009	2.47	2010	..	..	2.47	2010	2.01	2010	OMS	0.46	2010	OIT
Guinea-Bissau	..	..	..	..	2.52	2000	..	..	3.87	2007	4.63	2009	5.44	2010	..	..	5.44	2010	2.31	2010	OMS	3.13	2010	OIT
Kenya	1.47	1990	1.54	1995	1.51	2000	2.35	2005	3.05	2007	3.31	2009	2.61	2011	3.26	2013	3.26	2013	2.33	2013	FMI	0.93	2013	GSW
Lesotho	7.30	1990	4.90	1995	5.47	2002	4.39	2006	5.21	2007	6.13	2008	8.16	2010	..	..	8.16	2010	7.98	2010	FMI	0.18	2010	FMI
Liberia	8.00	1990	10.00	1995	12.78	2000	11.47	2005	..	..	..	..	..	..	..	..	11.47	2005	1.60	2005	OMS	9.87	2005	FMI
Madagascar	1.36	1990	1.47	1995	2.98	2001	2.62	2005	3.01	2007	2.53	2008	2.39	2010	..	..	2.39	2010	2.08	2010	FMI	0.31	2010	FMI
Malawi	..	..	..	..	..	..	..	..	5.91	2007	..	..	..	..	..	..	5.91	2007	4.51	2007	OMS	1.40	2007	ODI
Mali	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	4.88	2010	..	..	4.88	2010	2.82	2010	OMS	2.07	2010	Banco Mundial
Mauritania	1.00	1990	3.62	1995	4.27	2000	3.96	2005	3.06	2007	4.07	2009	4.87	2010	..	..	4.87	2010	4.03	2010	OMS	0.84	2010	OIT
Mauricio	4.93	1990	5.76	1995	6.90	2000	7.72	2005	7.19	2007	8.48	2009	9.12	2011	..	..	9.12	2011	2.39	2011	FMI	6.73	2011	FMI
Marruecos	2.40	1990	3.54	1995	3.92	1999	4.78	2005	5.98	2007	6.45	2009	6.57	2010	..	..	6.57	2010	2.07	2010	OMS	4.51	2010	OIT
Mozambique	3.50	1990	3.50	1995	4.51	2000	4.71	2005	4.29	2007	4.49	2009	5.32	2010	..	..	5.32	2010	3.29	2010	OMS	2.02	2010	OIT
Namibia	3.90	1990	3.90	1995	3.98	2000	4.20	2005	5.40	2007	6.20	2009	7.40	2011	..	..	7.40	2011	2.80	2011	OMS	4.60	2011	OIT/ESS
Níger	1.90	1990	2.00	1995	1.82	2000	3.48	2005	3.26	2007	3.29	2009	2.91	2010	..	..	2.91	2010	2.38	2010	OMS	0.53	2010	ILO
Nigeria	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	3.70	2009	2.83	2010	..	..	2.83	2010	1.71	2010	ODI	1.12	2010	OIT
Rwanda	1.90	1990	..	..	2.15	2000	4.71	2005	5.66	2007	6.87	2009	7.31	2010	..	..	7.31	2010	5.72	2010	OMS	1.60	2010	ODI
Santo Tomé y Príncipe	..	..	..	..	..	..	..	..	4.83	2008	6.37	2009	4.93	2010	..	..	4.93	2010	4.19	2010	FMI	0.74	2010	Nacional
Senegal	4.30	1990	2.98	1995	3.40	2000	4.79	2005	5.05	2007	..	..	5.34	2010	..	..	5.34	2010	3.28	2010	OMS	2.06	2010	FMI
Seychelles	11.00	1990	11.60	1995	11.46	2002	9.77	2005	11.77	2007	7.51	2008	7.52	2011	..	..	7.52	2011	3.14	2011	FMI	4.39	2011	OIT/ESS

Cuadro B.12 Gasto en protección social pública, 1990 al último año disponible (% del PIB)

Área principal, región o país	Total del gasto en protección social pública y gasto en salud (% del PIB)														Atención de salud pública (% del PIB)			Protección social pública (excluida la atención de salud) (% del PIB)						
	1990	Año	1995	Año	2000	Año	2005	Año	2007	Año	2009	Año	2010-11	Año	2012-13	Año	Último año disponible para desagregación	Año	Último año con datos disponibles	Año	Fuente	Último año con datos disponibles	Año	Fuente
Sierra Leona	1.90	1990	2.00	1995	4.26	2000	4.16	2005	3.11	2007	2.07	2009	..	..	..	..	2.07	2009	1.46	2009	OMS	0.61	2009	FMI
Sudáfrica	5.97	1990	6.78	1996	6.88	2000	8.92	2005	8.90	2007	10.17	2009	9.79	2010	..	..	9.79	2010	4.74	2010	FMI	5.05	2010	OIT
Sudán	1.10	1990	1.49	1995	1.36	1996	1.72	2005	2.33	2007	2.46	2008	2.27	2010	..	..	2.27	2010	1.99	2010	OMS	0.29	2010	FMI
Swazilandia	...	...	2.94	1995	3.07	2000	...	...	...	...	7.90	2000	7.32	2010	...	...	7.32	2010	5.54	2010	OMS	1.78	2010	OIT*
Tanzania, República Unida de	1.90	1990	2.00	1995	2.05	2000	3.29	2005	5.39	2007	6.08	2009	6.81	2010	...	...	6.81	2010	4.48	2010	OIT	2.33	2010	FMI
Togo	1.70	1990	2.79	1995	3.71	2000	4.24	2005	4.49	2007	5.49	2009	5.73	2010	...	...	5.73	2010	3.42	2010	OMS	2.31	2010	OIT/ESS
Túnez	7.00	1990	7.52	1995	6.94	2000	8.08	2005	8.22	2007	8.83	2009	10.40	2011	...	...	10.40	2011	1.50	2011	FMI	8.91	2011	OIT
Uganda	...	...	0.90	1998	4.27	2000	4.17	2005	3.15	2007	3.04	2009	3.46	2011	...	...	3.46	2011	2.30	2011	FMI	1.16	2011	FMI
Zambia	2.30	1990	2.50	1995	3.91	2000	5.44	2005	4.75	2007	5.32	2009	5.46	2011	...	...	5.46	2011	3.66	2011	OMS	1.80	2011	FMI
Zimbabwe	3.30	1990	3.50	1995	5.57	2000	3.93	2005	...	...	2.00	2009	5.60	2011	...	...	5.60	2011	4.30	2011	Nacional	1.30	2011	OIT
Asia y Oriente Medio																								Nacional
Afganistán	0.80	1990	0.80	1995	0.76	2003	2.23	2006	3.66	2007	4.21	2009	5.60	2011	...	...	5.60	2011	3.61	2011	FMI	1.99	2011	FMI
Armenia	4.30	1990	5.73	1995	3.08	2000	3.35	2005	3.49	2007	9.54	2009	8.46	2011	8.61	2013	8.61	2013	1.65	2013	BA&D/ADB	6.97	2013	GSW
Azerbaiyán	6.78	1990	3.10	1995	8.57	2000	7.08	2005	6.30	2007	8.86	2009	8.27	2011	...	...	8.27	2011	1.01	2011	FMI	7.26	2011	FMI
Bahrein	3.17	1990	3.64	1995	3.26	2000	2.87	2005	3.03	2007	4.73	2009	4.01	2010	...	...	4.01	2010	2.40	2010	FMI	1.61	2010	FMI
Bangladesh	0.71	1990	1.10	1995	1.12	2000	1.17	2005	2.04	2007	2.28	2009	2.69	2011	...	...	2.69	2011	1.11	2011	BA&D/ADB	1.58	2011	BA&D/ADB
Bután	3.12	1990	4.16	1995	5.69	2000	4.77	2005	5.19	2007	5.01	2009	4.58	2011	5.20	2012	5.20	2012	3.03	2012	BA&D/ADB	2.17	2012	BA&D/ADB
Camboya	1.97	1990	0.76	1995	1.05	2000	1.24	2005	1.35	2007	1.67	2009	1.79	2011	2.23	2013	2.23	2013	1.45	2013	BA&D/ADB	0.79	2013	GSW
China	5.20	1990	3.19	1995	4.70	2000	2.76	2005	5.01	2007	6.81	2009	6.83	2010	...	...	6.83	2010	1.27	2010	FMI	5.56	2010	FMI
Georgia	5.00	1990	5.69	1997	5.13	2000	7.16	2005	6.39	2007	9.32	2009	8.01	2011	8.22	2012	8.22	2012	1.60	2012	FMI	6.63	2012	BA&D/ADB
Hong Kong (China)	2.43	1990	4.66	1995	4.52	2000	4.59	2005	4.15	2007	4.75	2009	4.58	2011	5.17	2012	5.17	2012	2.92	2012	BA&D/ADB	2.25	2012	BA&D/ADB
India	1.73	1990	1.55	1995	1.61	2000	1.54	2005	1.87	2007	2.59	2009	2.64	2011	2.39	2012	2.39	2012	0.96	2012	OMS	1.42	2012	GSW
Indonesia	...	...	1.61	1995	1.80	1999	2.04	2004	2.75	2007	2.94	2009	2.63	2010	...	...	2.63	2010	1.03	2010	OMS	1.60	2010	OIT/ESS
Irán, República Islámica del	4.70	1990	6.10	1995	8.85	2001	9.85	2005	10.36	2007	13.41	2009	12.53	2010	...	...	12.53	2010	1.84	2010	FMI	10.69	2010	FMI
Iraq	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	12.14	2009	11.65	2010	...	...	11.65	2010	6.36	2010	OMS	5.30	2010	OIT*
Israel	14.20	1990	17.37	1995	17.17	2000	16.27	2005	15.46	2007	15.95	2009	16.02	2011	15.81	2013	16.02	2011	4.33	2011	OCDE	11.69	2011	OCDE

Cuadro B.12 Gasto en protección social pública, 1990 al último año disponible (% del PIB)

Área principal, región o país	Total del gasto en protección social pública y gasto en salud (% del PIB)																Atención de salud pública (% del PIB)			Protección social pública (excluida la atención de salud) (% del PIB)				
	1990	Año	1995	Año	2000	Año	2005	Año	2007	Año	2009	Año	2010-11	Año	2012-13	Año	Último año disponible para desagregación	Año	Último año con datos disponibles	Año	Fuente	Último año con datos disponibles	Año	Fuente
Japón	11.11	1990	14.07	1995	16.28	2000	18.49	2005	18.75	2007	22.40	2009	23.56	2011	..	..	23.56	2011	6.81	2011	OCDE	16.75	2011	OCDE
Jordania	7.05	1990	7.42	1995	8.44	2000	16.23	2005	13.14	2007	10.63	2009	12.11	2011	..	..	12.11	2011	3.31	2011	FMI	8.80	2011	FMI
Kazajstán	7.50	1990	8.00	1995	8.67	2000	6.99	2005	6.24	2007	7.11	2009	6.38	2011	..	..	6.38	2011	2.27	2011	FMI	4.11	2011	FMI
Kiribati	..	..	..	..	8.50	2000	11.24	2005	11.58	2007	10.64	2009	10.10	2011	..	..	10.10	2011	8.52	2011	BAAsD/ADB	1.58	2011	BAAsD/ADB
Corea, República de	2.82	1990	3.25	1995	4.82	2000	6.51	2005	7.65	2007	9.40	2009	9.14	2011	9.30	2012	9.14	2011	4.00	2011	FMI	5.13	2011	OCDE
Kuwait	9.40	1990	11.12	1995	13.49	2000	6.54	2005	5.29	2007	8.00	2009	11.44	2011	..	..	11.44	2011	2.23	2011	BAAsD/ADB	9.21	2011	FMI
Kirguistán	8.65	1990	9.56	1995	3.69	2000	5.10	2005	5.52	2007	5.91	2009	8.30	2011	9.58	2012	9.58	2012	3.83	2012	FMI	5.75	2012	BAAsD/ADB
República Democrática Popular Lao	1.30	1990	2.98	1995	1.67	2000	1.33	2005	1.39	2008	2.54	2009	1.74	2010	..	..	1.74	2005	1.22	2010	BAAsD/ADB	0.52	2010	BAAsD/ADB
Líbano	4.50	1990	3.15	1995	2.33	2000	1.29	2005	3.23	2007	1.25	2009	1.12	2011	..	..	1.12	2011	0.77	2011	FMI	0.36	2011	FMI
Libia	..	..	..	..	..	..	2.47	2005	..	..	6.60	2009	6.55	2010	..	..	6.55	2010	2.11	2010	FMI	4.44	2010	OIT
Macao	..	..	4.66	1999	4.47	2000	3.25	2005	2.78	2007	5.07	2009	5.12	2011	..	..	5.12	2011	1.35	2011	FMI	3.77	2011	FMI
Malasia	2.70	1990	2.05	1995	2.40	2000	2.50	2005	2.74	2007	3.20	2009	2.89	2011	2.99	2012	2.99	2012	1.99	2012	Nacional	1.00	2012	BAAsD/ADB
Maldivas	..	..	4.77	1995	5.12	2000	8.05	2005	5.16	2007	7.32	2009	4.28	2011	6.22	2012	6.22	2012	0.36	2012	BAAsD/ADB	5.86	2012	BAAsD/ADB
Mongolia	13.19	1990	6.04	1995	9.97	2000	8.74	2005	10.56	2007	14.18	2009	..	2011	8.87	2012	8.87	2012	3.13	2012	FMI	5.75	2012	BAAsD/ADB
Myanmar	1.75	1990	0.76	1995	0.49	2000	0.40	2004	0.43	2007	0.44	2009	0.96	2011	..	..	0.94	2010	0.24	2010	OMS	0.70	2010	OIT
Nepal	1.96	1990	1.17	1995	1.73	2000	1.51	2005	1.78	2007	3.07	2010	2.31	2011	2.19	2013	2.19	2013	1.53	2013	FMI	0.66	2013	GSW
Omán	2.50	1990	3.52	1995	3.58	2000	3.88	2005	3.11	2007	3.19	2009	3.80	2011	..	..	3.80	2011	1.49	2011	FMI	2.31	2011	FMI
Pakistán	1.50	1990	0.35	1995	0.27	2000	0.44	2005	0.50	2007	1.66	2009	1.68	2010	..	..	1.68	2010	0.38	2010	OMS	1.30	2010	BAAsD/ADB
Filipinas	1.06	1990	0.80	1995	1.09	2000	0.93	2005	1.00	2007	1.23	2009	1.75	2011	1.55	2012	1.55	2012	0.56	2012	Nacional	0.99	2012	BAAsD/ADB
Qatar	..	..	..	..	2.65	2004	2.28	2005	1.50	2007	2.13	2009	1.74	2010	..	..	1.74	2010	1.53	2010	BAAsD/ADB	0.22	2010	FMI
Arabia Saudita	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	3.90	2009	3.64	2011	..	..	3.64	2011	2.54	2011	FMI	1.10	2011	FMI
Singapur	1.35	1990	1.96	1995	1.61	2000	1.16	2005	1.39	2007	3.52	2009	2.83	2011	..	..	2.83	2011	1.20	2011	BAAsD/ADB	1.63	2011	FMI
Sri Lanka	5.34	1990	6.76	1995	4.41	2000	5.62	2005	4.48	2007	3.65	2009	3.14	2011	3.00	2012	3.00	2012	1.31	2012	OMS	1.69	2012	FMI
República Árabe Siria	..	..	..	..	3.22	2000	3.08	2005	2.21	2007	1.99	2009	1.91	2010	..	..	1.91	2010	1.57	2010	OMS	0.35	2010	FMI
Taiwán	8.00	1990	9.50	1995	9.94	2000	10.13	2005	9.85	2007	10.54	2009	9.68	2010	..	..	9.68	2010	3.32	2010	Nacional	6.36	2010	Nacional
Tayikistán	..	..	1.45	1995	2.74	2000	4.37	2005	3.91	2007	4.86	2009	5.31	2011	6.75	2012	6.75	2012	1.79	2012	BAAsD/ADB	4.96	2012	BAAsD/ADB

Cuadro B.12 Gasto en protección social pública, 1990 al último año disponible (% del PIB)

Área principal, región o país	Total del gasto en protección social pública y gasto en salud (% del PIB)																Atención de salud pública (% del PIB)			Protección social pública (excluida la atención de salud) (% del PIB)				
	1990	Año	1995	Año	2000	Año	2005	Año	2007	Año	2009	Año	2010-11	Año	2012-13	Año	Último año disponible para desagregación	Año	Último año con datos disponibles	Año	Fuente	Último año con datos disponibles	Año	Fuente
Tailandia	1.47	1990	1.83	1995	2.57	2000	3.67	2005	6.18	2007	8.17	2009	7.24	2011	..	..	7.24	2011	2.27	2011	FMI	4.98	2011	FMI
Timor Oriental	..	..	..	..	..	..	..	..	1.08	2007	4.26	2009	3.49	2011	4.24	2013	4.24	2013	1.64	2013	BA&D/ADB	2.61	2013	GSW
Emiratos Árabes Unidos	..	..	2.31	1997	2.13	1999	..	..	..	..	..	..	3.76	2011	..	..	3.76	2011	1.59	2011	OMS	2.16	2011	FMI
Uzbekistán	..	..	..	..	..	..	13.14	2005	12.80	2009	12.84	2009	11.16	2010	..	..	11.16	2010	2.73	2010	OMS	8.43	2010	BA&D/ADB
Viet Nam	2.50	1990	4.99	1995	4.06	2000	4.21	2005	6.04	2008	6.46	2009	6.28	2010	..	..	6.28	2010	2.54	2010	OMS	3.74	2010	BA&D/ADB
Yemen	..	..	..	..	1.38	2000	1.59	2005	1.47	2007	2.15	2009	5.90	2011	..	..	5.90	2011	1.50	2011	FMI	4.40	2011	FMI
Europa																								
Albania	8.00	1990	10.02	1995	10.77	1998	9.87	2005	10.49	2007	10.82	2009	10.83	2011	..	..	10.83	2011	2.68	2011	FMI	8.15	2011	FMI
Austria	23.79	1990	26.52	1995	26.58	2000	27.14	2005	26.26	2007	29.12	2009	27.89	2011	28.29	2013	27.89	2011	7.51	2011	OCDE	20.37	2011	OCDE
Belarús	13.29	1990	16.67	1995	16.00	2000	18.48	2005	18.49	2007	18.06	2009	15.80	2011	..	..	15.80	2011	4.00	2011	FMI	11.80	2011	FMI
Bélgica	24.85	1990	26.23	1995	25.29	2000	26.53	2005	25.99	2007	29.70	2009	29.73	2011	30.73	2013	29.73	2011	8.64	2011	OCDE	21.09	2011	OCDE
Bosnia y Herzegovina	..	..	..	..	13.02	2003	14.01	2005	13.80	2007	16.93	2009	17.45	2011	..	..	17.45	2011	6.95	2011	OMS	10.50	2011	FMI
Brunei Darussalam	2.71	1990	3.60	1995	3.29	2000	2.55	2005	..	..	2.95	2009	2.31	2011	..	..	2.31	2011	1.60	2011	BA&D/ADB	0.71	2011	BA&D/ADB
Bulgaria	10.90	1990	14.84	1995	17.20	2000	16.78	2005	15.83	2007	17.18	2009	17.20	2011	..	..	17.20	2011	4.31	2011	Eurostat/ FMI	12.88	2011	FMI
Croacia	20.83	1990	17.22	1995	22.83	2000	19.17	2005	18.78	2007	21.06	2009	20.96	2011	..	..	20.96	2011	6.18	2011	FMI	14.78	2011	FMI
Chipre	8.10	1990	10.30	1995	14.84	2000	18.40	2005	18.20	2007	21.10	2009	22.60	2011	..	..	22.60	2011	3.35	2011	Eurostat	19.47	2011	Eurostat
República Checa	15.34	1990	17.38	1995	19.09	2000	18.70	2005	18.14	2007	20.71	2009	20.78	2011	21.77	2013	20.78	2011	6.69	2011	OCDE	14.09	2011	OCDE
Dinamarca	25.14	1990	28.92	1995	26.36	2000	27.73	2005	26.45	2007	30.19	2009	30.58	2011	30.79	2013	30.58	2011	7.61	2011	OCDE	22.98	2011	OCDE
Estonia	..	..	15.30	1999	13.94	2000	13.09	2005	12.75	2007	20.04	2009	18.24	2011	17.74	2013	20.08	2010	5.36	2010	OCDE	14.73	2010	OCDE
Finlandia	24.11	1990	30.67	1995	24.23	2000	26.15	2005	24.69	2007	29.44	2009	29.22	2011	30.53	2013	29.22	2011	7.25	2011	OCDE	21.97	2011	OCDE
Francia	25.10	1990	29.30	1995	28.61	2000	30.12	2005	29.71	2007	32.07	2009	32.02	2011	33.02	2013	32.02	2011	8.23	2011	OCDE	23.78	2011	OCDE
Alemania	21.73	1990	26.62	1995	26.60	2000	27.29	2005	25.08	2007	27.78	2009	25.89	2011	26.18	2013	25.89	2011	6.84	2011	OCDE	19.05	2011	OCDE
Grecia	16.62	1990	17.50	1995	19.32	2000	21.14	2005	21.57	2007	23.88	2009	24.41	2011	22.00	2013	24.41	2011	5.54	2011	OCDE	18.87	2011	OCDE
Hungría	..	..	25.10	1995	20.72	2000	22.49	2005	23.02	2007	23.93	2009	21.92	2011	21.56	2013	22.87	2010	5.14	2010	OCDE	17.74	2010	OCDE
Islandia	13.74	1990	15.21	1995	15.25	2000	16.35	2005	15.26	2007	18.47	2009	18.06	2011	17.22	2013	18.06	2011	7.12	2011	OCDE	10.94	2011	OCDE
Irlanda	17.31	1990	18.06	1995	13.38	2000	16.02	2005	16.75	2007	23.61	2009	23.35	2011	21.59	2013	23.72	2010	6.39	2010	OCDE	17.34	2010	OCDE

Cuadro B.12 Gasto en protección social pública, 1990 al último año disponible (% del PIB)

