

**Tendencias
de financiación
de los beneficios
para la seguridad social
para la ampliación
de la cobertura**

**CARLOS
CONTRERAS
CRUZ**



C.I.S.S.
SEGURIDAD SOCIAL
PARA EL BIENESTAR

**DOCUMENTOS
DE TRABAJO** **8**

DOCUMENTOS
DE TRABAJO

8

Conferencia Interamericana
de Seguridad Social

Este material fue preparado por Carlos Contreras Cruz, bajo la dirección de José Antonio Hernández Sánchez y de Miguel Ángel Ramírez Villela, respectivamente director ejecutivo de Investigación y Proyectos, y jefe de la División de Proyectos de la Conferencia Interamericana de Seguridad Social.

Documentos de Trabajo (núm. 8, 2021) es una publicación seriada de periodicidad irregular, editada por la Conferencia Interamericana de Seguridad Social. San Ramón s/n, Col. San Jerónimo Lídice, alcaldía Magdalena Contreras, C.P. 10100, Ciudad de México. Tel. (55) 5377 4700, <https://ciss-bienestar.org/>

Cuidado de edición: Ana Cecilia Zapien, Gwennhael Huesca y Antonio Álvarez Prieto.

Diseño: Janín Muñoz Mercado

Se permite la reproducción parcial o total de este documento siempre y cuando se cite debidamente la fuente.

ISBN: 978-607-8787-24-1

**Tendencias
de financiación
de los beneficios
para la seguridad social
para la ampliación
de la cobertura**

**CARLOS
CONTRERAS
CRUZ**



CISS
SEGURIDAD SOCIAL
PARA EL BIENESTAR



CONTENIDO

1. INTRODUCCIÓN	10
2. MARCO CONCEPTUAL	19
2.1 Principios fundamentales de la seguridad social	20
2.2 Ampliación de la cobertura	28
3. REGÍMENES UNIVERSALES	32
4. LOS PISOS DE PROTECCIÓN SOCIAL	35
5. RECOMENDACIONES DE LA OIT	45
5.1 La Recomendación 202 de la OIT	48
6. ANÁLISIS BREVE DE CASOS	52
6.1 Atención de salud esencial	52
6.1.1 Costa Rica	54
6.1.2 Argentina	56
6.1.3 México	58
6.2 Seguridad básica del ingreso para las personas de edad	62
6.2.1 Costa Rica	63

6.2.2 Argentina	66
6.2.3 México	68
7. REFLEXIONES FINALES	72
8. BIBLIOGRAFÍA	75



1. INTRODUCCIÓN²

La propuesta conceptual para el análisis de la seguridad social desarrollada por la Conferencia Interamericana de Seguridad Social (CISS) se refiere a la búsqueda de protección “a los individuos y las colectividades ante riesgos”.³ A partir de este enfoque de riesgos, deben reconocerse cuatro acciones que pueden tomarse para darles tratamiento: indiferencia, prevención, ahorro y aseguramiento. Si bien las tres últimas pueden ser objeto de un exhaustivo análisis cuantitativo y cualitativo, basados en el artículo 25 de la Declaración Universal de los Derechos Humanos (DUDH),⁴ y el artículo 9 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales

¹ Actuario por la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM) y Máster en Gestión y Administración de los Sistemas de Seguridad Social por la Universidad de Alcalá. Profesor de la Facultad de Ciencias de la UNAM, e investigador en la Conferencia Interamericana de Seguridad Social (CISS). Correo electrónico: carlos.contreras@ciss-bienestar.org

² Agradezco a Andres Salazar Ruiz su eficiencia en la asistencia de investigación.

³ Mariela Sánchez-Belmont Montiel, Miguel Ángel Ramírez Villelay Frida Romero Suárez, *Propuesta conceptual para el análisis de la seguridad social desde la CISS*, CISS, Ciudad de México, 2019.

⁴ ONU, *Declaración Universal de Derechos Humanos*, ONU, 1948 Disponible en <https://www.un.org/es/universal-declaration-human-rights/>

(PIDESC)^{5, 6} es recomendable priorizar el estudio de los esquemas de aseguramiento social.

Un análisis integral de los seguros sociales debe partir de la idea de que estos buscan resarcir el daño ocasionado por la materialización de un riesgo (principio indemnizatorio), como cualquier esquema de aseguramiento, es decir, de un evento que