Área principal, región o país	Total del gasto en protección social pública y gasto en salud (% del PIB)																	Atención de salud pública (% del PIB)		Protección social pública (excluida la atención de salud) (% del PIB)				
	1990	Año	1995	Año	2000	Año	2005	Año	2007	Año	2009	Año	2010-11	Año	2012-13	Año	Último año disponible para desagregación	Año	Último año con datos disponibles	Año	Fuente	Último año con datos disponibles	Año	Fuente
Italia	19.87	1990	19.80	1995	23.13	2000	24.90	2005	24.70	2007	27.81	2009	27.50	2011	28.44	2013	27.50	2011	7.27	2011	OCDE	20.23	2011	OCDE
Kosovo	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	6.10	2009	..	..	..	..	6.10	2009	2.30	2009	Banco Mundial	3.80	2009	Banco Mundial
Letonia	15.20	1990	15.19	1997	15.68	2000	12.28	2005	10.98	2007	16.69	2009	14.91	2011	..	..	14.91	2011	2.63	2011	Eurostat	12.27	2011	Eurostat
Lituania	13.00	1990	13.02	1996	15.71	2000	12.82	2005	14.00	2007	20.60	2009	16.26	2011	..	..	16.26	2011	4.06	2011	Eurostat	12.20	2011	Eurostat
Luxemburgo	19.14	1990	20.76	1995	20.89	2000	22.81	2005	20.29	2007	23.57	2009	22.58	2011	23.38	2013	23.02	2010	6.49	2010	OCDE	16.53	2010	OCDE
Malta	..	..	16.11	1995	16.59	2000	18.20	2005	17.78	2007	19.71	2009	18.32	2011	..	..	18.32	2011	4.01	2011	Eurostat	14.32	2011	Eurostat
Montenegro	25.00	1990	20.00	1995	20.58	2000	18.70	2005	16.93	2007	21.91	2009	20.05	2011	..	..	20.05	2011	6.24	2011	OMS	13.81	2011	Banco Mundial
Moldova, República de	15.00	1990	18.40	1996	15.16	2000	15.52	2005	17.48	2007	21.41	2009	18.61	2011	18.30	2013	18.30	2013	5.20	2013	FMI	13.10	2013	GSW
Países Bajos	25.57	1990	23.81	1995	19.76	2000	20.73	2005	21.15	2007	23.18	2009	23.42	2011	24.30	2013	23.42	2011	7.73	2011	OCDE	15.69	2011	OCDE
Noruega	22.31	1990	23.35	1995	21.31	2000	21.59	2005	20.47	2007	23.29	2009	22.37	2011	22.88	2013	22.37	2011	6.53	2011	OCDE	15.84	2011	OCDE
Polonia	14.92	1990	22.61	1995	20.50	2000	21.02	2005	19.69	2007	21.52	2009	20.51	2011	20.94	2013	20.51	2011	4.65	2011	OCDE	15.87	2011	OCDE
Portugal	12.49	1990	16.46	1995	18.87	2000	23.04	2005	22.73	2007	25.55	2009	25.02	2011	26.38	2013	25.43	2010	6.93	2010	OCDE	18.50	2010	OCDE
Rumanía	12.00	1990	12.70	1995	14.17	2000	13.20	2005	13.19	2007	16.88	2009	17.39	2010	..	..	17.39	2010	4.19	2010	Eurostat	13.21	2010	Eurostat
Federación de Rusia	12.00	1990	11.13	1995	10.06	2000	12.67	2005	12.75	2007	16.93	2009	15.97	2011	..	..	15.97	2011	3.96	2011	FMI	12.01	2011	FMI
San Marino	..	..	..	..	23.25	2002	23.08	2004	21.40	2007	21.40	2009	21.40	2010	..	..	21.40	2010	6.08	2010	FMI	15.32	2010	FMI
Serbia	25.00	1990	21.00	1995	20.90	2000	23.13	2007	23.13	2007	25.86	2009	24.05	2011	..	..	24.05	2011	6.32	2011	FMI	17.73	2011	FMI
Eslovaquia	19.00	1990	18.75	1995	17.90	2000	16.30	2005	15.72	2007	18.74	2009	18.10	2011	17.95	2013	18.10	2011	6.71	2011	OCDE	11.39	2011	OCDE
Eslovenia	22.00	1990	23.00	1995	21.77	2000	21.10	2005	19.52	2007	22.58	2009	23.74	2011	23.78	2013	23.74	2011	6.32	2011	OCDE	17.42	2011	OCDE
España	19.95	1990	21.41	1995	20.16	2000	21.08	2005	21.34	2007	25.98	2009	26.41	2011	27.43	2013	26.41	2011	7.22	2011	OCDE	19.19	2011	OCDE
Suecia	30.24	1990	32.03	1995	28.43	2000	29.07	2005	27.34	2007	29.82	2009	27.56	2011	28.64	2013	28.30	2010	7.00	2010	OCDE	21.31	2010	OCDE
Suiza	13.45	1990	17.46	1995	17.85	2000	20.18	2005	18.51	2007	20.17	2009	19.53	2011	19.10	2013	20.55	2010	6.74	2010	OCDE	13.82	2010	OCDE
Ex República Yugoslava de Macedonia	23.00	1990	17.99	1995	18.74	2000	17.20	2005	18.41	2007	18.24	2009	17.56	2010	..	..	17.56	2010	4.08	2010	OMS	13.48	2010	OIT*
Turquía	5.68	1990	5.59	1995	9.77	2000	9.87	2005	10.51	2007	12.82	2009	13.11	2011	..	..	13.11	2011	5.90	2011	OCDE	7.21	2011	OCDE
Ucrania	..	..	19.80	1997	18.07	2000	23.94	2005	22.47	2007	27.19	2009	17.42	2011	..	..	17.42	2011	3.82	2011	FMI	13.60	2011	FMI
Reino Unido	16.75	1990	19.91	1995	18.56	2000	20.54	2005	20.37	2007	24.05	2009	23.56	2011	23.77	2013	23.84	2010	7.49	2010	OCDE	16.35	2010	OCDE

Cuadro B.12 Gasto en protección social pública, 1990 al último año disponible (% del PIB)

Área principal, región o país	Total del gasto en protección social pública y gasto en salud (% del PIB)														Atención de salud pública (% del PIB)			Protección social pública (excluida la atención de salud) (% del PIB)							
	1990	Año	1995	Año	2000	Año	2005	Año	2007	Año	2009	Año	2010-11	Año	2012-13	Año	Último año disponible para desagregación	Año	Último año con datos disponibles	Fuente	Año	Último año con datos disponibles	Fuente		
América Latina y el Caribe																									
Antigua y Barbuda	...	...	5.24	1995	5.35	2000	5.51	2005	...	...	5.82	2009	7.09	2011	...	...	7.09	2011	4.05	2011	OMS	3.05	2011	OIT
Argentina	15.05	1990	16.91	1995	16.45	2000	15.18	2005	17.38	2007	21.10	2009	18.13	2010	...	...	18.13	2010	5.34	2010	CEPAL	12.79	2010	CEPAL
Aruba	5.50	1990	16.40	1995	14.70	2000	15.30	2005	...	...	17.80	2009	...	...	...	...	17.80	2009	9.60	2009	Nacional	8.20	2009	Nacional
Bahamas	3.40	1990	3.74	1995	3.31	2000	3.57	2005	4.00	2007	4.94	2009	6.29	2011	...	...	6.29	2011	3.50	2011	Nacional	2.79	2011	Nacional
Barbados	8.60	1990	9.91	1995	8.54	2000	9.68	2005	10.06	2007	9.85	2009	11.41	2010	...	...	11.41	2010	4.34	2010	OMS	7.07	2010	OIT
Belize	2.37	1990	4.08	1995	3.39	2000	3.85	2005	5.06	2007	6.33	2009	5.76	2011	...	...	5.76	2011	3.76	2011	OMS	2.00	2011	OIT/ESS
Bolivia, Estado Plurinacional de	...	...	8.56	1996	10.02	2000	10.40	2005	9.58	2007	11.81	2009	12.12	2010	...	...	12.12	2010	3.62	2010	CEPAL	8.50	2010	CEPAL
Brasil	13.65	1990	15.48	1995	16.26	2000	17.96	2005	19.25	2007	21.18	2009	21.29	2010	...	...	21.29	2010	5.79	2010	OIT	15.50	2010	OIT/ESS
Chile	9.88	1990	11.07	1995	12.81	2000	10.05	2005	9.38	2007	11.32	2009	10.43	2011	10.18	2012	10.43	2011	3.63	2011	OCDE	6.80	2011	OCDE	
Colombia	3.68	1990	8.33	1995	7.32	2000	9.67	2005	9.80	2007	11.38	2009	10.49	2010	...	...	10.49	2010	1.91	2010	CEPAL	8.58	2010	CEPAL
Costa Rica	12.06	1990	11.28	1995	12.47	2000	11.88	2005	12.10	2007	15.42	2009	15.45	2010	...	...	15.45	2010	6.57	2010	CEPAL	8.88	2010	CEPAL
Cuba	16.39	1990	18.86	1995	14.43	2000	19.76	2005	21.05	2007	21.41	2009	22.80	2010	...	...	22.80	2010	9.70	2010	CEPAL	13.10	2010	CEPAL
Dominica	2.20	1990	7.03	1995	6.78	2000	6.34	2005	6.31	2007	6.77	2009	7.99	2010	...	...	7.99	2010	4.19	2010	OMS	3.80	2010	OIT
República Dominicana	3.42	1990	2.76	1995	3.42	2000	5.03	2005	5.52	2007	5.29	2009	4.82	2010	...	...	4.82	2010	1.75	2010	CEPAL	3.07	2010	CEPAL
Ecuador	1.39	1990	1.66	1995	1.12	2000	2.12	2005	2.89	2007	3.93	2009	4.37	2010	...	...	4.37	2010	2.07	2010	CEPAL	2.30	2010	CEPAL
El Salvador	1.19	1990	3.30	1995	6.25	2000	8.84	2005	8.32	2007	8.64	2009	7.77	2011	...	...	7.77	2011	3.80	2011	FMI	3.97	2011	FMI
Granada	...	...	4.13	1995	4.72	2000	4.59	2005	4.57	2007	4.95	2009	4.27	2010	...	...	4.27	2010	2.63	2010	OMS	1.64	2010	Nacional*
Guatemala	2.02	1990	2.61	1995	3.82	2000	4.65	2005	4.35	2007	4.60	2009	4.39	2011	...	...	4.39	2011	1.25	2011	CEPAL	3.14	2011	CEPAL*
Guyana	4.62	1990	5.80	1995	8.25	2000	8.16	2003	6.80	2007	9.72	2009	8.18	2010	...	...	8.18	2010	4.48	2010	OMS	3.70	2010	OIT
Haití	3.27	2013	3.27	2013	2.21	2013	GSW	1.06	2013	GSW
Honduras	2.88	1990	2.47	1995	3.05	2000	3.29	2005	3.26	2007	4.21	2009	4.39	2010	...	...	4.39	2010	3.45	2010	CEPAL	0.94	2010	CEPAL
Jamaica	4.50	1990	3.82	1995	3.63	2000	4.44	2005	3.98	2007	4.25	2009	4.42	2011	...	...	4.42	2011	2.82	2011	FMI	1.61	2011	FMI
México	3.26	1990	4.33	1995	5.30	2000	6.92	2005	6.90	2007	8.22	2009	7.72	2011	7.41	2012	7.72	2011	2.76	2011	OCDE	4.97	2011	OCDE	
Nicaragua	3.85	1990	4.17	1995	4.76	2000	6.31	2005	6.54	2007	6.95	2009	...	...	...	...	6.95	2009	4.06	2009	CEPAL	2.89	2009	CEPAL
Panamá	3.36	1990	4.73	1995	5.05	2000	3.72	2005	5.45	2007	6.57	2009	6.59	2010	...	...	6.59	2010	2.24	2010	CEPAL	4.35	2010	CEPAL

Cuadro B.12 Gasto en protección social pública, 1990 al último año disponible (% del PIB)

Área principal, región o país	Total del gasto en protección social pública y gasto en salud (% del PIB)														Atención de salud pública (% del PIB)			Protección social pública (excluida la atención de salud) (% del PIB)						
	1990	Año	1995	Año	2000	Año	2005	Año	2007	Año	2009	Año	2010-11	Año	2012-13	Año	Último año disponible para desagregación	Año	Último año con datos disponibles	Año	Fuente	Último año con datos disponibles	Año	Fuente
Paraguay	1.58	1990	4.44	1995	5.01	2000	4.18	2005	5.21	2007	6.35	2009	6.35	2010	..	..	6.35	2010	2.28	2010	CEPAL	4.07	2010	CEPAL
Perú	2.31	1990	4.20	1995	5.71	2000	6.55	2005	6.06	2007	6.82	2009	6.85	2010	..	..	6.85	2010	1.58	2010	CEPAL	5.27	2010	CEPAL
Saint Kitts y Neves	5.00	1990	5.27	1995	5.59	2000	4.84	2005	4.48	2008	4.73	2009	5.61	2010	..	..	5.61	2010	2.60	2010	OMS	3.01	2010	Nacional
Santa Lucía	..	..	3.91	1995	4.46	2000	4.69	2005	4.51	2007	6.58	2009	5.97	2010	..	..	5.97	2010	4.25	2010	OMS	1.72	2010	OIT
San Vicente y las Granadinas	5.75	1990	6.10	1995	7.18	2000	6.65	2005	6.81	2007	9.20	2009	8.25	2010	..	..	8.25	2010	3.90	2010	FMI	4.35	2010	OIT
Trinidad y Tobago	3.60	1990	3.67	1995	4.60	2000	5.77	2005	4.97	2007	7.02	2008	8.96	2010	..	..	8.96	2010	3.32	2010	CEPAL	5.64	2010	CEPAL
Uruguay	13.84	1990	18.07	1995	17.79	2000	16.35	2005	17.89	2007	18.17	2009	17.90	2010	..	..	17.90	2010	4.85	2010	CEPAL	13.05	2010	CEPAL
Venezuela, República Bolivariana de	4.46	1990	4.16	1995	6.05	2000	6.88	2005	7.97	2006	8.33	2009	6.85	2010	..	..	6.85	2010	1.55	2010	CEPAL	5.30	2010	CEPAL
América del Norte																								
Canadá	18.11	1990	18.87	1995	16.50	2000	16.95	2005	16.84	2007	19.20	2009	18.14	2011	18.16	2013	18.63	2010	7.97	2010	OCDE	10.66	2010	OCDE
Estados Unidos	13.55	1990	15.47	1995	14.54	2000	16.00	2005	16.31	2007	19.16	2009	19.56	2011	20.03	2013	19.92	2010	8.57	2010	OCDE	11.34	2010	OCDE
Oceanía																								
Australia	13.21	1990	16.19	1995	17.32	2000	16.51	2005	16.39	2007	17.84	2009	18.16	2011	19.52	2013	18.16	2011	7.61	2011	OCDE	10.55	2011	OCDE
Islas Cook	..	..	8.17	1995	5.24	2000	7.50	2005	6.34	2007	7.09	2009	6.74	2010	..	..	6.74	2010	3.75	2010	BASeD/ADB	2.99	2010	OIT
Fiji	1.62	1990	2.09	1995	2.36	2000	2.33	2005	3.39	2008	3.60	2009	3.37	2010	..	..	..	..	1.87	2010	BASeD/ADB	..	..	..
Islas Marshall	20.00	1990	..	..	28.96	2000	22.93	2005	24.37	2008	25.79	2009	24.01	2010	..	..	24.01	2010	14.37	2010	OMS	9.64	2010	BASeD/ADB
Nauru	5.00	1990	5.00	1995	6.00	2000	12.52	2005	19.33	2007	9.59	2009	9.49	2010	..	..	9.49	2010	8.33	2010	OMS	1.15	2010	BASeD/ADB
Nueva Zelanda	21.45	1990	18.58	1995	19.04	2000	18.06	2005	18.55	2007	21.24	2009	21.40	2011	22.37	2013	21.20	2010	8.39	2010	OCDE	12.81	2010	OCDE
Palau	..	..	..	..	..	..	..	..	13.95	2008	14.38	2009	15.79	2010	..	..	15.79	2010	8.79	2010	OMS	7.00	2010	BASeD/ADB
Papua Nueva Guinea	3.28	1990	3.23	1995	3.79	2000	3.46	2005	3.38	2008	3.16	2009	4.60	2011	4.39	2012	4.39	2012	3.27	2012	GSW	1.12	2012	GSW
Islas Salomón	3.80	1990	4.00	1995	4.00	2000	8.07	2005	6.27	2007	8.43	2009	8.25	2010	..	..	8.25	2010	6.95	2010	OMS	1.30	2010	BASeD/ADB
Tonga	3.18	1990	3.06	1995	6.36	2000	8.11	2005	..	..	..	..	5.18	ADB	..	..	8.11	2005	7.06	2011	BASeD/ADB	1.05	2011	BASeD/ADB
Tuvalu	..	..	..	..	..	..	13.36	2005	..	..	..	..	..	..	..	..	13.36	2005	8.68	2005	OMS	4.68	2005	OIT
Vanuatu	..	..	4.28	1995	5.08	2000	4.20	2005	6.01	2007	5.21	2009	5.43	2010	..	..	5.43	2010	4.68	2010	OMS	0.75	2010	BASeD/ADB
Samoa Occidental	..	..	3.87	1995	5.03	2000	4.34	2005	4.60	2007	6.09	2009	5.54	2011	4.95	2012	4.95	2012	3.87	2012	BASeD/ADB	1.07	2012	BASeD/ADB

Notas

... No está disponible.

* Estimaciones.

Estimaciones a nivel mundial ponderadas por la población total 2012 (Perspectivas de la Población Mundial de la ONU, Revisión de 2012).

^a Datos disponibles para el gasto tanto en salud como en protección social (con exclusión de la salud). El año para el que hay datos disponibles para ambos rubros podría diferir del año de los datos más recientes cuando se toma en cuenta el gasto total en protección social.

Fuentes

BASeD/ADB (Banco Asiático de Desarrollo): Indicadores Clave para Asia y el Pacífico 2013: Parte III – Cuadros y tendencias regionales: Gobierno y gobernanza (Manila, 2014). Disponible en: <http://www.adb.org/publications/key-indicators-asia-and-pacific-2013?ref=publications/series/key-indicators-for-asia-and-the-pacific> [en inglés, consultado el 6 de junio de 2014]. Es coherente con los últimos años para los que el FMI dispone de datos.

Comisión Europea, Eurostat, Living conditions and welfare: Social Protection Database (ESSPROS) (Luxemburgo, 2013). Disponible en: http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page/portal/living_conditions_and_social_protection/data/database [6 de junio de 2014]

GSW (Observatorio del Gasto Público). Disponible en: <http://www.governmentspendingwatch.org/spending-data> [20 de mayo de 2014].

OIT (Oficina Internacional del Trabajo): Encuesta de Seguridad Social de la OIT; Indicador: E-1f: Gastos público de protección social con exclusión de prestaciones de salud en especie como porcentaje del PIB (Ginebra 2014). Disponible en: http://www.ilo.org/dyn/illossi/ssiindic.viewMultiIndic3?p_lang=en&p_indicator_code=E-1f [6 de junio de 2014].

FMI (Fondo Monetario Internacional): Estadísticas de Finanzas Públicas, Marzo 2014. Gasto público en protección social (con exclusión de la salud) en forma de porcentaje del PIB (Washington, D.C., 2014).

OCDE (Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos). OCDE Social and welfare statistics: Social Expenditure Database (SOCX) (Paris, 2013). Disponible en: http://stats.oecd.org/Index.aspx?datasetcode=SOCX_AGG [6 de junio de 2014].

CEPAL (Comisión Económica de las Naciones Unidas para América Latina y el Caribe): Estadísticas e indicadores, gasto público social (Santiago de Chile, 2014). Disponible en: <http://www.cepal.org/default.asp?idioma=IN> [6 de junio de 2014].

OMS (Organización Mundial de la Salud): Cuentas Nacionales de Salud (base de datos sobre el Gasto Mundial en Salud) Disponible en: <http://apps.who.int/nha/database> [6 de junio de 2014].

Cuadro B.13 Gasto público en protección social por garantía, al último año disponible (porcentaje del PIB).

Área principal, región o país	Gasto total en protección social		Gasto público en servicios de salud (% del PIB)		Gasto público en protección social para las personas de edad (% del PIB)		Gasto público en protección social para las personas de edad activa (% del PIB)								Gasto en protección social pública para los hijos (% del PIB)			
	Último año con datos disponibles (a)	Año	Último año con datos disponibles (a)	Año	Último año con datos disponibles (a)	Año	Prestaciones sociales para las personas de edad activa (con exclusión de la asistencia social general)		Desempleo		Programas del mercado de trabajo		Enfermedad, maternidad, accidentes y enfermedades profesionales, invalidez		Asistencia social general (% del PIB)		Último año con datos disponibles (a)	Año
							Último año con datos disponibles (a)	Año	Último año con datos disponibles (a)	Año	Último año con datos disponibles (a)	Año	Último año con datos disponibles (a)	Año	Último año con datos disponibles (a)	Año		
Promedio regional (ponderado por la población total)																		
África	4.3		2.6		1.3		0.4	..	..	..	..	..	..	0.2		0.2		
África del Norte	10.0		3.2		5.0		1.1	..	..	..	..	..	..	0.3		0.4		
África Subsahariana	4.3		2.6		1.1		0.3	..	..	..	..	..	..	0.2		0.1		
Asia y el Pacífico	4.6		1.5		2.0		0.4	..	..	..	..	..	..	0.4		0.2		
Europa Occidental	27.1		7.9		11.1		5.0	..	..	..	..	..	..	0.9		2.2		
Europa Central y Oriental	17.8		4.4		8.3		3.0	..	..	..	..	..	..	1.3		0.8		
América Latina y el Caribe	13.9		4.0		4.6		2.0	..	..	..	..	..	..	2.6		0.7		
América del Norte	17.0		8.5		6.6		2.8	..	..	..	..	..	..	1.1		0.7		
Oriente Medio	11.0		2.0		3.3		1.5	..	..	..	..	..	..	3.4		0.8		
En el mundo	8.8		2.8		3.3		1.5	..	..	..	..	..	..	0.7		0.4		
África																		
Argelia	9.73	2009	3.62	⁴ 2009	5.14	² 2009	0.32	² 2009	0.02	² 2009	...	...	0.30	² 2009	0.20	² 2009	0.44	² 2009
Angola	6.79	2011	2.15	⁴ 2011	2.50	² 2011	1.64	² 2011	...	...	...	...	1.64	² 2011	0.50	² 2010	0.00	² 2010
Benin	4.20	2010	2.22	⁴ 2010	1.40	¹ 2010	0.10	¹ 2010	n.a.	¹³ 2010	...	...	0.10	¹ 2010	0.10	¹ 2010	0.38	¹ 2010
Botswana	7.15	2009	3.99	⁴ 2009	1.31	⁵ 2009	1.26	¹ 2009	n.a.	¹³ 2009	...	...	1.26	¹ 2009	...	...	0.59	¹ 2009
Burkina Faso	5.58	2009	3.60	⁴ 2009	0.90	¹ 2009	0.19	¹ 2009	n.a.	¹³ 2009	...	...	0.17	¹ 2009	0.71	¹ 2009	0.18	¹ 2009
Burundi	5.32	2010	3.27	⁴ 2010	0.70	¹ 2010	0.16	¹ 2010	n.a.	¹³ 2010	...	...	0.16	¹ 2010	1.05	¹ 2010	0.14	¹ 2010
Camerún	2.20	2009	1.27	⁴ 2009	0.50	¹ 2009	0.37	¹ 2009	n.a.	¹³ 2009	...	...	0.37	¹ 2009	...	...	0.05	¹ 2009
Cabo Verde	7.16	2009	2.48	¹⁰ 2009	2.50	⁵ 2010	1.94	¹ 2010	n.a.	¹³ 2010	...	...	1.94	¹ 2010	...	...	0.24	² 2010

Cuadro B.13 Gasto público en protección social por garantía, al último año disponible (porcentaje del PIB).

Área principal, región o país	Gasto total en protección social		Gasto público en servicios de salud (% del PIB)		Gasto público en protección social para las personas de edad (% del PIB)		Gasto público en protección social para las personas de edad activa (% del PIB)								Gasto en protección social pública para los hijos (% del PIB)										
	Último año con datos disponibles (a)	Año	Último año con datos disponibles (a)	Nota	Año	Nota	Prestaciones sociales para las personas de edad activa (con exclusión de la asistencia social general)		Desempleo		Programas del mercado de trabajo		Enfermedad, maternidad, accidentes y enfermedades profesionales, invalidez		Asistencia social general (% del PIB)		Último año con datos disponibles (a)	Nota	Año						
							Último año con datos disponibles (a)	Nota	Último año con datos disponibles (a)	Nota	Último año con datos disponibles (a)	Nota	Último año con datos disponibles (a)	Nota	Último año con datos disponibles (a)	Nota									
República Centroafricana	1.36	2010	0.66	¹⁰	2010	0.56	¹	2010	0.09	¹	2010	n.a.	¹³	2010	..	..	0.09	¹	2010	..	..	0.05	¹	2010
Chad	1.31	2010	1.01	⁴	2010	0.21	¹	2010	0.06	¹	2010	n.a.	¹³	2010	..	..	0.06	¹	2010	..	..	0.03	¹	2010
Congo	2.79	2010	1.39	⁴	2010	1.00	¹	2010	0.25	¹	2010	0.00	¹	2010	0.25	¹	2010	0.05	¹	2010	0.10	¹	2010
Congo, República Democrática del	2.25	2005	1.77	⁴	2005	0.40	⁵	2005	0.07	¹	2005	n.a.	¹³	2005	..	..	0.07	¹	2005	..	..	0.05	¹	2005
Côte d'Ivoire	1.95	2011	0.87	¹⁰	2011	0.60	⁶	2010	0.22	⁶	2010	n.a.	¹³	2010	..	..	0.22	¹	2010	..	..	0.26	⁶	2010
Djibouti	7.29	2007	5.34	⁴	2007	1.50	⁵	2007	..	..	..	n.a.	¹³	2010	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
Egipto	12.57	2010	1.44	¹⁰	2010	3.00	⁵	2010	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
Guinea Ecuatorial	3.90	2009	3.41	⁴	2009	0.30	¹	2010	0.17	¹	2010	n.a.	¹³	2009	..	..	0.17	¹	2009	..	..	0.02	¹	2010
Eritrea	1.64	2011	1.25	⁴	2011	0.30	⁵	2001	..	..	..	n.a.	¹³	2001	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
Gambia	2.96	2005	2.46	⁴	2005	0.10	⁵	2003	0.20	¹	2003	n.a.	¹³	2003	0.20	¹	2003	0.20	¹	2003	0.00	¹	2003
Ghana	5.01	2009	2.81	⁴	2009	1.30	⁵	2010	0.65	¹	2010	n.a.	¹³	2009	..	..	0.65	¹	2009	..	..	0.25	²	2011
Guinea - Bissau	5.44	2010	2.31	⁴	2010	2.30	¹	2010	0.65	¹	2010	n.a.	¹³	2010	0.65	¹	2010	0.10	¹	2010	0.08	¹	2010
Kenya	2.84	2011	1.53	¹⁰	2010	1.14	¹	2010	0.05	²	2010	n.a.	¹³	2010	0.05	²	2010	0.10	²	2010	0.02	²	2010
Lesotho	6.13	2009	5.98	¹⁰	2008	1.77	⁷	2008	..	..	..	n.a.	¹³	2008	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
Liberia	11.47	2005	1.60	⁴	2005	0.14	⁵	2010	..	..	..	n.a.	¹³	2010	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
Libia	6.55	2010	2.11	⁴	2010	2.00	¹	2010	..	..	..	n.a.	¹³	2010	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
Mali	4.88	2010	2.82	⁴	2010	1.59	⁵	2010	0.25	¹	2009	n.a.	¹³	2009	0.25	¹	2009	0.10	²	2010	0.13	²	2010
Mauritania	4.47	2009	3.37	⁴	2009	0.60	⁵	2007	..	..	..	n.a.	¹³	2009	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
Mauricio	9.12	2011	2.39	¹⁰	2011	5.02	¹	2011	0.88	¹	2011	0.01	¹	2011	0.87	¹	2011	0.50	²	2011	0.33	¹	2011
Marruecos	6.57	2010	2.07	⁴	2010	2.90	⁵	2011	1.50	¹	2010	n.a.	¹³	2010	1.50	¹	2010	0.05	¹	2010	0.06	¹	2010
Mozambique	5.32	2010	3.29	⁶	2010	1.84	⁵	2010	0.12	¹	2010	n.a.	¹³	2010	..	..	0.12	¹	2010	0.06	¹	2010	..	..
Namibia	7.40	2011	2.80	⁴	2011	3.20	¹	2011	0.30	¹	2011	n.a.	¹³	2011	0.30	¹	2011	0.80	¹	2011	0.30	¹	2011

Cuadro B.13 Gasto público en protección social por garantía, al último año disponible (porcentaje del PIB).

Área principal, región o país	Gasto total en protección social		Gasto público en servicios de salud (% del PIB)		Gasto público en protección social para las personas de edad (% del PIB)		Gasto público en protección social para las personas de edad activa (% del PIB)										Gasto en protección social pública para los hijos (% del PIB)			
	Último año con datos disponibles (a)	Año	Último año con datos disponibles (a)	Nota	Año	Nota	Prestaciones sociales para las personas de edad activa (con exclusión de la asistencia social general)		Desempleo		Programas del mercado de trabajo		Enfermedad, maternidad, accidentes y enfermedades profesionales, invalidez		Asistencia social general (% del PIB)		Último año con datos disponibles (a)	Nota	Año	
							Último año con datos disponibles (a)	Nota	Último año con datos disponibles (a)	Nota	Último año con datos disponibles (a)	Nota	Último año con datos disponibles (a)	Nota	Último año con datos disponibles (a)	Nota				Último año con datos disponibles (a)
Níger	3.29	2009	2.69	⁴ 2009	0.70	⁵ 2006	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
Nigeria	3.70	2009	2.30	¹² 2009	0.91	⁵ 2004	0.29	¹ 2009	n.a.	¹³ 2004	..	..	0.29	¹ 2004	0.20	¹ 2009	0.00	¹³ 2004	..	..
Rwanda	6.87	2009	5.37	⁴ 2009	0.75	¹ 2009	0.50	¹ 2009	n.a.	¹³ 2009	..	..	..	..	0.10	¹ 2009	0.15	¹ 2009	..	..
Senegal	5.34	2010	3.28	⁴ 2010	1.78	⁵ 2010	0.15	¹ 2010	n.a.	¹³ 2010	..	..	0.15	¹ 2010	0.05	¹ 2010	0.08	¹ 2010	..	..
Seychelles	7.52	2011	3.14	¹⁰ 2011	3.00	² 2010	1.39	² 2010	n.a.	¹³ 2010	..	..	1.00	² 2010	..	..	0.00	¹³ 2010	..	..
Sierra Leona	2.07	2006	1.46	⁴ 2009	0.47	⁵ 2009	0.14	¹ 2010	n.a.	¹³ 2010	..	..	0.14	¹ 2010	..	..	..	..	..	..
Sudáfrica	9.79	2010	4.74	¹⁰ 2010	2.18	⁵ 2010	1.63	¹ 2010	0.17	¹ 2010	..	..	1.45	¹ 2010	..	..	1.24	¹ 2010	..	..
Swazilandia	7.32	2010	5.54	⁴ 2010	0.60	⁷ 2010	1.18	¹ 2010	n.a.	¹³ 2010	..	..	1.18	¹ 2010	0.00	¹ 2010	0.00	¹³ 2010	..	..
Tanzania, República Unida de	6.81	2010	4.48	¹ 2010	1.89	¹ 2010	0.03	¹ 2010	n.a.	¹³ 2010	..	..	0.03	¹ 2010	0.40	¹ 2010	0.00	¹ 2010	..	..
Togo	5.49	2009	3.28	⁴ 2009	2.00	¹ 2009	0.01	¹ 2009	n.a.	¹³ 2009	..	..	0.01	² 2009	0.00	² 2009	0.20	² 2009	..	..
Túnez	10.40	2011	1.50	¹⁰ 2011	4.70	¹ 2010	3.36	¹ 2010	..	2010	..	..	2.35	¹ 2010	0.70	¹ 2010	0.15	¹ 2010	..	..
Uganda	3.46	2011	2.30	¹⁰ 2011	0.40	⁵ 2011	0.38	¹ 2010	n.a.	¹³ 2011	..	..	0.38	¹ 2011	0.30	¹ 2011	0.08	¹ 2011	..	..
Zambia	5.46	2011	3.66	⁴ 2011	1.40	⁵ 2008	0.35	¹ 2008	n.a.	¹³ 2008	..	..	0.35	¹ 2008	0.05	¹ 2011	0.00	¹ 2008	..	..
Zimbabwe	5.60	2011	4.30	² 2011	0.95	¹ 2010	0.05	¹ 2010	n.a.	¹³ 2010	..	..	0.05	² 2010	0.08	² 2011	0.22	² 2010	..	..
Asia																				
Afganistán	3.70	2010	2.50	¹⁰ 2010	0.50	⁵ 2010	0.18	³ 2010	n.a.	³ 2010	0.13	³ 2010	0.05	³ 2010	0.31	³ 2010	0.20	³ 2010	..	..
Armenia	8.46	2011	1.68	³ 2011	3.64	³ 2011	1.00	³ 2011	0.50	³ 2011	0.09	³ 2011	0.42	³ 2011	0.02	³ 2011	2.12	³ 2011	..	..
Azerbaiyán	7.88	2010	1.04	¹⁰ 2010	4.20	³ 2010	0.58	³ 2010	0.08	³ 2010	0.05	³ 2010	0.45	³ 2010	1.53	³ 2010	0.54	³ 2010	..	..
Bahrein	4.01	2010	2.40	¹⁰ 2010	1.00	¹ 2010	0.51	¹ 2010	0.01	¹ 2010	0.00	¹ 2010	0.50	¹ 2010	0.11	¹ 2010	0.00	¹³ 2010	..	..
Bangladesh	2.69	2011	1.11	³ 2011	0.71	³ 2011	0.46	³ 2011	n.a.	¹³ 2011	0.45	³ 2011	0.02	³ 2011	0.32	³ 2011	0.09	³ 2011	..	..
Bután	4.77	2010	2.97	³ 2010	0.68	³ 2010	0.03	³ 2011	n.a.	¹³ 2010	..	..	0.03	³ 2010	0.00	³ 2010	1.09	³ 2010	..	..
Brunei Darussalam	2.95	2009	2.04	¹⁴ 2009	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
Camboya	1.79	2011	1.26	³ 2011	0.15	³ 2011	0.10	³ 2011	n.a.	¹³ 2011	0.10	³ 2011	0.00	³ 2011	0.18	³ 2011	0.10	³ 2011	..	..

Cuadro B.13 Gasto público en protección social por garantía, al último año disponible (porcentaje del PIB).

Área principal, región o país	Gasto total en protección social		Gasto público en servicios de salud (% del PIB)		Gasto público en protección social para las personas de edad (% del PIB)		Gasto público en protección social para las personas de edad activa (% del PIB)										Gasto en protección social pública para los hijos (% del PIB)			
	Último año con datos disponibles (a)	Año	Último año con datos disponibles (a)	Nota	Año	Último año con datos disponibles (a)	Nota	Prestaciones sociales para las personas de edad activa (con exclusión de la asistencia social general)		Desempleo		Programas del mercado de trabajo		Enfermedad, maternidad, accidentes y enfermedades profesionales, invalidez		Asistencia social general (% del PIB)		Último año con datos disponibles (a)	Nota	Año
								Último año con datos disponibles (a)	Nota	Último año con datos disponibles (a)	Nota	Último año con datos disponibles (a)	Nota	Último año con datos disponibles (a)	Nota	Último año con datos disponibles (a)	Nota			
China	6.83	2010	1.27	¹⁰ 2010	2.89	³ 2009	1.90	³ 2009	0.14	¹ 2009	0.20	³ 2009	1.55	³ 2009	0.54	³ 2009	0.22	³ 2009		
Georgia	8.01	2011	1.64	¹⁰ 2011	3.90	³ 2011	0.77	³ 2011	n.a.	¹³ 2011	0.00	³ 2011	0.77	³ 2011	1.40	³ 2011	0.31	³ 2011		
Hong Kong (China), Región Administrativa Especial de	4.58	2011	2.34	³ 2011	1.60	⁵ 2011	0.60	¹ 2011	n.a.	¹³ 2010	...	...	0.60	¹ 2010	0.03	¹ 2010	0.07	¹ 2010
India	2.56	2010	1.06	⁴ 2010	0.75	³ 2010	0.60	³ 2010	...	³ 2009	0.50	³ 2010	0.10	³ 2010	0.10	³ 2010	0.06	³ 2010		
Indonesia	2.63	2010	1.03	⁴ 2010	0.45	³ 2010	0.09	³ 2010	n.a.	¹³ 2010	0.07	³ 2010	0.03	³ 2010	0.38	³ 2010	0.68	³ 2010		
Irán, República Islámica del	13.41	2009	1.97	¹⁰ 2009	3.60	¹ 2009	1.80	¹ 2009	0.30	¹ 2009	...	...	1.50	¹ 2009	5.04	¹ 2010	1.00	¹ 2010
Iraq	12.14	2009	7.07	⁴ 2009	3.90	³ 2009	...	...	n.a.	¹³ 2009	...	...	...	...	...	...	...	...
Israel	16.02	2011	4.33	⁸ 2011	5.27	⁸ 2011	3.81	⁸ 2011	0.32	⁸ 2011	0.14	⁸ 2011	3.35	⁸ 2011	0.71	⁸ 2011	1.90	⁸ 2011		
Japón	22.40	2009	7.15	⁸ 2009	11.83	⁸ 2009	2.26	⁸ 2009	0.71	⁸ 2009	0.43	⁸ 2009	1.13	⁸ 2009	0.37	⁸ 2009	0.79	⁸ 2009		
Jordania	12.11	2011	3.31	¹⁰ 2011	7.51	¹ 2010	0.67	¹ 2010	n.a.	¹³ 2010	0.01	¹ 2010	0.66	¹ 2010	0.60	¹ 2010	0.02	¹ 2010		
Kazajstán	6.38	2011	2.27	¹⁰ 2011	2.70	⁵ 2011	1.00	¹ 2011	...	...	...	...	...	...	0.21	¹ 2011	0.20	¹ 2011
Corea, República de	9.19	2010	4.12	⁸ 2010	2.36	⁸ 2010	1.24	⁸ 2010	0.31	⁸ 2010	0.38	⁸ 2010	0.54	⁸ 2010	0.68	⁸ 2010	0.78	⁸ 2010		
Kuwait	11.44	2011	2.23	¹⁰ 2011	3.50	¹ 2011	...	...	n.a.	¹³ 2011	...	...	...	...	...	...	...	...
Kirguistán	8.30	2011	3.31	³ 2011	1.54	³ 2010	3.11	³ 2010	0.01	³ 2010	0.01	³ 2010	3.08	³ 2010	0.02	³ 2010	0.33	³ 2010		
República Democrática Popular Lao	1.74	2005	1.22	⁴ 2010	0.10	³ 2010	0.06	³ 2010	n.a.	¹³ 2010	...	...	0.06	³ 2010	0.34	³ 2010	0.02	³ 2010
Malasia	2.99	2012	1.99	³ 2012	0.89	³ 2012	0.07	³ 2012	n.a.	¹³ 2012	0.00	³ 2012	0.07	³ 2012	0.03	³ 2012	0.02	³ 2012		
Maldivas	5.74	2010	3.63	¹⁰ 2010	1.66	³ 2010	0.23	³ 2010	n.a.	¹³ 2010	0.01	³ 2010	0.22	³ 2010	0.21	³ 2010	0.02	³ 2010		
Mongolia	18.61	2011	2.97	³ 2011	7.82	³ 2011	1.97	³ 2011	0.18	³ 2011	0.38	³ 2011	1.41	³ 2011	5.53	³ 2011	0.33	³ 2011		
Myanmar	0.96	2004	0.26	¹⁰ 2011	0.60	⁵ 2011	0.06	¹ 2011	n.a.	¹³ 2011	...	...	0.06	¹ 2011	0.04	¹ 2011	0.00	² 2011
Nepal	2.33	2011	1.61	¹⁰ 2011	0.54	³ 2011	0.07	³ 2011	n.a.	¹³ 2011	0.01	³ 2011	0.06	³ 2011	0.02	³ 2011	0.09	³ 2011		
Pakistán	1.68	2010	0.38	² 2010	1.01	³ 2010	0.03	³ 2010	n.a.	¹³ 2010	0.03	³ 2010	0.00	³ 2010	0.25	³ 2010	0.01	³ 2010		

Cuadro B.13 Gasto público en protección social por garantía, al último año disponible (porcentaje del PIB).

Área principal, región o país	Gasto total en protección social		Gasto público en servicios de salud (% del PIB)		Gasto público en protección social para las personas de edad (% del PIB)		Gasto público en protección social para las personas de edad activa (% del PIB)										Gasto en protección social pública para los hijos (% del PIB)		
	Último año con datos disponibles (a)	Año	Último año con datos disponibles (a)	Nota	Año	Nota	Prestaciones sociales para las personas de edad activa (con exclusión de la asistencia social general)		Desempleo		Programas del mercado de trabajo		Enfermedad, maternidad, accidentes y enfermedades profesionales, invalidez		Asistencia social general (% del PIB)		Último año con datos disponibles (a)	Nota	Año
							Último año con datos disponibles (a)	Nota	Último año con datos disponibles (a)	Nota	Último año con datos disponibles (a)	Nota	Último año con datos disponibles (a)	Nota	Último año con datos disponibles (a)	Nota			
Filipinas	1.55	2012	0.56	³ 2012	0.58	³ 2012	0.27	³ 2012	n.a.	¹³ 2012	0.02	³ 2012	0.25	³ 2012	0.01	³ 2012	0.14	³ 2012	
Singapur	2.83	2011	1.20	¹⁰ 2011	0.70	¹ 2011	0.91	¹ 2011	n.a.	¹³ 2011	0.02	¹ 2011	0.89	¹ 2011	0.01	¹ 2011	0.01	¹ 2011	
Sri Lanka	3.14	2011	1.26	¹⁰ 2011	1.68	³ 2011	0.04	³ 2011	n.a.	¹³ 2011	0.02	³ 2011	0.01	³ 2011	0.02	³ 2011	0.15	³ 2011	
República Árabe Siria	1.99	2009	1.63	⁴ 2009	1.30	⁵ 2004	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Taiwán	10.54	2009	3.75	² 2009	4.74	² 2009	1.09	² 2009	0.29	¹ 2009	0.19	² 2009	0.61	² 2009	0.53	² 2009	0.43	² 2009	
Tayikistán	5.31	2011	1.80	³ 2011	0.85	³ 2011	1.88	³ 2010	0.02	³ 2010	0.02	³ 2010	1.83	³ 2010	0.35	³ 2011	0.43	³ 2011	
Tailandia	7.24	2011	2.27	¹⁰ 2011	4.20	³ 2011	0.31	³ 2011	0.11	³ 2011	0.00	³ 2011	0.20	³ 2011	0.01	³ 2011	0.45	³ 2011	
Timor Oriental	4.24	2010	0.83	³ 2010	1.40	³ 2010	0.10	³ 2010	n.a.	¹³ 2010	0.10	³ 2010	0.00	³ 2010	1.22	³ 2010	0.69	³ 2010	
Uzbekistán	11.16	2010	2.73	⁴ 2010	5.75	³ 2010	0.69	³ 2010	...	³ 2010	0.00	³ 2010	0.69	³ 2010	0.10	³ 2010	1.88	³ 2010	
Viet Nam	6.28	2010	2.54	⁴ 2010	3.13	³ 2010	0.51	³ 2010	0.02	³ 2010	0.16	³ 2010	0.33	³ 2010	0.09	³ 2010	0.02	³ 2010	
Yemen	1.86	2010	1.13	¹⁰ 2010	0.50	² 2010	0.17	¹ 2010	n.a.	¹³ 2010	...	...	0.17	² 2010	0.05	² 2010	0.01	² 2010
Europa																			
Albania	10.83	2011	2.68	¹⁰ 2011	5.20	⁵ 2011	2.67	² 2010	...	...	...	...	...	...	...	...	0.28	² 2010
Austria	29.10	2009	7.32	⁸ 2009	14.00	⁸ 2009	4.58	⁸ 2009	1.10	⁸ 2009	0.85	⁸ 2009	2.63	⁸ 2009	0.44	⁸ 2009	2.76	⁸ 2009	
Belarus	16.35	2011	4.55	¹⁰ 2010	10.00	⁵ 2009	1.06	¹ 2010	...	...	...	...	1.06	¹ 2010	0.34	² 2010	0.40	² 2010
Belgium	29.70	2009	8.11	⁸ 2009	10.20	⁸ 2009	7.76	⁸ 2009	3.68	⁸ 2009	1.40	⁸ 2009	2.68	⁸ 2009	1.02	⁸ 2009	2.62	⁸ 2009	
Bosnia and Herzegovina	17.45	2011	6.95	⁴ 2011	9.40	⁵ 2009	0.80	¹ 2010	0.10	¹ 2010	...	...	0.70	¹ 2010	0.10	¹ 2010	0.20	⁵ 2010
Bulgaria	17.20	2011	4.31	⁹ 2011	8.31	⁹ 2010	2.73	⁹ 2010	0.49	⁹ 2010	...	...	2.24	⁹ 2010	0.40	⁹ 2010	1.45	⁹ 2010
Croatia	21.16	2011	6.38	¹⁰ 2010	10.60	⁵ 2010	3.09	² 2010	0.40	² 2010	...	...	2.69	² 2010	0.14	¹ 2010	0.96	² 2010
Cyprus	21.31	2010	3.27	⁹ 2010	9.91	⁹ 2010	3.98	⁹ 2010	1.04	⁹ 2010	...	...	2.95	⁹ 2010	2.75	⁹ 2010	2.20	⁹ 2010
Czech Republic	20.71	2009	6.71	⁸ 2009	8.55	⁸ 2009	4.40	⁸ 2009	1.02	⁸ 2009	0.22	⁸ 2009	3.17	⁸ 2009	0.20	⁸ 2009	0.85	⁸ 2009	
Denmark	30.19	2009	7.68	⁸ 2009	8.17	⁸ 2009	9.44	⁸ 2009	2.30	⁸ 2009	1.61	⁸ 2009	5.53	⁸ 2009	1.61	⁸ 2009	3.29	⁸ 2009	
Estonia	20.04	2009	5.18	⁸ 2009	8.07	⁸ 2009	5.58	⁸ 2009	1.09	⁸ 2009	0.24	⁸ 2009	4.25	⁸ 2009	0.15	⁸ 2009	1.06	⁸ 2009	
Finland	29.44	2009	6.79	⁸ 2009	11.13	⁸ 2009	7.77	⁸ 2009	1.98	⁸ 2009	0.92	⁸ 2009	4.88	⁸ 2009	1.21	⁸ 2009	2.54	⁸ 2009	

Cuadro B.13 Gasto público en protección social por garantía, al último año disponible (porcentaje del PIB).

Área principal, región o país	Gasto total en protección social		Gasto público en servicios de salud (% del PIB)		Gasto público en protección social para las personas de edad (% del PIB)		Gasto público en protección social para las personas de edad activa (% del PIB)												Gasto en protección social pública para los hijos (% del PIB)							
	Último año con datos disponibles (a)	Año	Último año con datos disponibles (a)	Nota	Año	Nota	Prestaciones sociales para las personas de edad activa (con exclusión de la asistencia social general)			Desempleo		Programas del mercado de trabajo		Enfermedad, maternidad, accidentes y enfermedades profesionales, invalidez		Asistencia social general (% del PIB)		Último año con datos disponibles (a)	Nota	Año						
							Último año con datos disponibles (a)	Nota	Año	Último año con datos disponibles (a)	Nota	Año	Último año con datos disponibles (a)	Nota	Año	Último año con datos disponibles (a)	Nota				Año					
Francia	32.07	2009	8.99	⁸	2009	14.11	⁸	2009	4.80	⁸	2009	1.53	⁸	2009	0.99	⁸	2009	2.29	⁸	2009	1.29	⁸	2009	2.89	⁸	2009
Alemania	27.12	2010	8.52	⁸	2010	11.00	⁸	2010	4.97	⁸	2010	1.53	⁸	2010	0.94	⁸	2010	2.50	⁸	2010	0.81	⁸	2010	1.82	⁸	2010
Grecia	23.88	2009	6.52	⁸	2009	13.16	⁸	2009	2.04	⁸	2009	0.72	⁸	2009	0.22	⁸	2009	1.11	⁸	2009	0.89	⁸	2009	1.27	⁸	2009
Hungría	23.93	2009	5.08	⁸	2009	10.45	⁸	2009	4.88	⁸	2009	0.88	⁸	2009	0.45	⁸	2009	3.54	⁸	2009	0.75	⁸	2009	2.76	⁸	2009
Islandia	18.47	2009	6.17	⁸	2009	2.22	⁸	2009	5.12	⁸	2009	1.68	⁸	2009	0.04	⁸	2009	3.40	⁸	2009	1.70	⁸	2009	3.27	⁸	2009
Irlanda	23.72	2010	6.39	⁸	2010	5.84	⁸	2010	6.32	⁸	2010	2.60	⁸	2010	0.96	⁸	2010	2.75	⁸	2010	1.03	⁸	2010	4.15	⁸	2010
Italia	27.81	2009	7.42	⁸	2009	15.56	⁸	2009	3.38	⁸	2009	0.79	⁸	2009	0.44	⁸	2009	2.15	⁸	2009	0.07	⁸	2009	1.38	⁸	2009
Letonia	17.60	2010	2.95	⁹	2010	8.39	⁹	2010	4.49	⁹	2010	1.70	⁹	2010	...	...	2010	2.79	⁹	2010	0.29	⁹	2010	1.48	⁹	2010
Lituania	18.30	2010	4.29	⁹	2010	7.89	⁹	2010	3.66	⁹	2010	0.78	⁹	2010	...	...	2010	2.88	⁹	2010	0.33	⁹	2010	2.13	⁹	2010
Luxemburgo	23.57	2009	6.65	⁸	2009	7.67	⁸	2009	4.86	⁸	2009	1.17	⁸	2009	0.50	⁸	2009	3.19	⁸	2009	0.82	⁸	2009	3.58	⁸	2009
Malta	19.57	2008	4.28	⁹	2010	10.41	⁹	2010	3.08	⁹	2010	0.60	⁹	2010	...	...	2010	2.49	⁹	2010	0.56	⁹	2010	1.24	⁹	2010
Moldova, República de	18.61	2011	5.17	¹⁰	2011	7.40	⁵	2012	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Montenegro	20.05	2011	6.24	⁴	2011	11.00	⁵	2011	1.54	¹	2011	...	...	2011	0.25	⁵	2011	1.29	⁵	2011	1.12	⁵	2011	0.15	⁵	2011
Países Bajos	23.18	2009	7.90	⁸	2009	6.07	⁸	2009	5.77	⁸	2009	1.45	⁸	2009	1.22	⁸	2009	3.11	⁸	2009	1.73	⁸	2009	1.71	⁸	2009
Noruega	23.29	2009	6.17	⁸	2009	7.41	⁸	2009	6.26	⁸	2009	0.43	⁸	2009	0.47	⁸	2009	5.36	⁸	2009	0.89	⁸	2009	2.56	⁸	2009
Polonia	21.52	2009	5.17	⁸	2009	11.84	⁸	2009	3.56	⁸	2009	0.28	⁸	2009	0.63	⁸	2009	2.65	⁸	2009	0.21	⁸	2009	0.75	⁸	2009
Portugal	25.55	2009	7.20	⁸	2009	12.47	⁸	2009	4.39	⁸	2009	1.21	⁸	2009	0.77	⁸	2009	2.41	⁸	2009	0.31	⁸	2009	1.19	⁸	2009
Rumania	17.39	2010	4.19	⁹	2010	8.87	⁹	2010	2.48	⁹	2010	0.41	⁹	2010	...	...	2010	2.07	⁹	2010	0.23	⁹	2010	1.63	⁹	2010
Federación de Rusia	15.97	2011	3.96	¹⁰	2011	6.80	⁵	2011	2.90	¹	2010	0.18	¹	2010	...	...	2010	2.72	¹	2010	1.77	¹	2010	0.55	¹	2010
Serbia	24.00	2010	6.51	¹⁰	2010	12.84	⁹	2010	3.25	⁹	2010	0.75	⁹	2010	...	...	2010	2.50	⁹	2010	0.40	⁹	2010	1.00	⁹	2010
Eslovaquia	18.74	2009	6.01	⁸	2009	7.36	⁸	2009	3.49	⁸	2009	0.68	⁸	2009	0.23	⁸	2009	2.59	⁸	2009	0.40	⁸	2009	1.48	⁸	2009
Eslovenia	22.58	2009	6.80	⁸	2009	10.96	⁸	2009	3.71	⁸	2009	0.48	⁸	2009	0.33	⁸	2009	2.90	⁸	2009	0.52	⁸	2009	0.59	⁸	2009
España	25.98	2009	7.04	⁸	2009	9.88	⁸	2009	7.40	⁸	2009	3.45	⁸	2009	0.86	⁸	2009	3.09	⁸	2009	0.47	⁸	2009	1.18	⁸	2009
Suecia	29.82	2009	7.30	⁸	2009	10.75	⁸	2009	7.60	⁸	2009	0.73	⁸	2009	1.12	⁸	2009	5.75	⁸	2009	1.18	⁸	2009	2.99	⁸	2009

Cuadro B.13 Gasto público en protección social por garantía, al último año disponible (porcentaje del PIB).

Área principal, región o país	Gasto total en protección social		Gasto público en servicios de salud (% del PIB)		Gasto público en protección social para las personas de edad (% del PIB)		Gasto público en protección social para las personas de edad activa (% del PIB)												Gasto en protección social pública para los hijos (% del PIB)							
	Último año con datos disponibles (a)	Año	Último año con datos disponibles (a)	Nota	Año	Nota	Prestaciones sociales para las personas de edad activa (con exclusión de la asistencia social general)		Desempleo		Programas del mercado de trabajo		Enfermedad, maternidad, accidentes y enfermedades profesionales, invalidez		Asistencia social general (% del PIB)		Último año con datos disponibles (a)	Nota	Año							
							Último año con datos disponibles (a)	Nota	Último año con datos disponibles (a)	Nota	Último año con datos disponibles (a)	Nota	Último año con datos disponibles (a)	Nota	Último año con datos disponibles (a)	Nota										
Suiza	18.37	2008	6.02	⁸	2008	6.56	⁸	2008	3.79	⁸	2008	0.53	⁸	2008	0.33	⁸	2008	2.94	⁸	2008	0.73	⁸	2008	1.27	⁸	2008
Ex República Yugoslava de Macedonia	18.08	2009	4.08	⁴	2010	8.00	⁵	2010
Turquía	13.11	2011	5.90	⁸	2011	6.98	⁸	2011	0.24	⁸	2011	0.06	⁸	2011	0.00	⁸	2011	0.17	⁸	2011	0.00	⁸	2011	0.00	⁸	2011
Ucrania	17.42	2011	3.82	¹⁰	2011	7.90	¹	2011	2.41	¹	2011	0.17	¹	2011	...	...	2.25	¹	2011	2.74	¹	2011	0.54	¹	2011
Reino Unido	24.05	2009	8.08	⁸	2009	6.76	⁸	2009	4.07	⁸	2009	0.46	⁸	2009	0.33	⁸	2009	3.28	⁸	2009	1.67	⁸	2009	3.47	⁸	2009
América Latina y el Caribe																										
Antigua y Barbuda	5.82	2009	2.95	⁴	2006	2.50	¹	2006	0.27	¹	2006	0.00	¹	2006	0.00	⁰	0	0.27	¹	2006	0.00	¹	2006	0.10	¹	2006
Argentina	21.10	2009	6.21	¹²	2009	6.79	²	2009	5.12	²	2009	0.05	²	2009	...	...	5.07	²	2009	2.03	¹²	2009	0.95	²	2009
Aruba	17.80	2009	9.60	²	2009	4.30	¹	2009	1.09	¹	2009	0.04	¹	2009	...	...	1.05	¹	2009	1.81	¹	2009	1.00	¹	2009
Bahamas	6.29	2011	3.50	²	2011	1.93	²	2011	0.86	²	2011	0.11	²	2011	...	...	0.75	²	2011	0.00	²	2011	0.00	¹	2011
Barbados	9.85	2009	3.75	⁴	2009	4.08	¹	2009	1.83	¹	2009	0.61	¹	2009	...	...	1.22	¹	2009	0.18	¹	2009	0.00	¹³	2009
Belice	5.85	2011	3.85	⁴	2010	0.23	¹	2010	0.64	¹	2010	n.a.	¹³	2010	...	...	0.64	¹	2009	1.13	¹	2010	0.00	¹²	2010
Bolivia, Estado Plurinacional de	10.41	2008	3.21	¹²	2008	2.70	²	2009	2.54	²	2009	n.a.	¹³	2009	...	...	2.54	²	2009	1.46	¹	2008	0.50	¹	2009
Brasil	21.29	2010	5.79	¹	2010	7.76	¹	2010	2.60	¹	2010	0.67	¹	2010	0.26	¹	2010	1.66	¹	2010	4.54	¹	2010	0.60	¹	2010
Chile	10.43	2011	3.63	⁸	2011	3.30	⁸	2011	1.28	⁸	2011	0.04	¹	2011	0.25	⁸	2011	0.99	⁸	2011	1.30	⁸	2011	0.93	⁸	2011
Colombia	10.49	2010	1.91	¹²	2010	3.50	⁵	2010	3.94	¹	2009	n.a.	¹³	2009	...	...	3.94	¹	2009	0.75	¹²	2010	0.39	¹²	2009
Costa Rica	15.45	2010	6.57	¹²	2010	2.76	⁵	2009	3.42	¹	2010	n.a.	¹³	2010	...	...	3.42	¹	2010	2.31	¹²	2010	0.39	¹²	2009
Cuba	22.80	2010	9.70	²¹	2010	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	2.67	¹	2010	...	...	...
Dominica	7.99	2011	4.19	⁴	2010	3.15	¹	2011	0.50	¹	2011	n.a.	¹³	2011	...	...	0.50	¹	2011	0.15	¹	2011	0.00	¹	2011
República Dominicana	4.82	2010	1.75	¹²	2010	0.70	⁵	2010	1.97	¹	2010	n.a.	¹³	2010	...	...	1.97	¹	2010	...	...	0.40	¹²	2010	
Ecuador	4.37	2010	2.07	¹²	2010	1.80	⁵	2010	0.15	¹	2010	n.a.	¹³	2010	...	...	0.15	¹	2010	0.00	¹²	2010	0.35	¹²	2009
El Salvador	7.77	2011	3.80	¹⁰	2011	1.70	⁵	2010	1.25	¹	2010	n.a.	¹³	2010	...	...	1.25	¹	2010	0.75	¹²	2009	0.27	¹²	2010
Granada	4.95	2009	3.05	⁴	2009	2.00	⁵	2006	...	...	n.a.	¹³	2006	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...

Cuadro B.13 Gasto público en protección social por garantía, al último año disponible (porcentaje del PIB).

Área principal, región o país	Gasto total en protección social		Gasto público en servicios de salud (% del PIB)		Gasto público en protección social para las personas de edad (% del PIB)		Gasto público en protección social para las personas de edad activa (% del PIB)												Gasto en protección social pública para los hijos (% del PIB)	
	Último año con datos disponibles (a)	Año	Último año con datos disponibles (a)	Nota	Año	Nota	Prestaciones sociales para las personas de edad activa (con exclusión de la asistencia social general)		Desempleo		Programas del mercado de trabajo		Enfermedad, maternidad, accidentes y enfermedades profesionales, invalidez		Asistencia social general (% del PIB)		Último año con datos disponibles (a)	Nota	Año	
							Último año con datos disponibles (a)	Nota	Último año con datos disponibles (a)	Nota	Último año con datos disponibles (a)	Nota	Último año con datos disponibles (a)	Nota	Último año con datos disponibles (a)	Nota				
Guatemala	4.60	2009	1.40	¹² 2009	1.20	⁵ 2009	1.68	¹ 2009	n.a.	¹³ 2009	..	..	1.68	¹ 2009	0.00	¹² 2009	0.32	¹² 2009	..	..
Guyana	9.72	2009	5.32	⁴ 2009	0.07	⁵ 2010	..	..	n.a.	¹³ 2010	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
Haití	3.27	2013	2.21	²⁷ 2013	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
Honduras	4.39	2010	3.45	¹² 2010	0.21	¹ 2010	0.20	¹ 2010	n.a.	¹³ 2010	..	..	0.20	¹ 2009	0.29	¹² 2010	0.24	¹² 2010	..	..
Jamaica	4.42	2011	2.82	¹⁰ 2011	0.12	⁵ 2009	0.39	¹ 2009	n.a.	¹³ 2009	..	..	0.39	¹ 2009	0.77	¹ 2009	0.33	¹² 2011	..	..
México	7.72	2011	2.76	⁸ 2011	1.88	⁸ 2011	0.09	¹ 2011	n.a.	¹³ 2011	0.03	⁸ 2011	0.06	⁸ 2011	1.92	⁸ 2011	1.08	⁸ 2011	..	..
Nicaragua	6.95	2009	4.06	¹² 2009	1.60	² 2009	0.50	² 2009	n.a.	¹³ 2009	..	..	0.50	² 2009	0.68	¹ 2009	0.11	¹² 2009	..	..
Paraguay	6.35	2010	2.28	¹² 2010	1.63	⁵ 2010	1.54	¹ 2010	n.a.	¹³ 2010	..	..	1.54	¹ 2010	0.70	¹ 2010	0.20	¹ 2010	..	..
Perú	6.85	2010	1.58	¹² 2010	2.47	⁵ 2010	0.78	¹ 2010	n.a.	¹³ 2010	..	..	0.78	¹ 2010	1.88	¹² 2010	0.14	¹² 2009	..	..
Saint Kitts y Neves	5.61	2010	2.60	⁴ 2010	1.30	¹ 2009	1.52	¹ 2009	n.a.	¹³ 2009	..	..	1.52	¹ 2009	0.19	¹ 2009	0.00	¹ 2009	..	..
Santa Lucía	6.58	2009	4.68	⁴ 2009	1.20	¹ 2009	0.50	¹ 2009	n.a.	¹³ 2009	..	..	0.50	¹ 2009	0.10	¹ 2009	0.10	¹ 2009	..	..
San Vicente y las Granadinas	6.52	2004	3.22	¹⁰ 2006	1.50	⁵ 2006	1.20	¹ 2006	n.a.	¹³ 2009	..	..	1.20	¹ 2006	0.40	¹ 2006	0.20	¹ 2006	..	..
Trinidad y Tobago	7.02	2008	3.41	¹² 2008	2.80	¹ 2008	0.20	¹ 2008	n.a.	¹³ 2008	..	..	0.20	¹ 2008	0.51	¹ 2008	0.10	¹ 2008	..	..
Uruguay	18.17	2009	4.85	¹² 2010	8.90	¹ 2010	0.84	¹ 2010	0.36	¹ 2010	..	..	0.48	¹ 2010	3.08	¹ 2010	0.50	¹ 2010	..	..
Venezuela, República Bolivariana de	7.97	2006	1.80	¹² 2006	4.98	⁵ 2010	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
América del Norte																				
Canadá	18.63	2010	7.97	⁸ 2010	4.40	⁸ 2010	2.30	⁸ 2010	0.81	⁸ 2010	0.30	⁸ 2010	1.19	⁸ 2010	3.18	⁸ 2010	0.78	⁸ 2010	..	..
Estados Unidos	19.92	2010	8.57	⁸ 2010	6.89	⁸ 2010	2.85	⁸ 2010	1.13	⁸ 2010	0.13	⁸ 2010	1.59	⁸ 2010	0.91	⁸ 2010	0.70	⁸ 2010	..	..
Oceanía																				
Australia	17.90	2010	6.21	⁸ 2010	5.07	⁸ 2010	3.49	⁸ 2010	0.51	⁸ 2010	0.31	⁸ 2010	2.67	⁸ 2010	0.58	⁸ 2010	2.55	⁸ 2010	..	..
Fiji	3.37	2010	1.87	³ 2010	0.77	³ 2010	0.01	³ 2010	n.a.	¹³ 2010	0.01	³ 2010	0.00	³ 2010	0.16	³ 2010	0.57	³ 2010	..	..
Kiribati	10.37	2010	8.72	¹⁴ 2010	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..

Cuadro B.13 Gasto público en protección social por garantía, al último año disponible (porcentaje del PIB).

Área principal, región o país	Gasto total en protección social		Gasto público en servicios de salud (% del PIB)		Gasto público en protección social para las personas de edad (% del PIB)		Gasto público en protección social para las personas de edad activa (% del PIB)										Gasto en protección social pública para los hijos (% del PIB)	
							Prestaciones sociales para las personas de edad activa (con exclusión de la asistencia social general)		Desempleo		Programas del mercado de trabajo		Enfermedad, maternidad, accidentes y enfermedades profesionales, invalidez		Asistencia social general (% del PIB)			
	Último año con datos disponibles (a)	Año	Último año con datos disponibles (a)	Año	Último año con datos disponibles (a)	Año	Último año con datos disponibles (a)	Año	Último año con datos disponibles (a)	Año	Último año con datos disponibles (a)	Año	Último año con datos disponibles (a)	Año	Último año con datos disponibles (a)	Año	Último año con datos disponibles (a)	Año
Islas Marshall	24.01	2010	14.37	⁴ 2010	7.11	³ 2010	0.73	³ 2010	n.a.	¹³ 2010	0.11	³ 2010	0.62	³ 2010	0.00	³ 2010	1.81	³ 2010
Nauru	9.49	2010	8.33	⁴ 2010	0.88	³ 2010	0.28	³ 2010	n.a.	¹³ 2010	0.00	³ 2010	0.28	³ 2010	0.00	³ 2010	0.00	³ 2010
Nueva Zelandia	21.20	2010	8.39	⁸ 2010	4.74	⁸ 2010	3.39	⁸ 2010	0.46	¹ 2010	0.26	⁸ 2010	2.67	⁸ 2010	1.23	⁸ 2010	3.46	⁸ 2010
Palau	15.79	2010	8.79	⁴ 2010	5.07	³ 2010	0.25	³ 2010	n.a.	¹³ 2010	0.00	³ 2010	0.24	³ 2010	0.00	³ 2010	1.69	³ 2010
Papua Nueva Guinea	4.39	2010	3.27	¹⁴ 2012	0.10	³ 2010	0.20	³ 2010	n.a.	¹³ 2010	0.00	³ 2010	0.00	³ 2010	0.72	³ 2010	0.10	³ 2010
Islas Salomón	8.25	2010	6.95	⁴ 2010	1.25	³ 2010	0.05	³ 2010	0.03	¹ 2010	0.02	³ 2010	0.00	³ 2010	0.00	³ 2010	0.00	³ 2010
Tonga	8.11	2005	7.06	³ 2005	0.90	³ 2005	0.05	³ 2005	n.a.	¹³ 2005	0.04	³ 2005	0.01	³ 2005	0.07	³ 2005	0.04	³ 2005
Tuvalu	13.36	2005	8.68	⁴ 2005	3.31	¹ 2005	1.37	² 2005	n.a.	¹³ 2005	0.14	¹ 2005	1.23	¹ 2005	0.00	¹ 2005	0.00	¹ 2005
Vanuatu	5.43	2010	4.68	⁴ 2010	0.22	³ 2010	0.16	³ 2010	n.a.	¹³ 2010	0.00	³ 2010	0.16	³ 2010	0.02	³ 2010	0.36	³ 2010
Samoa Occidental	5.54	2011	4.34	³ 2011	0.65	³ 2011	0.12	³ 2011	n.a.	¹³ 2011	0.10	³ 2011	0.02	³ 2011	0.38	³ 2011	0.06	³ 2011

Notas

... No está disponible.

n.a. No aplica

^a Las diferencias en las estimaciones mundiales del cuadro B.12 resultan de las diferencias en los años de referencia y en el número de países considerados.

Fuentes

¹ OIT (Oficina Internacional del Trabajo): Encuesta de Seguridad Social de la OIT. Disponible en: <http://www.ilo.org/dyn/lossi/ssimain.home> [6 de junio de 2014].

² Fuente nacional: Ministerio de Finanzas.

³ BASD/ADB (Banco Asiático de Desarrollo): Base de datos del Índice de Protección Social del BASD/ADB. Disponible en: <http://spi.adb.org/spidmz/index.jsp> [6 de junio de 2014].

⁴ OMS (Organización Mundial de la Salud): Cuentas Nacionales de Salud (base de datos sobre el Gasto Mundial en Salud) Disponible en: <http://apps.who.int/nha/database> [6 de junio de 2014].

⁵ Datos de pensiones del Banco Mundial. Disponible en: <http://web.worldbank.org/WBSITE/EXTERNAL/TOPICS/EXTSOCIALPROTECTION/EXTPENSIONS/0,,contentMDK:23231994~menuPK:8874064~pagePK:148956~piPK:216618~theSitePK:396253,00.html> [20 de abril, 2014].

⁶ Informe por país de UNICEF.

⁷ HelpAge International: Base de datos de pensiones sociales de HelpAge. Disponible en: <http://www.pension-watch.net/about-social-pensions/about-social-pensions/social-pensions-database/> [6 de junio de 2014].

⁸ OCDE (Organización Para la Cooperación y el Desarrollo Económicos). OECD Social and welfare statistics: Social Expenditure Data Base (SOCX) (París, 2013). Disponible http://stats.oecd.org/Index.aspx?datasetcode=SOCX_AGG [6 de junio de 2014].

⁹ Comisión Europea, Eurostat, Living conditions and welfare: Social Protection Database (ESSPROS) (Luxemburgo, 2013). Disponible en: http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page/portal/living_conditions_and_social_protection/data/database [6 de junio de 2014]

¹⁰ FMI (Fondo Monetario Internacional): Estadísticas de Finanzas Públicas, Marzo 2014. (Washington, D.C., 2014).

¹¹ Instituto de Desarrollo de Ultramar (ODI).

¹² CEPAL (Comisión Económica de las Naciones Unidas para América Latina y el Caribe): Estadísticas e indicadores, gasto público social (Santiago de Chile, 2014). Disponible en: <http://www.cepal.org/default.asp?idioma=IN> [6 de junio de 2014].

¹³ SSA (Administración de la Seguridad Social de los Estados Unidos); AISS (Asociación Internacional de la Seguridad Social). Social Security Programmes Throughout the World (Washington, D.C. y Ginebra): The Americas, 2013; Europe, 2012; Asia and the Pacific, 2012; Africa, 2013. Disponible en: <http://www.ssa.gov/policy/docs/progdesc/ssptw/> [6 de junio, 2014].

¹⁴ GSW (Observatorio del Gasto Público). Disponible en: <http://www.governmentspendingwatch.org/spending-data> [20 de mayo de 2014].

Bibliografía

- ACNUDH (Oficina del Alto Comisionado de Naciones Unidas para los Derechos Humanos). 2012. Thematic study on the work and employment of persons with disabilities, Informe de la Oficina del Alto Comisionado de Naciones Unidas para los Derechos Humanos, A/HRC/22/25 (Ginebra). Disponible en: http://www.ohchr.org/Documents/Issues/Disability/A-HRC-22-25_en.pdf [18 de abril, 2014].
- ___ . 2013. Report on austerity measures and economic, social and cultural rights, presentado al ECOSOC, Período de Sesiones Sustantivo de 2013, Ginebra, 1–26 julio, E/2013/82 (Ginebra). Disponible en: http://www.ohchr.org/Documents/Issues/Development/RightsCrisis/E-2013-82_en.pdf [18 de abril, 2014].
- Adato, M.; Bassett, L. 2008. “What is the potential of cash transfers to strengthen families affected by HIV and AIDS? A review of the evidence on impacts and key policy debates”, Boletín Informativo núm. 10 en HIV, livelihoods, food and nutrition security: Findings from renewal research (2007–2008) (Washington, D.C., Instituto Internacional de Investigaciones sobre Políticas Alimentarias).
- Adema, W.; Fron, P.; Ladaique, M. 2011. Is the European welfare state really more expensive? Indicators on social spending, 1980–2012; and a manual to the OECD Social Expenditure database (SOCX), Documentos de Trabajo de la OCDE sobre Asuntos Sociales, Empleo y Migración, Núm. 124 (París, OCDE). Disponible en: <http://www.oecd-ilibrary.org> [16 de abril, 2014].
- ___ . 2014. “How much do OECD countries spend on social protection and how redistributive are their tax/benefit systems?,” en *International Social Security Review*, Vol. 67, núm. 1, págs. 1–25.
- Ahluwalia, M. De próxima publicación. Cash transfer programmes, poverty reduction and empowerment of women in India (Ginebra, OIT).
- AISS (Asociación Internacional de la Seguridad Social). 2012. Los programas de regreso al Trabajo: Apoyo a la salud y a la empleabilidad, Perspectivas de Política Social núm. 22 (Ginebra). Disponible en: <http://www.issa.int/details?uuid=c4133419-78dc-49f9-a005-4d74470d11ae> [16 de abril, 2014].
- ___ . 2013. Social security coverage extension in the BRICS: A comparative study on the extension of coverage in Brazil, the Russian Federation, India, China and South Africa (Ginebra). Disponible en: <http://www.issa.int/content/download/176183/3493137/file/2-BRICS-report.pdf> [3 de abril, 2014].
- Aiyar, S.; Duval, R.; Puy, D.; Wu, Y.; Zhang, L. 2013. Growth slowdowns and the middle-income trap, Documento de Trabajo del FMI WP 13/71 (Washington, D.C., FMI, Departamento de Asia y el Pacífico). Disponible en: <http://www.imf.org/external/pubs/cat/longres.aspx?sk=40411.0> [16 de abril, 2014].
- Alber, J.; Heisig, J.P. 2011. Do new labour activation policies work? A descriptive analysis of the German Hartz reforms (Berlín, Centro de Investigación en Ciencias Sociales de Berlín (WZB)). Disponible en: <http://skylla.wz-berlin.de/pdf/2011/i11-211.pdf> [16 de abril, 2014].

- Alderman, H.; Yemtsov, R. 2012. Productive role of safety nets, Documento para debate sobre Protección Social núm. 1203 (Washington, D.C., Banco Mundial).
- Aleksynska, M.; Bonnet, F.; Da Silva Gama Nogueira, A.; Saget, C. 2013. Addressing employment, labour market and social protection challenges in G20 countries: Key measures since 2010, Informe de antecedentes para el informe de la OIT/OCDE para el Grupo de Trabajo del G20 sobre Empleo (Ginebra, OIT).
- Alianza Mundial en Pro del Personal Sanitario; OMS. 2014. Una verdad universal: No hay salud sin agentes sanitarios (Ginebra). Disponible en: <http://www.who.int/workforcealliance/knowledge/resources/hrhreport2013/en/> [16 de abril, 2014].
- Alviar García, H. 2013. "Social policy and the new development state: The case of Colombia," en D.M. Trubek et al. (editores): *Law and the new developmental state: The Brazilian experience in Latin American context* (Cambridge, Cambridge University Press).
- Amarante, V.; Arim, R.; Dean, A. 2013. "El diseño del seguro de desempleo y sus efectos: Evidencia para Uruguay," en *Revista Desarrollo y Sociedad*, Vol. 71, núm. 1, págs. 7–42. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/dys/n71/n71a01.pdf> [16 de abril, 2014].
- Arpaia, A.; Curci, N.; Meyermans, E.; Peschner, J.; Pierini, F. 2010. Short time working arrangements as response to cyclical fluctuations, Documento Ocasional núm. 64 sobre la Economía Europea (Bruselas, Comisión Europea). Disponible en: <http://ec.europa.eu/social/BlobServlet?docId=6475&langId=en> [16 de abril, 2014].
- Asante, A.; Martins, N.; Otim, M.; Dewdney, J. 2014. "Cómo conservar a los médicos en las zonas rurales de Timor-Leste: Una valoración crítica de las oportunidades y desafíos," en *Boletín de la Organización Mundial de la Salud*, vol. 92, págs. 277-282.
- Aslam, A.; Berkes, E.; Fukač, M. 2013. Afghanistan: Balancing social and security spending in the context of shrinking resource envelope, Documento de Trabajo núm. 13/133 (Washington, D.C., FMI).
- Attanasio, O.P.; Battistin, E.; Fitzsimons, E.; Mesnard, A.; Vera-Hernández, M. 2005. How effective are conditional cash transfers? Evidence from Colombia, Nota Informativa núm. 54 (Londres, Instituto de Estudios Fiscales). Disponible en: <http://www.ifs.org.uk/bns/bn54.pdf> [16 de abril, 2014].
- Avram, S.; Figari, F.; Leventi, C.; Levy, H.; Navicke, J.; Mataganis, M.; Militaru, E.; Paulus, A.; Rastringina, O.; Sutherland, H. 2013. The distributional effects of fiscal consolidation in nine countries, Documento de Trabajo de EUROMOD (Colchester, Instituto de Investigaciones Sociales y Económicas de la Universidad de Essex). Disponible en: <https://www.iser.essex.ac.uk> [16 de abril, 2014].
- Babajanian, B.; Hagen-Zanker, J. 2012. Social protection and social exclusion: Un marco analítico para evaluar los vínculos, Nota explicativa (Londres, Instituto de Desarrollo de Ultramar). Disponible en: <http://www.odi.org.uk/publications/6889-social-protection-social-exclusion-design-analytical-framework> [16 de abril, 2014].
- Baird, S.; Ferreira, F.H.G.; Özler, B.; Woolcock, M. 2013. Relative effectiveness of conditional and unconditional cash transfers for schooling outcomes in developing countries: A systematic review (Oslo, La Colaboración Campbell). Disponible en: <http://www.campbellcollaboration.org/lib/download/2954/> [16 de abril, 2014].
- Ball, L.; Leigh, D.; Loungani, P. 2011. "Un Amargo Remedio," en *Finanzas & Desarrollo*, Vol. 48, núm. 3, págs. 20–23 (Washington, D.C., FMI). Disponible en: <http://www.imf.org/external/pubs/ft/fandd/spa/2011/09/pdf/ball.pdf> [16 de abril, 2014].
- Barham, T. 2010. "A healthier start: The effect of conditional cash transfers on neo-natal and infant mortality," en *Journal of Development Economics*, Vol. 94, núm. 1, págs. 74–85.
- BASeD. (Banco Asiático de Desarrollo). 2010. Toward universal social security coverage in the People's Republic of China, Observations and Suggestions Series (Manila). Disponible en: <http://www.adb.org/publications/toward-universal-social-security-coverage-prc> (16 de abril, 2014).
- _____. 2014. Social Protection Index: Assessing results for Asia and the Pacific (Manila). Disponible en: <http://www.adb.org/sites/default/files/pub/2013/social-protection-index.pdf> (3 de mayo, 2014).
- _____. 2014. Asian Development Outlook: Fiscal policy for inclusive growth (Manila). Disponible en: <http://www.adb.org/sites/default/files/pub/2014/ado-2014.pdf> [16 de abril, 2014].
- Banco Mundial. 2003. The contribution of social protection to the Millennium Development Goals (Washington, D.C.).

- ___ . 2012. Capacidad de recuperación, equidad y oportunidades: Estrategia del Banco Mundial para la protección social y el trabajo (Washington, D.C.). Disponible en: <http://go.worldbank.org/2SVY7NI3Y0> [20 de abril, 2014].
- ___ . 2014. Informe sobre el desarrollo mundial 2014: Riesgo y oportunidad – La administración del riesgo como instrumento de desarrollo (Washington, D.C.). Disponible en: <http://go.worldbank.org/OSAT4FHFP0> [20 de abril, 2014].
- Barrientos, A. 2007. Does vulnerability create poverty traps?, Documento de Trabajo del Centro de Investigación de la Pobreza Crónica, núm. 76 (Brighton, Instituto de Estudios para el Desarrollo). Disponible en: http://www.chronicpoverty.org/uploads/publication_files/WP76_Barrientos.pdf [16 de abril, 2014].
- ___ . 2013. Social assistance in developing countries (Cambridge, Cambridge University Press).
- ___; Byrne, J.; Villa, J.M.; Peña, P. 2013. Social transfers and child protection, Documento de Trabajo de la Oficina de Investigación de UNICEF (Florenca). Disponible en: <http://www.unicef-irc.org/publications/691> [16 de abril, 2014].
- ___; Niño-Zarazúa, M.; Maitrot, M. 2010. Base de datos de Asistencia Social en los Países en Desarrollo/ Social Assistance in Developing Countries database (versión 5.0) (Manchester y Londres, Instituto Brooks para la Pobreza Mundial y el Instituto de Desarrollo de Ultramar). Disponible en: <http://www.chronicpoverty.org/publications/details/social-assistance-in-developing-countries-database> [16 de abril, 2014; en inglés].
- Basso, G.; Dolls, M.; Eichhorst, W.; Leoni, T.; Peichl, A. 2012. “The effects of the recent economic crisis on social protection and labour market arrangements across socio-economic groups,” en *Intereconomics*, Vol. 47, núm. 4, págs. 217–223.
- Behrendt, C. 2013. “Investing in people: Implementing the extension of social security through national social protection floors,” en D. Kucera y I. Islam (editores): *Beyond macroeconomic stability: Structural transformation and inclusive development* (Basingstoke, Palgrave Macmillan), págs. 228–259.
- ___; Bonnet, F.; Cichon, M.; Hagemeyer, K. 2011. “Social security: Three lessons from the global crisis,” en ILS (editor): *La crisis mundial: Causas, respuestas y desafíos* (Ginebra, OIT), págs. 167–180. Disponible en: http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/@dgreports/@dcomm/@publ/documents/publication/wcms_155824.pdf [8 de mayo, 2014].
- ___; Cichon, M.; Hagemeyer, K.; Kidd, S.; Krech, R.; Townsend, P. 2009. “Rethinking the role of social security in development,” en P. Townsend (editor): *Building decent societies: Rethinking the role of social security in state building* (Basingstoke, Palgrave Macmillan), págs. 325–336.
- ___; Woodall, J. De próxima publicación. “Pensions and other social security income transfer systems,” en J. Berg (editor): *Labour market institutions and inequality: Building just societies in the 21st century* (Cheltenham, Edward Elgar).
- Berg, A.G.; Ostry, J.D. 2011. Inequality and unsustainable growth: Two sides of the same coin?, Documento de Análisis del Personal Técnico del FMI (Washington, D.C., FMI). Disponible en: <https://www.imf.org/external/pubs/cat/longres.aspx?sk=24686.0> [16 de abril, 2014].
- Berg, J.; Salerno, M. 2008. “The origins of unemployment insurance: Lessons for developing countries,” en J. Berg y D. Kucera (editores): *In defence of labour market institutions: Cultivating justice in the developing world* (Basingstoke, Palgrave Macmillan), pp. 80–99.
- ___ y Tobin, S. 2011. “El crecimiento impulsado por los ingresos como respuesta a la crisis: Enseñanzas de la experiencia de Brasil,” en IIEL (editor): *La crisis mundial: Causas, respuestas y desafíos* (Ginebra, OIT), págs. 181–192. Disponible en: http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---dgreports/---dcomm/---publ/documents/publication/wcms_155824.pdf [16 de abril, 2014; en inglés].
- Bertranou, F.; Cetrángolo, O.; Grushka, C.; Casanova, L. 2012. Más allá de la privatización y la reestatización del sistema previsional de Argentina: Cobertura, fragmentación y sostenibilidad, Documento de Trabajo de la Red de Investigación en Ciencias Sociales, nov. Disponible en: <http://ssrn.com/abstract=2191202> [16 de abril, 2014; en inglés].
- ___; Maurizio, R. 2012a. “Asignaciones familiares como transferencias semicondicionadas a niños y adolescentes en la economía informal en la Argentina,” en *Revista Internacional de Seguridad Social*, Vol. 65, núm. 1, págs. 57–76.
- ___; Maurizio, R. 2012b. Transferencias de efectivo para los niños y adolescentes en Argentina: Características y cobertura de un “sistema” con tres componentes, Informe de Investigación del

CIP-CI, núm. 30 (Brasilia, Centro Internacional de Políticas para el Crecimiento Inclusivo).

Disponible en: <http://www.ipc-undp.org/pub/esp/IPCPolicyResearchBrief30.pdf> [16 de abril, 2014].

Birdsall, N. 2010. The (indispensable) middle class in developing countries; or, The rich and the rest, not the poor and the rest, Documento de Trabajo núm. 207 (Washington, D.C., FMI).

Blanchard, O. 2008. "IMF spells out need for global fiscal stimulus," en Boletín del FMI, 29 de diciembre (IMF Survey Magazine; en inglés).

___; Jaumotte, F.; Loungani, P. 2013. Labor market policies and IMF advice in advanced economies during the great recession, Documento de Análisis del Personal Técnico del FMI núm. SDN 13/02 (Washington, D.C., FMI).

___; Leigh, D. 2013. Growth forecast errors and fiscal multipliers, Documento de Trabajo del FMI núm. 13/1 (Washington, D.C., FMI).

Bonnet, F.; Saget, C.; Weber, A. 2012. Social protection and minimum wages responses to the 2008 financial and economic crisis: Findings from the ILO/World Bank Inventory, Documento de Trabajo sobre Empleo núm. 113 (Ginebra, OIT). Disponible en: http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed_emp/---emp_elm/documents/publication/wcms_175204.pdf [16 de abril, 2014].

___; Tessier, L. 2013. Mapping existing international social protection statistics and indicators that would contribute to the monitoring of social protection extension through social protection floors, Documento de ESS - Extensión de la Seguridad Social núm. 38 (Ginebra, OIT).

Bontout, O.; Lokajickov, T. 2013. Social protection budgets in the crisis in the EU, Documento de Trabajo núm. 1/2013 (Bruselas, Comisión Europea). Disponible en: <http://ec.europa.eu/social/BlobServlet?docId=10224&langId=en> [16 de abril, 2014].

Busch, K.; Hermann, C.; Hinrichs, K.; Schulten, K. 2013. Euro crisis, austerity policy and the European social model: How crisis policies in southern Europe threaten the EU's social dimension (Berlín, Fundación Friedrich Ebert). Disponible en: <http://library.fes.de/pdf-files/id/ipa/09656.pdf> [16 de abril, 2014].

CAGED/IPEADATA. Disponible en: <http://www.ipeadata.gov.br/> [16 de abril, 2014].

Calvo, E.; Bertranou, F.; Bertranou, E. 2010. "Are old-age pension system reforms moving away from individual retirement accounts in Latin America?," en *Journal of Social Policy*, vol. 39, núm. 2, págs. 223-234.

Carter, J.; Bédard, M.; Peyron Bista, C. 2013. Comparative review of unemployment and employment insurance experiences in Asia and worldwide (Bangkok, OIT). Disponible en: http://www.ilo.org/asia/whatwedo/publications/WCMS_229985/lang-en/index.htm [16 de abril, 2014].

Case, A. 2001. Does money protect health status? Evidence from South African pensions, Documento de Trabajo del NBER núm. 8495 (Cambridge, MA, Oficina Nacional de Investigación Económica).

Casey, B.H. 2012. Casey, B.H. 2012. "The implications of the economic crisis for pensions and pension policy in Europe," en *Global Social Policy*, Vol. 12, núm. 3, págs. 246-265. Disponible en: <http://gsp.sagepub.com/content/12/3/246.abstract> [16 de abril, 2014].

___ 2014. "From pension funds to piggy banks: (Perverse) consequences of the Stability and Growth Pact since the crisis," en *International Social Security Review*, Vol. 67, núm. 1, págs. 27-48.

CBPP (Centro de Presupuesto y Prioridades Políticas). 2014. "Today's safety net cuts poverty nearly in half, provides health care to millions, and has long-term benefits for children," en *Chart book: The war on poverty at 50* (Washington, D.C.).

Cecchini, S.; Madariaga, A. 2011. Programas de transferencias condicionadas: Balance de la experiencia reciente en América Latina y el Caribe (Santiago de Chile, Comisión Económica de las Naciones Unidas para América Latina y el Caribe). Disponible en: <http://www.eclac.cl/cgi-bin/getProd.asp?xml=/publicaciones/xml/6/44126/P44126.xml&xsl=/dds/tpl/p9f.xsl> [16 de abril, 2014].

CESR (Centro de Derechos Económicos y Sociales). 2012. Fiscal fallacies: Eight myths about the age of austerity and human rights responses (Nueva York).

Chang, H.-J. 2010. "How to 'do' a developmental state: Political, organizational, and human resource requirements for the developmental state," en O. Edigheji (editor): *Constructing a democratic developmental state in South Africa: Potentials and challenges* (Ciudad del Cabo, HSRC Press). Disponible en: <http://hajoongchang.net/2010/01/05/constructing-a-democratic-developmental-state-in-south-africa-potentials-and-challenges/> [16 de abril, 2014].

- Chile, Superintendencia de Pensiones. 2010. Unemployment insurance in Chile. Disponible en: http://www.safp.cl/portal/informes/581/articles-8556_recurso_1.pdf [16 de abril, 2014].
- Cichon, M. 2013. "La Recomendación del Piso de Protección Social, 2012 (núm. 202): ¿Puede un documento de seis páginas cambiar el rumbo de la historia social?," en *Revista Internacional de Seguridad Social*, Vol. 66, núm. 3-4, págs. 21-45.
- ___; Hagemeyer, K. 2007. "Cambios en el paradigma de las políticas de desarrollo: Inversión en una seguridad social mínima para todos," en *Revista Internacional de Seguridad Social*, Vol. 60, núm. 2-3, págs. 189-219.
- ___; Hagemeyer, K.; Woodall, J. 2006. *Changing the paradigm in social security: From fiscal burden to investing in people* (Ginebra, OIT).
- Clasen, J.; Clegg, D. 2011. "Unemployment protection and labour market change in Europe: towards 'triple integration'," en J. Clasen y D. Clegg (editores): *Regulating the risk of unemployment: national adaptations to post-industrial labour markets in Europe* (Oxford, Oxford University Press), págs. 1-12.
- ___; Goerne, A. 2011. "Exit Bismarck, enter dualism? Assessing contemporary German labour market policy," en *Journal of Social Policy*, vol. 40, núm. 4, págs. 795-810.
- Clements, B.; Coady, D.; Eich, F.; Gupta, S.; Kangur, A.; Shang, B.; Soto, M. 2012. *The challenge of public pension reform in advanced and emerging market economies*, Documento Ocasional del FMI (Washington, D.C., FMI).
- Coady, D.; Gillingham, R.; Ossowski, R.; Pietrowski, J.; Tareq, S.; Tyson, J. 2010. *Petroleum product subsidies: Costly, inequitable, and rising*, Documento de Análisis núm. SPN/10/05 del Personal Técnico del FMI (Washington, D.C., FMI). Disponible en: <http://www.imf.org/external/pubs/ft/spn/2010/spn1005.pdf> [8 de mayo, 2014].
- Comisario de la UE para los Derechos Humanos. 2013. *Safeguarding human rights in times of economic crisis* (Estrasburgo, Consejo de Europa).
- Comisión Europea. 2008. *Manual de ESSPROS* (Luxemburgo, Oficina de Publicaciones Oficiales de la Comisión Europea).
- ___ . 2011a. *Promoting social protection in EU development cooperation: Public consultation*, Documento Temático núm. D.3/NT/AMD (2011) (Bruselas). Disponible en: http://ec.europa.eu/europeaid/news/promoting-social-protection_public-consultation_en.htm [16 de abril, 2014].
- ___ . 2012a. *La protección social en la cooperación al desarrollo de la Unión Europea: Comunicación de la Comisión al Parlamento Europeo, al Consejo, al Comité Económico y Social Europeo y al Comité de las Regiones*, COM (2012) 446 final (Bruselas).
- ___ . 2012b. *Evaluación del Observatorio Europeo de las Políticas de Empleo: El desempleo de larga duración - 2012* (Luxemburgo, Oficina de Publicaciones de la Unión Europea). Disponible en: <http://www.eu-employment-observatory.net> [2 de abril, 2014; en inglés].
- ___ . 2012c. *Informe de 2012 sobre el envejecimiento y previsiones económicas y presupuestarias para los 27 Estados miembros de la UE (2010-2060)* (Bruselas). Disponible en: http://ec.europa.eu/economy_finance/publications/european_economy/2012/2012-ageing-report_en.htm [16 de abril, 2014; en inglés].
- ___ . 2012d. *Adecuación de las pensiones en la Unión Europea 2010-2050* (Bruselas). Disponible en: <http://ec.europa.eu/social/BlobServlet?docId=7805&langId=en> [16 de abril, 2014; en inglés].
- ___ . 2013. *Sistema Mutua de Información sobre Protección Social (MISSOC)* (Bruselas). Disponible en: <http://ec.europa.eu/social/main.jsp?catId=815&langId=es> [2 de abril, 2014].
- ___ . 2014a. *Hoja de ruta política para la implementación del Paquete de Inversión Social de 2014* (febrero, 2014) (Bruselas). Disponible en: <http://ec.europa.eu/social/BlobServlet?docId=11150&langId=en> [16 de abril, 2014; en inglés].
- ___ . 2014b. *Empleo y desarrollo social en Europa - 2013* (Bruselas). Disponible en: <http://ec.europa.eu/social/main.jsp?catId=88&langId=en&eventsId=972&furtherEvents=yes> [2 de abril, 2014; en inglés].
- Comisión Lancet (The Lancet-Comisión de la Universidad de Oslo sobre la Gobernanza Global para la Salud). 2013. "Global health 2035: A world converging within a generation," en *The Lancet*, Vol. 382, núm. 9908, págs. 1898-1955. Disponible en: [http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(13\)62105-4/fulltext](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(13)62105-4/fulltext) [16 de abril, 2014].

- ___ . 2014. The political origins of health inequity: Prospects for change. Disponible en: [http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(13\)62407-1/fulltext](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(13)62407-1/fulltext) [16 de abril, 2014].
- Comité de Protección Social de la UE. 2009: Updates of current and prospective theoretical pension replacement rates 2006–2046, Informe del Subgrupo de Indicadores (ISG) del Comité de Protección Social (SPC) (Bruselas, Comisión Europea). Disponible en: <http://ec.europa.eu/social/BlobServlet?docId=4307&langId=en>, <http://ec.europa.eu/social/BlobServlet?docId=4308&langId=en> [16 de abril, 2014].
- ___ . 2013: Social policy reforms for growth and cohesion: Review of recent structural reforms 2013, Informe del Comité de Protección Social (Bruselas: Comisión Europea). Disponible en: <http://ec.europa.eu/social/BlobServlet?docId=10976&langId=en> [16 de abril, 2014].
- Cooke, E.F.A.; Hague, S.; Cockburn, J.; El Lahga, A.-R.; Tiberti, L. 2014. Estimating the impact on poverty of Ghana's fuel subsidy reform and a mitigating response (Accra, UNICEF y la Asociación de Política Económica). Disponible en: http://www.unicef.org/ghana/1389903137_PEP_UNICEF_Ghana_WP_201_public.pdf [3 de mayo, 2014].
- Cornia, G.A.; Stewart, F.; Jolly, R. 1987. Adjustment with a human face: Protecting the vulnerable and promoting growth (Oxford, Clarendon).
- Cunha, N.; Pellerano, L.; Mueller, J.; Lledo, V.; Xiao, Y.; Gitton, P. 2013. Towards a Mozambican social protection floor. Consolidating a comprehensive social protection system in Mozambique: Analysis of policy alternatives and costs, Documento de ESS - Extensión de la Seguridad Social núm. 41 (Ginebra, OIT).
- De Brauw, A. ; Hoddinott, J. 2008. ¿Los condicionantes son necesarios en los programas de transferencias de efectivo condicionadas? Evidencia proveniente de México, Sumario del Centro Internacional de Pobreza (Brasilia, Centro Internacional de Pobreza).
- De Schutter, O.; Sepúlveda, M. 2012. Underwriting the poor: A global fund for social protection (Nueva York, Naciones Unidas).
- Dercon, S. 2003. Risk and poverty: A selective review (or: can social protection reduce poverty?) (Oxford, Departamento de Economía de la Universidad de Oxford).
- DfID (Departamento para el Desarrollo Internacional); HelpAge International; Hope & Homes for Children; Instituto de Estudios para el Desarrollo; OIT; Instituto de Desarrollo de Ultramar; Save the Children Reino Unido; Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo; Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia; Banco Mundial. 2009. Joint statement on advancing child-sensitive social protection. Disponible en: http://www.unicef.org/aids/files/CSSP_joint_statement_10.16.09.pdf [16 de abril, 2014].
- Dornan, P.; Porter, C. 2013. "The implications of conditionality in social assistance programmes," in Rebecca Surender y Robert Walker (eds): Social policy in a developing world (Cheltenham, Edward Elgar), págs. 155–171.
- DSD (Departamento de Desarrollo Social, Sudáfrica); SASSA (Agencia Seguridad Social de Sudáfrica); UNICEF Sudáfrica. 2012. The South African Child Support Grant impact assessment: Evidence from a survey of children, adolescents and their households (Pretoria). Disponible en: http://www.unicef.org/southafrica/SAF_resources_csg2012s.pdf [16 de abril, 2014].
- Duflo, E. 2000. Grandmothers and granddaughters: Old age pension and intra-household allocation in South Africa, Documento de Trabajo núm. 8061 de la NBER (Washington, D.C., Oficina Nacional de Investigación Económica). Disponible en: <http://www.nber.org/papers/w8061.pdf> [16 de abril, 2014].
- Durán-Valverde, F.; Pacheco, J.F. 2012. Fiscal space and the extension of social protection: Lessons learnt from developing countries. Documento ESS - Extensión de la Seguridad Social núm. 33 (Ginebra, OIT). Disponible en: <http://www.ilo.org/gimi/gess/RessFileDownload.do?resourceId=34168> [16 de abril, 2014].
- ECOSOC (Consejo Económico y Social de las Naciones Unidas). 2009. Para recuperarse de la crisis: un pacto mundial para el empleo. Resolución adoptada en el período de sesiones sustantivo de 2009, Ginebra, 6–31 July. Disponible en: http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/@ed_norm/@relconf/documents/meetingdocument/wcms_108456.pdf [20 de abril, 2014].
- Ehmke, E. De próxima publicación. Study on national experiences in building social protection floors: The Indian MGNREGSs (Ginebra, OIT).

- Eichhorst, W.; Kaufmann, O.; Konle-Seidl, R. 2008. Bringing the jobless into work? Experiences with activation schemes in Europe and the US (Berlín, Springer).
- EIU (Unidad de Inteligencia del Economista). 2014. Out of office: An overview of workplace absenteeism in Europe (Londres).
- Epstein, G. 2009. Rethinking monetary and financial policy: Practical suggestions for monitoring financial stability while generating employment and poverty reduction, Documento de Trabajo del Departamento de Políticas de Empleo núm. 37 (Ginebra, OIT).
- EsSalud; OIT. 2013. El sistema de Salud del Perú: Situación actual y estrategias para orientar la extensión de la cobertura contributiva (Lima).
- Eurofound (Fundación Europea para la Mejora de las Condiciones de Vida y de Trabajo). 2013. Social partners' involvement in pension reform in the EU (Dublín). Disponible en: <http://www.eurofound.europa.eu/docs/eiro/tn1304032s/tn1304032s.pdf> [16 de abril, 2014].
- Eurostat. 2013. "En 2012, una cuarta parte de la población se encontraba en riesgo de pobreza o exclusión social: Lo que corresponde a alrededor de 125 millones de personas," Comunicado de Prensa 184/2013 (Luxemburgo). Disponible en: <http://ec.europa.eu/eurostat/documents/2995521/5169018/3-05122013-AP-EN.PDF/ac92451d-a1c8-4502-840e-508b8a987502?version=1.0> [16 de abril, 2014; en inglés].
- Evans, T.G.; Chowdhury, A.M.R.; Evans, D.B.; Fidler, A.; Lindelow, M.; Mills, A.; Scheil-Adlung, X. 2012. Thailand's universal coverage scheme: Achievements and challenges – An independent assessment of the first 10 years (2001–2010), informe sintetizado (Bangkok, Instituto de Investigación en Sistemas de Salud). Disponible en: <http://uhcforward.org/sites/uhcforward.org/files/book018.pdf> [16 de abril, 2014].
- Eyal, K.; Woolard, I. 2013. School enrolment and the Child Support Grant: Evidence from South Africa, Estudio Nacional sobre la Dinámica de los Ingresos, Serie Documentos de Trabajo (Ciudad del Cabo, Unidad de Investigación del Desarrollo y del Trabajo de África del Sur - SALDRU). Disponible en: <http://opensaldru.uct.ac.za/handle/11090/689> [16 de abril, 2014].
- FAO (Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación) 2004. Globalization of food systems in developing countries: Impact on food security and nutrition, Documento sobre Alimentación y Nutrición de la FAO núm. 83 (Roma). Disponible en: <http://www.fao.org/docrep/007/y5736e/y5736e00.HTM> [16 de abril, 2014].
- . 2012. El estado de la inseguridad alimentaria en el mundo 2012: El crecimiento económico es necesario pero no suficiente para acelerar la reducción del hambre y la malnutrición (Roma). Disponible en: <http://www.fao.org/publications/sofi/2012/es/> [16 de abril, 2014].
- . 2014. From protection to production: The role of cash transfer programmes in fostering broad-based economic development in sub-Saharan Africa (Roma). Disponible en: http://www.fao.org/fileadmin/user_upload/p2p/Documents/PtoP_short_description_11feb14.pdf [16 de abril, 2014].
- Figari, F.; Matsaganis, M.; Sutherland, H. 2013. "Are European social safety nets tight enough? Coverage and adequacy of minimum income schemes in 14 EU countries," en *Journal of Social Welfare*, vol. 22, núm. 1, págs. 3-14.
- FMI (Fondo Monetario Internacional). 2003. Proposed features of a sovereign debt restructuring mechanism (Washington, D.C.). Disponible en: <http://www.imf.org/external/np/pdr/sdrm/2003/021203.htm> [16 de abril, 2014].
- . 2008. Food and fuel prices: Recent developments, macroeconomic impact, and policy responses – an update (Washington, D.C.). Disponible en: <http://www.imf.org/external/np/pp/eng/2008/091908.pdf> [8 de mayo, 2014].
- . 2009. Creating policy space: Responsive design and streamlined conditionality in recent low-income country programs (Washington, D.C.). Disponible en: <http://www.imf.org/external/np/pp/eng/2009/091009a.pdf> [16 de abril, 2014].
- . 2010a. Exiting from crisis intervention policies (Washington, D.C.). Disponible en: <http://www.imf.org/external/np/pp/eng/2010/020410.pdf> [16 de abril, 2014].
- . 2010b. Strategies for fiscal consolidation in the post-crisis world, Documento Departamental núm. 10/4 (Washington, D.C.). Disponible en: <http://www.imf.org/external/pubs/cat/longres.aspx?sk=23878.0> [16 de abril, 2014].
- . 2010c. Financial sector taxation: The IMF's report to the G-20 and background material (Washington, D.C.).

- ___ 2012. Iceland: 2012 Article IV consultation and first post-program monitoring discussion, Informe de País del FMI núm. 12/89 (Washington, D.C.). Disponible en: <http://www.imf.org/external/pubs/ft/scr/2012/cr1289.pdf> [16 de abril, 2014].
- ___ 2013a. Perspectivas de la Economía Mundial: Transiciones y tensiones, octubre de 2013 (Washington D.C.). Disponible en: <http://www.imf.org/external/pubs/ft/weo/2013/02/> [16 de abril, 2014, en inglés].
- ___ 2013b. Energy subsidy reform: Lessons and implications (Washington D.C.). Disponible en: <http://www.imf.org/external/np/fad/subsidies/> [16 de abril, 2014].
- ___ 2013c. Regional economic outlook Asia and Pacific: Shifting risks, new foundations for growth (Washington, D.C.). Disponible en: <http://www.imf.org/external/pubs/ft/reo/2013/apd/eng/areo0413.htm> [16 de abril, 2014].
- ___; Banco Mundial. 2006. Fiscal space policy for growth and development: An interim report, Documento de Antecedentes para la Reunión del Comité para el Desarrollo, (Washington, D.C.).
- Fiszbein, A.; Schady, N. 2009. Conditional cash transfers: Reducing present and future poverty (Washington, D.C., Banco Mundial). Disponible en: <https://openknowledge.worldbank.org/handle/10986/2597> [16 de abril, 2014].
- Fultz, E.; Francis, J. 2013. Cash transfer programmes, poverty reduction and empowerment of women: A comparative analysis. Experiences from Brazil, Chile, India, Mexico and South Africa (Ginebra, OIT). Disponible en: http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---dgreports/---gender/documents/publication/wcms_233599.pdf [16 de abril, 2014].
- G20. 2009. Declaración de los Líderes, Cumbre del G-20 en Pittsburgh, Pittsburgh, EE.UU., 24-25 septiembre. Disponible en: <http://www.g20.utoronto.ca/2009/2009communique0925.html> [16 de abril, 2014; en inglés].
- ___ 2011. Declaración final, Cumbre del G20 en Cannes, Francia, 3-04 de noviembre. Disponible en: <http://www.g20.utoronto.ca/2011/2011-cannes-declaration-111104-en.html> [16 de abril, 2014; en inglés].
- ___ 2012. Declaración de los Líderes, Cumbre del G-20 en Los Cabos (México), 18-19 de junio. Disponible en: <http://www.g20.utoronto.ca/2012/2012-0619-loscabos.html> [16 de abril, 2014; en inglés].
- García, M.; Moore, C.M.T. 2012. The cash dividend: The rise of cash transfer programs in sub-Saharan Africa (Washington, D.C., Banco Mundial). Disponible en: <https://openknowledge.worldbank.org/handle/10986/2246> [16 de abril, 2014].
- Gauthier, AH 2010. The impact of the economic crisis on family policies in the European Union (Bruselas, Comisión Europea). Disponible en: <http://europa.eu/epic/docs/final-revised.pdf> [16 de abril, 2014].
- Ghellab, Y.; Varela, N.; Woodall, J. 2011. "Social dialogue and social security governance: A topical ILO perspective," en *Revista Internacional de Seguridad Social*, vol. 64, núm. 4, págs. 39-56.
- GIZ (Organismo Alemán para la Cooperación Internacional). 2012. Social protection and its contribution to social cohesion and state building (Eschborn). Disponible en: <http://www.odi.org.uk/publications/6720-social-protection-social-cohesion-state-building> [16 de abril, 2014].
- ___; OIT; P4H. 2012. Actuarial review of the NSSF employment injury branch and assessment of social health insurance, preparado para el Fondo Nacional de la Seguridad Social (NSSF) y el Fondo Nacional de la Seguridad Social para los Funcionarios Públicos (NSSF) (Phnom Penh). Disponible en: <http://www.social-protection.org/gimi/gess/ShowResource.action?resource.ressourceId=30954> [16 de abril, 2014].
- Grammenos, S. 2013. European comparative data on Europe 2020 and housing conditions (Leeds, Red Académica de Expertos Europeos en Discapacidad). Disponible en: <http://www.humanconsultancy.com/news?newsid=4> [16 de abril, 2014].
- Grupo Consultivo del Piso de Protección Social. 2011. Piso de Protección Social para una globalización equitativa e inclusiva (Ginebra, OIT). Disponible en: http://www.ilo.org/global/publications/books/forthcoming-publications/WCMS_165750/lang-en/index.htm [20 de abril, 2014].
- Guajardo, J.; Leigh, D.; Pescatori, A. 2011. Expansionary austerity: New international evidence, Documento de Trabajo del FMI núm. 11/158 (Washington, D.C., FMI).
- Guardiancich, I. (editor) 2012. Recovering from the crisis through social dialogue in the new EU Member States: The case of Bulgaria, the Czech Republic, Poland and Slovenia (Ginebra, OIT).

- Disponible en: http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---europe/---ro-geneva/---sro-budapest/documents/publication/wcms_203443.pdf [8 de mayo, 2014].
- Hagemeyer, K. 2005. "Sustainable, safe and adequate pensions in the ageing society: Policy dilemmas," en *Polityka Społeczna*, Vol. 1, núm. 1, págs. 11–17. Disponible en: <http://www.social-protection.org/gimi/gess/RessourceDownload.action?ressource.ressourceId=32290> [16 de abril, 2014].
- ___; McKinnon, R. 2013. "Introducción: El papel de los pisos nacionales de protección social en la extensión de la seguridad social para todos" en *Revista Internacional de Seguridad Social*, Vol. 66, núm. 3–4, págs. 3–20.
- ___; K.; Scholz, W. 2004. "Nachhaltig, sicher und angemessen? Die Reformstrategie der Weltbank und die Rentenreformen in Polen, Ungarn, Tschechien und anderen osteuroäischen Ländern," en la *Deutsche Rentenversicherung*, núm. 11-12, págs. 778–789.
- Hagen-Zanker, J.; Morgan, J. 2011. *South Africa's cash social security grants: Progress in increasing coverage*, proyecto Progreso para el Desarrollo (Londres, Instituto de Desarrollo de Ultramar).
- Hall, D. 2010. *Why we need public spending* (Londres, Universidad de Greenwich). Disponible en: <http://www.psiru.org/reports/why-we-need-public-spending> [16 de abril, 2014].
- Handa, S.; Park, M.J.; Darko, R.O.; Osei-Akoto, I.; Davis, B.; Diadone, S. 2013. *Livelihood empowerment against poverty impact evaluation* (Centro de Población de Carolina, Universidad de Carolina del Norte).
- Hauben, H.; Coucheir, M.; Spooen, J.; McAnaney, D.; Delfosse, C. 2012. *Assessing the impact of European governments' austerity plans on the rights of people with disabilities* (Bruselas, Centro Europeo de Fundaciones). Disponible en: http://www.efc.be/programmes_services/ressources/Documents/Austerity%20European%20Report_FINAL.pdf [16 de abril, 2014].
- HelpAge International. 2013. *Global AgeWatch Index 2013: Insight report* (Londres). Disponible en: <http://www.helpage.org/global-agewatch/> [16 de abril, 2014].
- ___ . 2014. *Home care for older people: The experience of ASEAN countries* (Londres). Disponible en: <http://www.eldis.org/go/home&id=66957&ctype=Document#.Uz8FHq15PSk> [16 de abril, 2014].
- Hermann, C. 2013. *Crisis, Structural Reform and the Dismantling of the European Social Model(s)*, Documento de Trabajo 20/2013 (Berlín, Instituto de Economía Política Internacional). Disponible en: http://www.ipe-berlin.org/fileadmin/downloads/working_paper/ipe_working_paper_26.pdf [15 de abril, 2014].
- Hermeto Camilo de Oliveira, A.M.; Caetano, A. De próxima publicación. *Cash transfer programmes, poverty reduction and empowerment of women in Brazil* (Ginebra, OIT).
- Hernandez-Pena, P.; Poulter, J.P. et al. 2013. "Health worker remuneration in OMS member States," en *Boletín de la Organización Mundial de la Salud*, vol. 91, núm. 11, págs. 808–815.
- Hickey, S. 2010. *The politics of social protection in Africa: What do we get from a social contract approach?*, Documento de antecedentes del Informe Europeo sobre el Desarrollo (Florencia, Centro Robert Schumann de Estudios Avanzados). Disponible en: <http://erd.eu.eu/media/BackgroundPapers/Hickey.pdf> [16 de abril, 2014].
- Hirose, K. (editor). 2011. *Pension reform in Central and Eastern Europe in times of crisis, austerity and beyond* (Budapest, Oficina Regional de la OIT para Europa Central y Oriental).
- Holmes, R.; Jones, N. 2013. *Gender and social protection in the developing world: Beyond mothers and safety nets* (Londres y Nueva York, Zed Books).
- Holzmann, R.; Pouget, Y.; Vodopivec, M.; Weber, M. 2011. *Severance pay programs around the world: Historia, fundamentos, estado y reformas*, núm. Serie Documento de Discusión sobre la Protección Social (Washington, D.C., Banco Mundial). Disponible en: <http://go.worldbank.org/ZDUAM7JPI0> [16 de abril, 2014].
- Hujo, K. (editor). 2012. *Mineral rents and the financing of social policy: Opportunities and challenges* (Baasingstoke, Instituto de Investigación de las Naciones Unidas para el Desarrollo Social y Palgrave Macmillan).
- ___; McClanahan, S. (editores). 2009. *Financing social policy: Mobilizing resources for social development* (Baasingstoke, Instituto de Investigación de las Naciones Unidas para el Desarrollo Social y Palgrave Macmillan).
- IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística). 2012. *Síntese de indicadores sociais: Uma análise das condições de vida da população brasileira 2012* (Río de Janeiro).

- IIEL (Instituto Internacional de Estudios Laborales). 2011a. Cómo lograr una recuperación sostenible: Medidas nacionales innovadoras (Ginebra). Disponible en: http://www.ilo.org/global/publications/books/WCMS_153767/lang-es/index.htm [16 de abril, 2014].
- ___ 2011b. Brazil: An innovative income-led strategy (Ginebra). Disponible en: http://www.ilo.org/global/publications/books/WCMS_153768/lang-en/index.htm [16 de abril, 2014].
- ___ 2011c. Germany: A job-centered approach (Ginebra). Disponible en: http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---dgreports/---dcomm/---publ/documents/publication/wcms_153779.pdf [16 de abril, 2014].
- ___ 2012. Informe sobre el Trabajo en el Mundo 2012: Mejor empleo para una economía mejor (Ginebra). Disponible en: http://www.ilo.org/global/research/global-reports/world-of-work/WCMS_179453/lang-nl/index.htm [16 Apr. 2014; en inglés].
- Instituto de Investigación de Política Económica. 2004. The social and economic impact of South Africa's social security system (Ciudad del Cabo, Departamento de Desarrollo Social de Sudáfrica).
- IPEA (Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada). 2013. Duas décadas de desigualdade e pobreza no Brasil medidas pela Pnad/IBGE, Comunicados do Ipea núm. 159. Disponible en: http://www.ipea.gov.br/portal/index.php?option=com_content&view=article&id=20005 [16 de abril, 2014].
- Islam, I.; Chowdhury, A. 2010a. Fiscal consolidation, growth and employment: What do we know?, Nota de Políticas del G24 núm. 57.
- ___; Chowdhury, A. 2010b. The fallacy of austerity-based fiscal consolidation, Nota de Políticas del G24 núm. 58.
- Jackson, C.; Buitters, S.; Byambaa, E.; Davies, M.; Perkins, N. 2011. Lessons from social protection programme implementation in Kenya, Zambia and Mongolia, Informe de Investigación del IDS, vol. 2011, núm. 69 (Brighton, Instituto de Estudios para el Desarrollo). Disponible en: <http://www.ids.ac.uk/publication/lessons-from-social-protection-programme-implementation-in-kenya-zambia-and-mongolia> [16 de abril, 2014].
- Jackson, R. 2013. Attitudes toward the role of the family, the individual, and the State in providing retirement income: Survey evidence from emerging East Asia (Washington, D.C., Centro de Estudios Estratégicos e Internacionales).
- Kar, D.; Curcio, K. 2011. Illicit financial flows from developing countries: 2000–2009 (Washington, D.C., Global Financial Integrity).
- Karanikolos, M.; Mladovsky, P.; Cylus, J.; Thomson, S.; Basu, S.; Stuckler, D.; Mackenbach, J.P.; McKee, M. 2013. "Financial crisis, austerity, and health in Europe." en *The Lancet*, Vol. 381, núm. 9874, págs. 1323-1331. Disponible en: [http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(13\)60102-6/abstract](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(13)60102-6/abstract) [16 de abril, 2014].
- Kentikelenis, A.; Karanikolos, M.; Papanicolas, I.; Basu, S.; McKee, M.; Stuckler, D. 2011. "Health effects of financial crisis: Omens of a Greek tragedy," en *The Lancet*, Vol. 378, núm. 9801, págs. 1457-1458. Disponible en: [http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(11\)61556-0/fulltext](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(11)61556-0/fulltext) [16 de abril, 2014].
- ___; Karanikolos, M.; Reeves, A.; McKee, M.; Stuckler, D. 2014. "Greece's health crisis: From austerity to denialism," en *The Lancet*, Vol. 383, núm. 9918, págs. 748–753. Disponible en: [http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(13\)62291-6/abstract](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(13)62291-6/abstract) [16 de abril, 2014].
- Kruger, A. 2002. A new approach to sovereign debt restructuring (Washington, D.C., FMI).
- Krugman, P. 2012. End this depression now (Nueva York, Norton).
- Künzel, S. 2012. "The local dimension of active inclusion policy," en *Journal of European Social Policy*, Vol. 22, núm. 3, págs. 3–16. Disponible en: <http://esp.sagepub.com/content/22/1/3> [16 de abril, 2014].
- Lagarde, C. 2011. "Don't let fiscal brakes stall global recovery," en *Financial Times*, 15 de agosto. Disponible en: <http://www.ft.com/cms/s/0/315ed340-c72b-11e0-a9ef-00144feabdc0.html#axzz30yG76vCO> [8 de mayo, 2014].
- Lieuw-Kie-Song, M. 2011. Integrating public works and cash transfers in Ethiopia: Implications for social protection, employment and decent work, Documento de Trabajo del Centro Internacional de la Pobreza núm. 84 (Brasilia, Centro Internacional de Políticas para el Crecimiento Inclusivo). Disponible en: <http://www.ipc-undp.org/pub/IPCWorkingPaper84.pdf> [16 de abril, 2014].
- ___; Philip, K.; Tsukamoto, M.; Van Imschoot, M. 2011. Towards the right to work: Innovations in Public Employment Programmes (IPEP), Documento de Trabajo del Departamento de Políticas de

- Empleo (Ginebra, OIT). Disponible en: http://www.ilo.org/employment/Whatwedo/Publications/working-papers/WCMS_158483/lang-en/index.htm [18 de abril, 2014].
- Lødemel, I.; Trickey, H. (editores). 2001. "An offer you can't refuse": Workfare in international perspective (Bristol, Policy Press).
- Lustig, N.; Pessino, C.; Scott, J. 2014. "The impact of taxes and social spending on inequality and poverty in Argentina, Bolivia, Brazil, Mexico, Peru, and Uruguay: Introduction to the special issue," en *Public Finance Review*, Vol. 42, núm. 3, págs. 287–303.
- Martínez Franzoni, J.; Sánchez-Ancochea, D. 2014. De próxima publicación. "Public social services," en J. Berg (ed.): *Labour market institutions and inequality: Building just societies in the 21st century* (Cheltenham, Edward Elgar).
- McCord, A. 2012. *Public works and social protection in sub-Saharan Africa: Do public works work for the poor?* (Tokyo, Nueva York y París, United Nations University Press).
- Mesa-Lago, C. 2012. "Re-reforms of privatized pension systems in the world: A comparative study of Chile, Argentina, Bolivia and Hungary," en *Zeitschrift für ausländisches und internationales Arbeits- und Sozialrecht*, Vol. 26, núm. 3, págs. 189–314.
- Minujin, A.; Nandy, S. (eds). 2012. *Global child poverty and well-being: Measurement, concepts, policy and action* (Bristol, Policy Press).
- Mladovsky, P.; Drivastava, D.; Cylus, J.; Karanikolos, M.; Evetovits, T.; Thomson, S.; McKee, M. 2012. *Health policy responses to the financial crisis in Europe* (Copenhague, OMS, Oficina Regional para Europa). Disponible en: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0009/170865/e96643.pdf [8 de mayo, 2014].
- Mokomane, Z. 2012. *Anti-poverty family-focused policies in developing countries*, Documento de Antecedentes para el XXVIII Aniversario del Año Internacional de la Familia, 2014 (Nueva York, UNDESA). Disponible en: http://www.un.org/esa/socdev/family/docs/BP_POVERTY.pdf [18 de abril, 2014].
- Molyneux, M. 2007. *Change and continuity in social protection in Latin America: Mothers at the service of the state?* (Ginebra, Instituto de Investigaciones de las Naciones Unidas para el Desarrollo Social). Disponible en: <http://www.unrisd.org/80256B3C005BCCF9/search/BF80E0A84BE41896C12573240033C541> [3 de mayo, 2014].
- Monchuk, V. 2014. *Reducing poverty and investing in people: The new role of safety nets in Africa* (Washington, D.C., Banco Mundial). Disponible en: <https://openknowledge.worldbank.org/handle/10986/16256> [18 de abril, 2014].
- Moore, M. 2013. *Obstacles to increasing tax revenues in low income countries*, Documento de Trabajo núm. 15 (Brighton, International Centre for Tax and Development). Disponible en: <http://www.ids.ac.uk/publication/obstacles-to-increasing-tax-revenues-in-low-income-countries> [18 de abril, 2014].
- Morduch, J. 1995. "Income smoothing and consumption smoothing," en *Journal of Economic Perspectives*, Vol. 9, núm. 3, pp. 103–114.
- Nawal, D.; Sekher, T.V.; Goli, S. 2013. "Decomposing the socioeconomic inequality in utilisation of maternal health-care services in selected Asian and sub-Saharan African countries," en *The Lancet*, fascículo especial titulado "Global health metrics and evaluation," 17 de junio, p. S97.
- OCDE (Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos). 2008. *Growing unequal? Income distribution and poverty in OECD countries* (París). Disponible en: http://www.oecd.org/document/4/0,3343,en_2649_33933_41460917_1_1_1_1,00.html#NEWS [8 de mayo, 2014].
- ___ . 2009a. *Promoting pro-poor growth: Social protection* (París). Disponible en: <http://www.oecd.org/dac/povertyreduction/promotingpro-poorgrowthsocialprotection.htm> [18 de abril, 2014].
- ___ . 2009b. *Social Expenditure database (SOCX)* (París). Disponible en: <http://www.oecd.org/social/expenditure.htm> [8 de abril, 2014].
- ___ . 2009c. *Doing better for children* (París).
- ___ . 2010a. *Perspectivas Económicas de América Latina: En qué medida es clase media América Latina* (París). Disponible en: http://www.oecd-ilibrary.org/development/perspectivas-economicas-de-america-latina-2011_leo-2011-es [18 de abril, 2014].
- ___ . 2010b. *Sickness, disability and work: Breaking the barriers. A synthesis of findings across OECD countries* (París). Disponible en: http://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/sickness-disability-and-work-breaking-the-barriers_9789264088856-en [20 de abril, 2014].

- ___ 2010c. Obesity and the economics of prevention: Fit not fat (París). Disponible en: <http://www.oecd.org/els/health-systems/obesityandtheeconomicsofpreventionfitnotfat.htm> [20 de abril, 2014].
- ___ 2010d. Perspectivas Económicas de la OCDE núm. 87 (París). Disponible en: http://www.oecd-ilibrary.org/economics/data/oecd-economic-outlook-statistics-and-projections/oecd-economic-outlook-no-87_data-00492-en;jsessionid=e9ecb59hs92k.delta?isPartOf=/content/datacollection/eo-data-en [20 de abril, 2014, en inglés].
- ___ 2011a. Doing better for families (París). Disponible en: <http://www.oecd.org/social/soc/doingbetterforfamilies.htm> [20 de abril, 2014].
- ___ 2011b. Divided we stand: Why inequality keeps rising (París). Disponible en: <http://www.oecd.org/social/soc/dividedwestandwhyinequalitykeepsrising.htm> [20 de abril, 2014].
- ___ 2012a. Pensions Outlook 2012 (París). Disponible en: <http://www.oecd.org/finance/private-pensions/oecd-pensions-outlook-2012.htm> [20 de abril, 2014].
- ___ 2012b. Social spending after the crisis: Social expenditure SOCX data update 2012 (París). Disponible en: <http://www.oecd.org/social/expenditure.htm> [8 de abril, 2014].
- ___ 2012c. Restoring public finances (2012 update) (París). Disponible en: <http://www.oecd.org/gov/budgeting/restoring-public-finances-report-outlining-the-fiscal-consolidation-plans-of-30-oecd-countries.htm> [20 de abril, 2014].
- ___ 2013a. Pensions at a Glance 2013: Retirement-income systems in OECD and G20 countries (París). Disponible en: <http://www.oecd.org/pensions/pensions-at-a-glance.htm> [20 de abril, 2014].
- ___ 2013b. Crisis squeezes income and puts pressure on inequality and poverty: New results from the OECD income distribution database (París). Disponible en: <http://www.oecd.org/els/soc/OECD2013-Inequality-and-Poverty-8p.pdf> [20 de abril, 2014].
- ___ 2013c. International Migration Outlook 2013 (París). Disponible en: <http://www.oecd.org/els/mig/imo2013.htm> [20 de abril, 2014].
- ___ 2013d. Health at a Glance 2013: OECD indicators (París). Disponible en: <http://www.oecd.org/els/health-systems/health-at-a-glance.htm> [20 de abril, 2014].
- ___ 2013e. Development Co-operation Report 2013: Ending poverty (París). Disponible en: <http://www.oecd.org/dac/dcr2013.htm> [20 de abril, 2014].
- ___ 2014a. Fragile States 2014: Domestic revenue mobilisation (París). Disponible en: <http://www.oecd.org/dac/incf/resource-flow-to-fragile-states.htm> [20 de abril, 2014].
- ___ 2014b. OECD Family Database (París). Disponible en: www.oecd.org/social/family/database [20 de abril, 2014].
- OIT (Oficina Internacional del Trabajo). 2000. Informe sobre el Trabajo en el Mundo 2000: La seguridad de los ingresos y la protección social en un mundo en plena transformación (Ginebra; en inglés).
- ___ 2008a. Can low-income countries afford basic social security?, Sinopsis de Políticas sobre la Seguridad Social (Ginebra). Disponible en: <http://www.ilo.org/gimi/gess/ShowResource.action?resource.ressourceId=5951> [16 de abril, 2014].
- ___ 2008b. Saving lives, protecting jobs: International HIV/AIDS workplace education programme. SHARE: Strategic HIV/AIDS Responses in Enterprises: Second report (Ginebra). Disponible en: http://www.ilo.org/global/about-the-ilo/newsroom/news/WCMS_092043/lang-en/index.htm [16 de abril, 2014].
- ___ 2009a. Para recuperarse de la crisis: Un Pacto Mundial para el Empleo, Adoptado por la Conferencia Internacional del Trabajo, 98ª Reunión, 2009 (Ginebra). Disponible en: http://www.ilo.org/ilc/ILCSessions/98thSession/texts/WCMS_115078/lang-es/index.htm [16 de abril, 2014].
- ___ 2009b. Proteger a las personas y promover el empleo: Un estudio de las respuestas de los países ante la crisis económica mundial en la esfera de las políticas de empleo y de protección social en 54 países, informe de la OIT a la Cumbre de los Líderes del G-20, Pittsburgh, septiembre 24-25 (Ginebra).
- ___ 2010a. Informe Mundial sobre la Seguridad Social 2010/11: Brindar cobertura en tiempos de crisis, y después de las crisis (Ginebra). Disponible en: http://www.ilo.org/global/publications/ilo-bookstore/order-online/books/WCMS_146566/lang-en/index.htm [16 de abril, 2014; en inglés].
- ___ 2010b. Extending social security to all: A guide through challenges and options (Ginebra). Disponible en: http://www.ilo.org/global/publications/ilo-bookstore/order-online/books/WCMS_146616/lang-en/index.htm [16 de abril, 2014].

- ___ . 2010c. Acelerar una recuperación con altas cotas de empleo en los países del G-20 a partir de la experiencia adquirida, informe de la OIT elaborado con base en las contribuciones sustantivas de la OCDE para la Reunión de los Ministros de Trabajo y Empleo del G-20, del 20 al 21 abril 2010, Washington, D.C. (Ginebra). Disponible en: http://www.ilo.org/public/libdoc/jobcrisis/download/g20_report_accelerating.pdf [16 de abril, 2014, en inglés].
- ___ . 2010d. La maternidad en el trabajo: Examen de la legislación nacional. Resultados de la Base de Datos de la OIT sobre las Leyes Relacionadas a las Condiciones de Trabajo y de Empleo (Ginebra). Disponible en: http://www.ilo.org/global/publications/books/WCMS_124442/lang-en/index.htm [16 de abril, 2014, en inglés].
- ___ . 2010e. La contribución de la OIT a la reforma previsional en Chile (Santiago de Chile).
- ___ . 2011a. Seguridad social para la justicia social y una globalización equitativa: discusión recurrente sobre la protección social (seguridad social) en virtud de la Declaración de la OIT relativa a la justicia social para una globalización equitativa, Informe VI, Conferencia Internacional del Trabajo, 102ª Reunión, Ginebra, 2011 (Ginebra). Disponible en: <http://ilo.org/ilc/ILCSessions/100thSession/on-the-agenda/social-protection/lang-en/index.htm> [16 de abril, 2014, en inglés].
- ___ . 2011b. Informe del Director General: Una nueva era de justicia social, Informe I(A), Conferencia Internacional del Trabajo, 100ª reunión, Ginebra, 2011 (Ginebra). Disponible en: http://www.ilo.org/ilc/ILCSessions/100thSession/reports/reports-submitted/WCMS_155656/lang-en/index.htm [16 de abril, 2014, en inglés].
- ___ . 2011c. La seguridad social y la primacía del Derecho: Estudio general relativo a los instrumentos de la seguridad social a la luz de la Declaración de 2008 sobre la justicia social para una globalización equitativa, Informe III (Parte 1B), Conferencia Internacional del Trabajo, 100ª Reunión, Ginebra, 2011 (Ginebra). Disponible en: http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/--ed_norm/--relconf/documents/meetingdocument/wcms_152602.pdf [3 de mayo, 2014, en inglés].
- ___ . 2012a. La estrategia de la Organización Internacional del Trabajo. Seguridad social para todos: Establecimiento de pisos de protección social y de sistemas integrales de seguridad social (Ginebra) Disponible en: http://www.ilo.org/secsoc/information-resources/publications-and-tools/books-and-reports/WCMS_SECSOC_34188/lang-en/index.htm [16 de abril, 2014, en inglés].
- ___ . 2012b. La crisis del empleo de los jóvenes: ¡Actuemos ya!, Informe V, Conferencia Internacional del Trabajo, 101ª reunión, Ginebra, 2012 (Ginebra). Disponible en: http://www.ilo.org/washington/areas/youth-employment/WCMS_175421/lang-en/index.htm [16 de abril, 2014, en inglés].
- ___ . 2012c. Social protection assessment based national dialogue: Towards a nationally defined social protection floor in Indonesia (Yakarta). Disponible en: http://www.ilo.org/jakarta/whatwedo/publications/WCMS_195572/lang-en/index.htm [16 de abril, 2014].
- ___ . 2012d. Tendencias Mundiales del Empleo de las Mujeres 2012 (Ginebra). Disponible en: http://www.ilo.org/global/research/global-reports/global-employment-trends/WCMS_195447/lang-en/index.htm [16 de abril, 2014, en inglés].
- ___ . 2012e. Informe sobre el trabajo en el mundo 2012: Mejor empleo para una economía mejor (Ginebra). Disponible en: http://www.ilo.org/global/research/global-reports/world-of-work/WCMS_179453/lang-nl/index.htm [16 Apr. 2014; en inglés].
- ___ . 2012f. "China's latest revolution: Basic health care for all," 3 de septiembre. Disponible en: http://www.ilo.org/global/about-the-ilo/newsroom/features/WCMS_188582/lang-en/index.htm [16 de abril, 2014].
- ___ . 2013a. Informe Mundial sobre el Trabajo Infantil: Vulnerabilidad económica, protección social y lucha contra el trabajo infantil (Ginebra). Disponible en: http://www.ilo.org/ipecc/Informationresources/WCMS_178184/lang-en/index.htm [16 de abril 2014, en inglés].
- ___ . 2013b. Informe Mundial sobre Salarios 2012/13: Los salarios y el crecimiento equitativo (Ginebra). Disponible en: http://www.ilo.org/global/research/global-reports/global-wage-report/2012/WCMS_194843/lang-de/index.htm [16 de abril, 2014].
- ___ . 2013c. Tendencias Mundiales del Empleo 2013: Para recuperarse de una segunda caída del empleo (Ginebra). Disponible en: http://www.ilo.org/global/research/global-reports/global-employment-trends/2013/WCMS_202326/lang-nl/index.htm [16 de abril, 2014, en inglés].
- ___ . 2013d. Tendencias Mundiales del Empleo Juvenil 2013: Una generación en peligro (Ginebra). Disponible en: http://www.ilo.org/global/research/global-reports/global-employment-trends/youth/2013/WCMS_212423/lang-en/index.htm [16 de abril, 2014, en inglés].

- ___ 2013e. Working Conditions Laws Report 2012: A global review (Ginebra). Disponible en: http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed_protect/---protrav/---travail/documents/publication/wcms_235155.pdf [16 de abril, 2014].
- ___ 2013f. Enfrentar la crisis de empleo en Portugal, Informe preparado por el Grupo Interdepartamental de la OIT sobre los países en crisis de Europa para la conferencia de alto nivel titulada "Enfrentar la crisis de empleo en Portugal" Lisboa, 4 de noviembre.
- ___ 2013g. La transición de la economía informal a la economía formal, Informe V(1), Conferencia Internacional del Trabajo, 103ª reunión, Ginebra, 2014 (Ginebra). Disponible en: http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed_norm/---relconf/documents/meetingdocument/wcms_218128.pdf [3 de mayo, 2014, en inglés].
- ___ 2013h. La economía informal y el trabajo decente: apoyo a la transición hacia la formalidad: una guía de recursos sobre política (Ginebra). Disponible en: http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed_emp/---emp_policy/documents/publication/wcms_212689.pdf [3 de mayo, 2014, en inglés].
- ___ 2013i. Empleo y protección social en el nuevo contexto demográfico, Informe IV, Conferencia Internacional del Trabajo, 102ª reunión, Ginebra, 2013 (Ginebra). Disponible en: http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed_norm/---relconf/documents/meetingdocument/wcms_209717.pdf [3 de mayo, 2014, en inglés].
- ___ 2014a. Tendencias Mundiales del Empleo 2014: ¿Hacia una recuperación sin creación de empleos? (Ginebra). Disponible en: http://www.ilo.org/global/research/global-reports/global-employment-trends/2014/WCMS_233953/lang-en/index.htm [16 de abril, 2014, en inglés].
- ___ 2014b. Políticas de empleo para una recuperación y un desarrollo sostenibles: Discusión recurrente en el marco de la Declaración de la OIT sobre la justicia social para una globalización equitativa, Conferencia Internacional del Trabajo, 103ª reunión, Ginebra, 2014 (Ginebra). Disponible en: http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed_norm/---relconf/documents/meetingdocument/wcms_240032.pdf [16 de abril, 2014, en inglés].
- ___ 2014c. De próxima publicación. Informe Mundial sobre Salarios 2014/15 (Ginebra)
- ___ 2014d. Informe sobre el trabajo en el mundo 2014: El desarrollo a través del empleo (Ginebra).
- ___ 2014e. La maternidad y la paternidad en el trabajo: Legislación y práctica en el mundo (Ginebra).
- ___; UE (Unión Europea); IIEL (Instituto Internacional de Estudios Laborales). 2011. A review of global fiscal stimulus, Serie Documentos de Discusión CE-IIEL núm. 5. Disponible en: http://www.ilo.org/inst/research/addressing-crisis-challenges/discussion-paper-series/WCMS_194175/lang-en/index.htm [16 de abril, 2014].
- ___y OCDE (Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos). 2013. Addressing employment, labour market and social protection challenges in G20 countries: Key measures since 2010 (Ginebra y París). Disponible en: http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---dgreports/---dcomm/---publ/documents/publication/wcms_217544.pdf [16 de abril, 2014].
- ___y PNUD (Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo). 2009. Trabajo y familia: Hacia nuevas formas de conciliación con corresponsabilidad social (Santiago de Chile). Disponible en: http://www.ilo.org/gender/Informationresources/Publications/WCMS_111375/lang-en/index.htm [16 de abril, 2014, en inglés].
- ___; Banco Mundial. 2012. Informe conjunto de síntesis: Catálogo de medidas de política adoptadas para hacer frente a la crisis financiera y económica (Ginebra y Washington, D.C.). Disponible en: http://ilo.org/empelm/pubs/WCMS_186324/lang-en/index.htm [16 de abril, 2014, en inglés].
- ___; Banco Mundial; DFID (Departamento para el Desarrollo Internacional del Reino Unido); UNICEF (Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia); AISS (Asociación Internacional de Seguridad Social); ODI (Instituto de Desarrollo de Ultramar); Centro Internacional de Políticas para el Crecimiento Inclusivo; HelpAge International. 2013. Joint proposal on international social protection data harmonisation, insumo de la 3ª reunión del Consejo de Cooperación Interinstitucional para la Protección social (SPIAC-B) (Ginebra y Washington, D.C.). Disponible en: http://www.ilo.org/newyork/issues-at-work/social-protection/social-protection-inter-agency-cooperation-board/third-meeting/WCMS_227154/lang-en/index.htm [16 de abril, 2014].
- OMS (Organización Mundial de la Salud). 2010. Informe sobre la salud en el mundo 2010 – Financiación de los sistemas de salud: el camino hacia la cobertura universal (Ginebra). Disponible en: <http://www.who.int/whr/2010/en/> [20 de abril, 2014].
- ___ 2011a. Impact of economic crises on mental health (Ginebra).

- ___ . 2011b. Estructuras de financiación sostenible de la salud y cobertura universal, Resolución núm. WH64.9 adoptada por la 64a Asamblea Mundial de la Salud (Ginebra).
- ___ . 2012. Spending on health: A global overview, Hoja informativa núm. 319 (Ginebra).
- ___; Banco Mundial. 2011. Informe mundial sobre la discapacidad (Ginebra y Washington, D.C.). Disponible en: http://www.who.int/disabilities/world_report/2011/en/ [20 de abril, 2014].
- ONU (Organización de las Naciones Unidas). 2000. Observación general núm. 14: El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud. Doc. E/C.12/2000/4 (Ginebra, Consejo Económico y Social de las Naciones Unidas, Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales). Disponible en: http://tbinternet.ohchr.org/_layouts/treatybodyexternal/Download.aspx?symbolno=E%2fC.12%2f2000%2f4&Lang=en [20 de abril, 2014].
- ___ . 2008. Observación general núm. 19: El derecho a la seguridad social (Art. 9). Doc. E/C.12/GC/19 (Ginebra, Consejo Económico y Social de las Naciones Unidas, Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales). Disponible en: http://tbinternet.ohchr.org/_layouts/treatybodyexternal/Download.aspx?symbolno=E%2fC.12%2fGC%2f19&Lang=en [20 de abril, 2014].
- ___ . 2009a. Global financial crisis: UN system joint initiatives (Nueva York, Junta de los Jefes Ejecutivos del Sistema de las Naciones Unidas para la Coordinación (JJE)). Disponible en: <http://www.ilo.org/public/libdoc/igo/2009/433767.pdf> [8 de mayo, 2014].
- ___ . 2009b. Report of the Commission of Experts of the President of the United Nations General Assembly on Reforms of the International Monetary and Financial System (Nueva York).
- ___ . 2010a. Report on the World Social Situation 2010: Rethinking poverty (Nueva York). Disponible en: <http://www.un.org/esa/socdev/rwss/docs/2010/fullreport.pdf> [20 de abril, 2014].
- ___ . 2010b. Cumplir la promesa: unidos para lograr los Objetivos de Desarrollo del Milenio, Resolución adoptada por la Asamblea General, 22 de sep. 2010, Cumbre de los ODM, Reunión Plenaria de Alto Nivel de la Asamblea General núm. A/RES/65/1 (Nueva York).
- ___ . 2010c. Till debt do us part: The urgency of a sovereign debt workout mechanism, UN-DESA Nota de Políticas núm. 29 (Nueva York, Departamento de Asuntos Económicos y Sociales de las Naciones Unidas).
- ___ . 2012a. El futuro que queremos, Resolución adoptada por la Asamblea General, Conferencia de las naciones Unidas sobre el Desarrollo Sostenible, Río de Janeiro, Sep.
- ___ . 2012b. Los principios Rectores sobre la extrema pobreza y los derechos humanos, presentado por la Relatora Especial sobre la Extrema Pobreza y Derechos Humanos, Magdalena Sepúlveda Carmona, Consejo de Derechos Humanos, 21a Reunión, Nueva York, julio. Disponible en: <http://www.ohchr.org/EN/Issues/Poverty/Pages/DGPIIntroduction.aspx> [20 de abril, 2014].
- ___ . 2012c. Salud mundial y política exterior, Resolución adoptada por la Asamblea General de las Naciones Unidas, 67a Reunión, Nueva York, 12 de diciembre. Disponible en: http://www.un.org/ga/search/view_doc.asp?symbol=A/67/L.36 [20 de abril, 2014].
- ___ . 2013a. Empoderamiento económico por medio de estrategias de protección social inclusiva y reducción de la pobreza, Conferencia de los Estados Partes en la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, 6a Reunión, Nueva York, 17–19 de julio. Disponible en: http://www.un.org/disabilities/documents/COP/crpd_csp_2013_2.doc [20 de abril, 2014].
- ___ . 2013b. Objetivos de Desarrollo del Milenio: Informe de 2013 (Nueva York). Disponible en: <http://www.un.org/millenniumgoals/pdf/report-2013/mdg-report-2013-english.pdf> [20 de abril, 2014].
- ___ . 2013c. Situación y perspectivas de la economía mundial 2013 (Nueva York).
- ___ . 2013d. The report on the world social situation: Inequality matters (Nueva York, Departamento de Asuntos Económicos y Sociales de las Naciones Unidas). Disponible en: <http://www.un.org/en/development/desa/publications/world-social-situation-2013.html> [20 de abril, 2014].
- ___ . 2013e. Economic and social survey of Asia and the Pacific 2013: Forward-looking macroeconomic policies for inclusive and sustainable development (Bangkok, Comisión Económica y Social de las Naciones Unidas para Asia y el Pacífico). Disponible en: <http://www.unescap.org/publications/survey/surveys/survey2013.pdf> [20 de abril, 2014].
- Ortiz I ; Burke, S.; Berrada, M.; Cortes, H. 2013. World protests 2006–2013, Documento de Trabajo, sept. (Nueva York, Iniciativa para el Diálogo Político y Friedrich-Ebert-Stiftung).
- ___; Chai, J.; Sire, X.R. 2010. Protecting salaries of frontline teachers and health workers, Documento de Trabajo de UNICEF para la División de Política y Práctica. Disponible en: http://www.unicef.org/socialpolicy/index_53314.html [20 de abril, 2014].

- ___; Cummins, M. 2013. The age of austerity: A review of public expenditures and adjustment measures in 181 countries, Documento de Trabajo (Nueva York y Ginebra, Iniciativa para el Diálogo Político y el Centro del Sur). Disponible en: http://policydialogue.org/files/publications/Age_of_Austerity_Ortiz_and_Cummins.pdf [20 de abril, 2014].
- ___; Cummins, M. (editores). 2012. A recovery for all: Rethinking socio-economic policies for children and poor households (Nueva York, UNICEF, División de Política y Práctica).
- ___; Moreira Daniels, L.; Engilbertsdóttir, S. 2012. Child poverty and inequality: New perspectives (Nueva York, UNICEF). Disponible en: http://www.unicef.org/socialpolicy/index_62108.html [20 de abril, 2014].
- Ostry, J.D.; Berg, A.G.; Tsangarides, C.G. 2014. Redistribution, inequality, and growth, Documento de Análisis del Personal Técnico del FMI núm. 14/02 (Washington, D.C., FMI). Disponible en: <http://www.imf.org/external/pubs/ft/sdn/2014/sdn1402.pdf> [20 de abril, 2014].
- Oxfam. 2013. A cautionary tale: The true cost of austerity and inequality in Europe, Documento Informativo (Londres). Disponible en: <http://policy-practice.oxfam.org.uk/publications/a-cautionary-tale-the-true-cost-of-austerity-and-inequality-in-europe-301384> [20 de abril, 2014].
- Padoan, P.C. 2010. How to correct global imbalances, OECD Observer núm. 279, mayo. Disponible en: http://www.oecdobserver.org/news/archivestory.php/aid/3248/How_to_correct_global_imbalances.html [20 de abril, 2014].
- Parlamento Europeo. 2014a. “El PE sentó a la Troika en el banquillo de los acusados,” en Noticias del Parlamento Europeo, 13 de enero (Estrasburgo). Disponible en: <http://www.europarl.europa.eu/news/es/news-room/content/20140110STO32308/html/Inquiry-how-Parliament-evaluated-the-impact-of-Troika-measures> [16 de abril, 2014; en inglés].
- ___ 2014b. “Los parlamentarios reclaman más legitimidad en la política económica de la Unión Europea,” en Noticias del Parlamento Europeo, 23 de enero (Estrasburgo). Disponible en: <http://www.europarl.europa.eu/news/es/news-room/content/20140122STO33435/html/Parliamentarians-call-for-more-legitimacy-in-economic-policy-making-in-the-EU> [16 de abril, 2014].
- Patel, L.; Hochfeld, T.; Moodley, J. 2013. “Gender and child sensitive social protection in South Africa,” en *Development Southern Africa*, Vol. 30, núm. 1, págs. 69–83.
- ___; Hochfeld, T.; Moodley, J.; Mutwali, R. 2012. The gender dynamics and impact of the child support grant in Doornkop, Soweto (Johannesburg, Universidad de Johannesburg, Centro para el Desarrollo Social). Disponible en: <http://www.childwatch.uio.no/publications/research-reports/gender%20dynamics%20and%20child%20support.pdf> [20 de abril, 2014].
- PNUD (Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo). 2007. Fiscal space for what? Analytical issues from a human development perspective, Documento para el Taller del G20 sobre Política Fiscal, Estambul, 30 de junio – 2 de julio, 2007.
- ___ 2009. Informe sobre Desarrollo Humano 2009 (Nueva York). Disponible en: <http://hdr.undp.org/en/content/human-development-report-2009> [20 de abril, 2014].
- ___ 2010. Social protection in fiscal stimulus packages: Some evidence (Nueva York, Oficina de Estudios para el Desarrollo del PNUD).
- ___ 2011. Illicit financial flows from the least developed countries: 1990–2008 (Nueva York).
- ___ 2013. Humanidad dividida: Cómo hacer frente a la desigualdad en los países en desarrollo (Nueva York). Disponible en: http://www.undp.org/content/dam/undp/library/Poverty%20Reduction/Inclusive%20development/Humanity%20Divided/HumanityDivided_Full-Report.pdf [8 de mayo, 2014].
- ___ 2014. Humanidad dividida: Cómo hacer frente a la desigualdad en los países en desarrollo (Nueva York). Disponible en: <http://www.undp.org/content/undp/en/home/librarypage/poverty-reduction/humanity-divided--confronting-inequality-in-developing-countries.html> [20 de abril, 2014].
- ___; RCPAR (Centro Regional para la Reforma de la Administración Pública). 2011. Economic crisis responses from a governance perspective in Eastern Europe and Central Asia: Regional report (Nueva York y Bratislava). Disponible en: http://www.rcpar.org/contents_en.asp?id=475 [20 de abril, 2014].
- Pollin, R.; Epstein, G.; Heintz, J. 2008. Pro-growth alternatives for monetary and financial policies in sub-Saharan Africa, Nota Investigativa de Políticas núm. 6 (Brasilia, Centro Internacional de Pobreza del PNUD).

- Rawdanowicz, L.; Wurzel, E.; Christensen, A.K. 2013. The equity implications of fiscal consolidation, Documento de Trabajo núm. 1013 del Departamento de Economía de la OCDE (París). Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1787/5k4dlvx2wj00-en> [8 de mayo, 2014].
- Ray, R.; Kozameh, S. 2012. Ecuador's economy since 2007, Documento de Trabajo (Washington, D.C., Centro para la Investigación Económica y Política).
- Razavi, S.; Arza, C.; Braunstein, E.; Cook, S.; Goulding, K. 2012. Gendered impacts of globalization: Employment and social protection, Documento sobre Género y Desarrollo núm. 16 (Ginebra, Instituto de Investigaciones de las Naciones Unidas para el Desarrollo Social). Disponible en: <http://www.unrisd.org/80256B3C005BCCF9/search/6E16D1DC33F5D82BC12579D000478859?OpenDocument> [20 de abril, 2014].
- Red de Asesoría sobre Pobreza Crónica/Chronic Poverty Advisory Network. 2014. The Chronic Poverty Report 2014–2015: The road to zero extreme poverty (Londres, Instituto de Desarrollo de Ultramar). Disponible en: <http://www.odi.org.uk/sites/odi.org.uk/files/odi-assets/publications-opinion-files/8834.pdf> [8 de mayo, 2014].
- República de Kenya. 2010. Constitution of Kenya 2010. Disponible en: <https://www.kenyaembassy.com/pdfs/The%20Constitution%20of%20Kenya.pdf> [20 de abril, 2014].
- Reynaud, E. (ed.). 2000. Reforma de las pensiones y concertación social (Ginebra, OIT).
- Ringgen, S.; Ngok, K. 2013. What kind of welfare state is emerging in China?, Documento de Trabajo núm. 2013-2 de UNRISD (Ginebra, Instituto de Investigaciones de las Naciones Unidas para el Desarrollo Social). Disponible en: <http://www.unrisd.org/80256B3C005BCCF9/search/28BCE0F59BDD3738C1257BE30053EBAC?OpenDocument> [20 de abril, 2014].
- Robalino, D.A.; Vodopivec, M.; Bodor, A. 2010. Savings for unemployment in good or bad times: Options for developing countries, Serie Documentos de Discusión del IZA núm. 4516 (Bonn, Instituto para el Estudio del Trabajo).
- Ryder, G. 2013. Avoiding the risk of a slow growth trap, Declaración para the Comité Monetario y Financiero Internacional y el Comité de Desarrollo Internacional (Washington, D.C., FMI).
- Sanfilippo, M.; de Neubourg, C.; Martorano, B. 2012. The impact of social protection on children: A review of the literature, Documento de Trabajo de la Oficina de Investigación de UNICEF (Nueva York, UNICEF). Disponible en: <http://www.unicef-irc.org/publications/666> [20 de abril, 2014].
- Sarfati, H.; Ghellab, Y. 2012. The political economy of pension reforms in times of global crisis: State unilateralism or social dialogue?, Documento de Trabajo núm. 37 (Ginebra, OIT). Disponible en: http://www.ilo.org/ifpdial/information-resources/publications/WCMS_176346/lang-en/index.htm [20 de abril, 2014].
- Sarra, J. 2008. Employee and pension claims during company insolvency: A comparative study of 62 jurisdictions (Toronto, Carswell).
- Save the Children. 2012a. A chance to grow: How social protection can tackle child malnutrition and promote economic opportunities (Londres). Disponible en: <https://www.savethechildren.org.uk/resources/online-library/chance-grow> [20 de abril, 2014].
- _____. 2012b. What cash transfer programming can do to protect children from violence, abuse and exploitation: Review and recommendations (Londres). Disponible en: <http://www.savethechildren.org.uk/resources/online-library/cash-and-child-protection> [20 de abril, 2014].
- Scheil-Adlung, X.; Bonan, J. 2012. Can the European elderly afford the financial burden of health and long-term care? Assessing impacts and policy implications, Documento ESS - Extensión de la Seguridad Social, ESS Núm. 31 (Ginebra, OIT). Disponible en: <http://www.ilo.org/gimi/gess/ShowRessource.action?ressource.ressourceId=30228> [20 de abril, 2014].
- _____; Bonan, J. 2013. “Brechas en la protección social de la salud y en los cuidados de larga duración en Europa: ¿bancarrota para la tercera edad?,” en *Revista Internacional de Seguridad Social*, Vol. 66, núm. 1, págs. 27–51. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1111/issr.12001> [20 de abril, 2014].
- _____; Bonnet, F. 2011. “Más allá de la cobertura jurídica: evaluación del rendimiento de la protección social de la salud” en *Revista Internacional de Seguridad Social*, Vol. 64, núm. 3, págs. 23–43.
- _____; Kuhl, C. 2012. Evidence on gender inequities in social health protection: The case of women living in rural areas, Documento ESS - Extensión de la Seguridad Social núm. 29 (Ginebra). Disponible en: <http://www.social-protection.org/gimi/gess/ShowRessource.action?ressource.ressourceId=28986> [20 de abril, 2014].

- ___; Sandner, L. 2010. Paid sick leave: Incidence, patterns and expenditure in times of crises, Documento de ESS - Extensión de la Seguridad Social núm. 27 (Ginebra, OIT). Disponible en: http://www.ilo.org/secsoc/information-resources/publications-and-tools/Workingpapers/WCMS_207675/lang-en/index.htm [20 de abril, 2014].
- Schmitt, V.; Sakunphanit, T.; Prasitsiriphol, O. 2013. Social protection assessment based national dialogue: Towards a nationally defined social protection floor in Thailand (Bangkok, Naciones Unidas/Equipo Conjunto sobre Protección Social del Gobierno Real de Tailandia). Disponible en: http://www.ilo.org/secsoc/information-resources/publications-and-tools/books-and-reports/WCMS_213264/lang-en/index.htm [20 de abril, 2014].
- Sehnbruch, K. 2006. "Unemployment insurance or individual savings accounts: Can Chile's new scheme serve as a model for other developing countries?," en *Revista Internacional del Trabajo*, Vol. 59, núm. 1, págs. 27-48.
- Sekabaraga, C.; Soucat, A.; Diop, F.; Martin, G. 2011. "Innovative financing for health in Rwanda: A report of successful reforms," en P. Chunam-Pole y M. Angwafo (editores): *Yes, Africa can: success stories from a dynamic continent* (Washington, D.C., Banco Mundial), págs. 403-416. Disponible en: <http://siteresources.worldbank.org/AFRICAEXT/Resources/258643-1271798012256/Rwanda-health.pdf> [20 de abril, 2014].
- Sepúlveda, M. 2012. The human rights based approach to recovery from the global economic and financial crises, with a focus on those living in poverty, Informe de la Experta Independiente sobre la cuestión de los Derechos Humanos y la Pobreza Extrema, Magdalena Sepúlveda Carmona, Consejo de Derechos Humanos (A/HRC/17/34). Disponible en: <http://www2.ohchr.org/english/bodies/hrcouncil/docs/17session/A-HRC-17-34.pdf> [20 de abril, 2014].
- ___ From undeserving poor to rights holder: A human rights perspective on social protection systems, Documento de Trabajo (Londres, Development Pathways). Disponible en: <http://www.developmentpathways.co.uk/downloads/working-papers/from-undeserving-poor-to-rights-holder--magdalena-sepulveda.pdf> [20 de abril, 2014].
- ___; Nyst, C. 2012. The human rights approach to social protection (Helsinki, Ministerio de Asuntos Exteriores de Finlandia). Disponible en: <http://www.ohchr.org/Documents/Issues/EPoverty/HumanRightsApproachToSocialProtection.pdf> [20 de abril, 2014].
- Skoufias, E.; Parker, S. 2001. Conditional cash transfers and their impact on child work and schooling: Evidence from PROGRESA program in Mexico, núm. Serie Documentos de Discusión de la FCND núm. 123 (Washington, D.C., Instituto Internacional de Investigaciones sobre Políticas Alimentarias). Disponible en: <http://www.ifpri.org/publication/conditional-cash-transfers-and-their-impact-child-work-and-schooling-0?print> [20 de abril, 2014].
- Soares, S.; Perez Ribas, R.; Veras Soares, F. 2010. Targeting and coverage of the Bolsa Família Programme: Why knowing what you measure is important in choosing the numbers, Documento de Trabajo núm. 71 del CIP (Brasilia, Centro Internacional de Política para el Crecimiento Inclusivo). Disponible en: <http://www.ipc-undp.org/pub/IPCWorkingPaper71.pdf> [20 de abril, 2014].
- Solt, F. 2009. "Standardizing the world income inequality database," en *Social Science Quarterly*, Vol. 90, núm. 2, págs. 231-242. Disponible en: <http://myweb.uiowa.edu/fsolt/swiid/swiid.html> [20 de abril, 2014].
- ___ 2013. Base de Datos Mundial sobre la Desigualdad de los Ingresos (SWIID), Version 4.0, Sep. Disponible en: <http://myweb.uiowa.edu/fsolt/swiid/swiid.html> [20 de abril, 2014].
- SSA (Administración de la Seguridad Social de los Estados Unidos); AISS (Asociación Internacional de la Seguridad Social). 2012. Social security programs throughout the world: Europe, 2012 (Washington, D.C. y Ginebra). Disponible en: <http://www.ssa.gov/policy/docs/progdesc/ssptw/2012-2013/europe/> [20 de abril, 2014].
- ___ 2013a. Social security programs throughout the world: Asia and Pacific, 2012 (Washington, D.C. y Ginebra). Disponible en: <http://www.ssa.gov/policy/docs/progdesc/ssptw/2012-2013/asia/> [20 de abril, 2014].
- ___ 2013b. Social security programs throughout the World: Africa, 2013 (Washington, D.C. y Ginebra). Disponible en: <http://www.socialsecurity.gov/policy/docs/progdesc/ssptw/2012-2013/africa/> [20 de abril, 2014].

- ___ . 2014. Social security programs throughout the world: The Americas, 2011 (Washington, D.C. y Ginebra). Disponible en: <http://www.socialsecurity.gov/policy/docs/progdsc/ssptw/2010-2011/americas/> [20 de abril, 2014].
- Stiglitz, J. 2009. "The global crisis, social protection and jobs," en *International Labour Review*, Vol. 148, Nos 1-2, págs. 1-13. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1564-913X.2009.00046.x> [20 de abril, 2014].
- Stolz, S.M.; Wedow, M. 2010. Extraordinary measures in extraordinary times: Public measures in support of the financial sector in the EU and the United States, Serie de Documentos Ocasionales núm. 117 (Francfort, Banco Central Europeo). Disponible en: <http://www.ecb.europa.eu/pub/pdf/scpops/ecbocp117.pdf> [15 Apr. 2014].
- Stuckler, D.; Basu, S. 2013. *The body economic: Why austerity kills* (Nueva York, Basic Books).
- Subbarao, K.; Ninno, C.D.; Andrews, C.; Rodríguez-Alas, C. 2013. Public works as a safety net: Design, evidence, and implementation (Washington, D.C., Banco Mundial). Disponible en: <http://go.worldbank.org/OPT7HUOS10> [20 de abril, 2014].
- Sumner, A. 2010. Global poverty and the new bottom billion: What if three-quarters of the world's poor live in middle-income countries?, Documento de Trabajo del IDS (Brighton, Instituto de Estudios sobre el Desarrollo). Disponible en: <http://www.ids.ac.uk/publication/global-poverty-and-the-new-bottom-billion-what-if-three-quarters-of-the-world-s-poor-live-in-middle-income-countries> [20 de abril, 2014].
- Tangcharoensathien, V.; Prakongsai, P.; Limwattananon, S.; Patcharanarumol, W.; Jongudomsuk, P. 2009. "From targeting to universality: Lessons from the health system in Thailand," en Peter Townsend (editor), págs. 310-322.
- Taylor, J.E.; Kagin, J.; Filipiski, M.; Thome, K. 2013. Evaluating general equilibrium impacts of Kenya's cash transfer programme for orphans and vulnerable children (CT-OVC) (Roma, Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación). Disponible en: http://www.fao.org/fileadmin/user_upload/p2p/Publications/Kenya_LEWIE_2013.pdf [20 de abril, 2014].
- ___; Thome, K.; Davis, B. 2013. Evaluating the spillover effects of social cash transfer programs, 3er Taller Anual del Proyecto de Transferencias, "Evaluating the impact of social cash transfers in sub-Saharan Africa," Lusaka, 23-25 abril. 2013. Disponible en: <http://www.cpc.unc.edu/projects/transfer/events/third-annual-research-workshop/Paper3LocaleconomyeffectsofCTinSSATaylor.pdf> [20 de abril, 2014].
- Temin, M. 2010. HIV-sensitive social protection: What does the evidence say?, Documento preparado para la asamblea de IDS, UNICEF y UNAIDS sobre la "Evidencia para la Protección Social Sensible al VIH," Brighton, UK, 14-15 June 2010.
- Thomas, A.; Picos-Sánchez, F. 2012. Shifting from social security contributions to consumption taxes: The impact on low-income earner work incentives, Documento de Trabajo de la OCDE sobre Fiscalidad núm. 11 (París, OCDE). Disponible en: http://www.oecd-ilibrary.org/taxation/shifting-from-social-security-contributions-to-consumption-taxes_5k95qw92l521-en [20 de abril, 2014].
- Tirivayi, N.; Knowles, M.; Davis, B. 2013. The interaction between social protection and agriculture: A review of evidence (Roma, Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación).
- Townsend, P. (ed.). 2009. *Building decent societies: Rethinking the role of social security in state building* (Basingstoke, Palgrave). Disponible en: <http://www.palgrave.com/products/title.aspx?pid=370307> [8 de mayo, 2014].
- UNCTAD (Conferencia de las Naciones Unidas sobre Comercio y Desarrollo). 2011. *Mundialización centrada en el desarrollo. Hacia un crecimiento y un desarrollo sostenible e inclusive* (Ginebra).
- ___ . 2012. *Trade and Development Report 2012: Policies for inclusive and balanced growth* (Ginebra).
- ___ . 2013. *Trade and Development Report 2013: Adjusting to the changing dynamics of the world economy* (Ginebra).
- UNESCO (Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura). 2014. *Enseñanza y aprendizaje: Lograr la calidad para todos. Informe de Seguimiento de la EPT en el Mundo 2013/14* (París). Disponible en: <http://unesdoc.unesco.org/images/0022/002256/225660e.pdf> [3 de mayo, 2014].
- UNFPA (Fondo de Población de las Naciones Unidas); HelpAge International. 2012. *Ageing in the twenty-first century: A celebration and a challenge* (Nueva York y Londres). Disponible en: <http://>

www.helpage.org/resources/ageing-in-the-21st-century-a-celebration-and-a-challenge/ [20 de abril, 2014].

UNICEF (Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia). 2010. Protecting salaries of frontline teachers and health workers, Nota de Trabajo para el Departamento de Políticas Sociales y Económicas (Nueva York). Disponible en: http://www.unicef.org/socialpolicy/files/Protecting_Salaries_of_Frontline_Teachers_and_Healthcare_Workers_final%281%29.pdf [20 de abril, 2014].

___ 2012. Integrated social protection systems: Enhancing equity for children (Nueva York). Disponible en: http://www.unicef.org/socialpolicy/files/Presentation_Jennifer_Yablonski_UNICEF__20_Feb_2012.pdf [20 de abril, 2014].

___ 2013. El Estado Mundial de la Infancia de 2013: Niños y niñas con discapacidad (Nueva York). Disponible en: <http://www.unicef.org/sowc2013/> [20 de abril, 2014].

___ 2014. El Estado Mundial de la Infancia de 2014 en cifras: Todos los niños y niñas cuentan (Nueva York). Disponible en: http://www.unicef.org/publications/index_71829.html [20 de abril, 2014].

___; OIT. 2013. Supporting workers with family responsibilities: Connecting child development and the decent work agenda (Nueva York y Ginebra). Disponible en: http://www.ilo.org/travail/areasofwork/work-and-family/WCMS_217181/lang-en/index.htm [20 de abril, 2014].

UNRISD (Instituto de Investigaciones de las Naciones Unidas para el Desarrollo Social). 2010. Combating poverty and inequality: Structural change, social policy and politics (Ginebra). Disponible en: <http://www.unrisd.org/publications/cpi> [20 de abril, 2014].

Vaughan-Whitehead, D. 2013. Public sector shock: The impact of policy retrenchment in Europe (Ginebra y Cheltenham, OIT y Edward Elgar).

___ 2014. “¿Está Europa perdiendo su alma? El modelo social europeo en tiempos de crisis. Conferencia organizada por la Oficina Internacional del Trabajo en colaboración con la Comisión Europea,” en D. Vaughan-Whitehead (ed.): *The European social model in times of economic crisis and austerity policies* (Ginebra, OIT), págs. 1–52 (en inglés).

Vodopivec, M. 2009. Introducing unemployment insurance to developing countries, Serie Documentos de Discusión sobre la Protección Social núm. 0907 (Washington, D.C., y Bonn, Banco Mundial e IZA). Disponible en: http://www.iza.org/en/webcontent/publications/policypapers/viewAbstract?policypaper_id=6 [20 de abril, 2014].

Whitehouse, E. 2012. Adequacy (1): Pension entitlements, replacement rates and pension wealth, Documento Informativo núm. 3 del sobre los Indicadores y Base de Datos de Pensiones del Banco Mundial (Washington, D.C., Banco Mundial). Disponible en: http://www-wds.worldbank.org/external/default/WDSContentServer/WDSP/IB/2012/06/30/000426104_20120630145406/Rendered/PDF/703490BRI0P109070036B00PUBLIC00NC03.pdf [20 de abril, 2014].

Witter, S.; Arhinful, D.; Kusi, A.; Zakariah-Akoto, S. 2007. “The experience of Ghana in implementing a user fee exemption policy to provide free delivery care,” en *Reproductive Health Matters*, Vol. 15, núm. 30, págs. 61–71.

Woodall, J.; Hagemeyer, K. 2009. How can we maintain pension levels in pay-as-you-go schemes? Maintaining pension levels in PAYG schemes in ageing societies: Rules versus discretion, Seminario Técnico sobre Pensiones de la Asociación Internacional de la Seguridad Social Technical, París, 1–2 Oct. 2009. Disponible en: http://www.ilo.org/secsoc/information-resources/publications-and-tools/articles/WCMS_SECSOC_32289/lang-en/index.htm [20 de abril, 2014].

Woolard, I.; Harttgen, K.; Klasen, S. 2010. The evolution and impact of social security in South Africa, Documento de Antecedentes para el Informe Europeo sobre el Desarrollo 2010 (Florenia, Centro Robert Schumann de Estudios Avanzados). Disponible en: <http://erd.eui.eu/media/BackgroundPapers/Woolard-Harttgen-Klasen.pdf> [8 de mayo, 2014].

Xu, K.; Evans, D.; Kawabata, K. 2003. “Household catastrophic health expenditure: A multi-country analysis,” en *The Lancet*, Vol. 362, núm. 9378, págs. 111–17. Disponible en: [http://www.thelancet.com/journals/lancet/issue/vol362no9386/PIIS0140-6736\(00\)X3809-3](http://www.thelancet.com/journals/lancet/issue/vol362no9386/PIIS0140-6736(00)X3809-3) [20 de abril, 2014].

Yablonski, J.; O'Donnell, M. 2009. Lasting benefits: The role of cash transfers in tackling child mortality (Londres, Save the Children UK).

Zaid, A.; Sherry, H.; El-Badrawi, M.; Haber, J. 2014. Arab uprisings and social justice: implications of IMF subsidy reform policies (Washington, D.C., New America Foundation). Disponible en: http://middleeast.newamerica.net/sites/newamerica.net/files/policydocs/Policy_Paper_Arab_Uprisings_and_Social_Justice.pdf [8 de mayo, 2014].

Bases de datos internacionales mencionadas en el presente informe

- AISS (Asociación Internacional de la Seguridad Social): Perfiles de los Países en Materia de Seguridad Social (incorpora información de la publicación SSA/AISS Social security programs throughout the world). Disponible en: <http://www.issa.int/country-profiles> [20 de abril, 2014].
- BAsD (Banco Asiático de Desarrollo): Indicadores Clave para Asia y el Pacífico 2013, Parte III – Tendencias Regionales y Cuadros: Gobierno y gobernanza. Disponible en: <http://www.adb.org/publications/key-indicators-asia-and-pacific-2013?ref=publications/series/key-indicators-for-asia-and-the-pacific> [20 de abril, 2014].
- BAsD (Banco Asiático de Desarrollo): Base de Índice de Protección Social. Disponible en: <http://spi.adb.org/spidmz/index.jsp> [20 de abril, 2014].
- Banco Mundial: Base de Datos de Pensiones. Disponible en: <http://web.worldbank.org/WBSITE/EXTERNAL/TOPICS/EXTSOCIALPROTECTION/EXTPENSIONS/0,,contentMDK:23231994~menuPK:8874064~pagePK:148956~piPK:216618~theSitePK:396253,00.html> [20 de abril, 2014].
- Banco Mundial: Indicadores del Desarrollo Mundial. Disponible en: <http://data.worldbank.org/data-catalog/world-development-indicators> [20 de abril, 2014].
- CEPAL (Comisión Económica de las Naciones Unidas para América Latina y el Caribe): Base de Datos de Programas de Transferencias Condicionadas: Base de Datos de Programas de Protección Social No Contributiva en América Latina y el Caribe. Disponible en: <http://dds.cepal.org/bdptc/en/> [20 de abril, 2014].
- Comisión Europea: Sistema de Información Mutua sobre Protección Social (MISSOC). Disponible en: <http://www.missoc.org/MISSOC/MISSOCII/MISSOCII/index.htm> [20 de abril, 2014].
- Consejo de Europa: Sistema de Información Mutua sobre Protección Social del Consejo de Europa (MISSCEO) (Estrasburgo). Disponible en: http://www.coe.int/t/dg3/socialpolicies/socialsecurity/missceo/missceo_EN.asp [20 de abril, 2014].
- Eurofound: Observatorio Europeo de Condiciones de Trabajo. Disponible en: <http://www.eurofound.europa.eu/es/ef-themes/working-conditions>.
- Eurostat: <http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page/portal/statistics/> [5 de mayo, 2014].
- Eurostat: Base de Datos de Estadísticas de Renta y Condiciones de Vida. Disponible en: http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page/portal/income_social_inclusion_living_conditions/data/database [20 de abril, 2014].
- FMI (Fondo Monetario Internacional): Base de datos de Perspectivas de la Economía Mundial . Disponible en: <http://www.imf.org/external/pubs/ft/weo/2013/02/weodata/index.aspx> [8 de mayo, 2014].
- HelpAge International: Global AgeWatch Index/Índice Global de Envejecimiento. Disponible en: <http://www.helpage.org/global-agewatch/> [20 de abril, 2014].
- HelpAge International: Pension Watch/Base de Datos de Pensiones. Disponible en: <http://www.pension-watch.net/> [20 de abril, 2014].
- OECD (Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos): Base de Datos Familiares. Disponible en: <http://www.oecd.org/els/family/> [20 de abril, 2014].
- OCDE (Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos): Base de Datos de Estadísticas de Salud. Disponible en: http://stats.oecd.org/index.aspx?DataSetCode=HEALTH_STAT [20 de abril, 2014].
- OCDE (Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos): Base de Datos de Distribución del Ingreso. Disponible en: <http://www.oecd.org/els/soc/income-distribution-database.htm> [20 de abril, 2014].
- OIT (Oficina Internacional del Trabajo): Base de datos de la OIT sobre Legislación en materia de Protección del Empleo (EPLex). Disponible en: http://www.ilo.org/dyn/eplex/termmain.home?p_lang=en [20 de abril, 2014].
- OIT (Oficina Internacional del Trabajo): Normas Internacionales del Trabajo de la OIT y base de datos de la legislación nacional de los países (NORMLEX) (incorpora las antiguas bases de datos de ILOLEX y NATLEX). Disponible en: <http://www.ilo.org/dyn/normlex/en/> [20 de abril, 2014].

- OIT (Oficina Internacional del Trabajo): Indicadores Clave del Mercado de Trabajo (KILM), 8a edición. Disponible en: http://www.ilo.org/empelm/what/WCMS_114240/lang-en/index.htm [20 de abril, 2014].
- OIT (Oficina Internacional del Trabajo): Base de datos de estadísticas del trabajo de OIT (ILOSTAT). Disponible en: <http://www.ilo.org/ilostat/> [20 de abril, 2014].
- OIT (Oficina Internacional del Trabajo): Plataforma de Protección Social de la OIT (anteriormente la plataforma GESS). Disponible en: <http://www.social-protection.org/> [20 de abril, 2014].
- OIT (Oficina Internacional del Trabajo): Base de datos de la Encuesta de Seguridad Social de la OIT. Disponible en: <http://www.ilo.org/dyn/ilossi/ssimain.home> [20 de abril, 2014].
- OIT (Oficina Internacional del Trabajo): Base de datos de la OIT sobre Leyes relacionadas con las Condiciones de Trabajo y Empleo. Disponible en: <http://www.ilo.org/dyn/travail/travmain.home> [20 de abril, 2014].
- OMS (Organización Mundial de la Salud): Observatorio Mundial de la Salud. Disponible en: <http://apps.who.int/ghodata/> [20 de abril, 2014].
- OMS (Organización Mundial de la Salud): Cuentas Nacionales de Salud. Disponible en: <http://www.who.int/health-accounts/en/> [20 de abril, 2014].
- ONU (Organización de las Naciones Unidas): Perspectivas de la Población Mundial, Revisión de 2012. Disponible en: <http://esa.un.org/wpp/> [20 de abril, 2014]. Red Europea de Derecho del Trabajo. Disponible en: <http://www.labourlawnetwork.eu/> [3 de mayo, 2014].
- Solt, Frederick: Base de Datos Mundial Estandarizada sobre la Desigualdad en el Ingreso (SWIID, Version 4.0). Disponible en: <http://myweb.uiowa.edu/fsolt/swiid/swiid.html> [20 de abril, 2014].
- SSA (Administración de la Seguridad Social); AISS (Asociación Internacional de la Seguridad Social): Programas de Seguridad Social Alrededor del Mundo. Disponible en: <http://www.ssa.gov/policy/docs/progdsc/ssptw/> [20 de abril, 2014].

Las políticas de protección social desempeñan un papel decisivo en la realización del derecho humano a la seguridad social para todos, reduciendo la pobreza y la desigualdad, y promoviendo el crecimiento inclusivo al impulsar el capital humano y la productividad y apoyar la demanda interna y la transformación estructural de las economías nacionales. Este informe emblemático de la OIT proporciona una visión global de la organización de los sistemas de protección social, su cobertura y las prestaciones, así como del gasto público en la protección social.

El informe sigue un enfoque del ciclo de vida, comenzando por la protección social de los niños, siguiendo con los regímenes destinados a las mujeres y los hombres de edad activa, y cerrando con las pensiones y otros tipos de apoyo a los adultos mayores. También evalúa el progreso hacia la cobertura universal de la salud. El informe analiza además las tendencias y políticas recientes, tales como los impactos negativos de las medidas de consolidación y ajuste fiscal, y hace un llamado urgente para extender la protección social en aras de la recuperación de la crisis, el desarrollo inclusivo y la justicia social.

El *Informe Mundial Sobre la Protección Social, 2014/15* incluye anexos estadísticos valiosos y exhaustivos con los datos más recientes sobre la seguridad social.



9

789223

286606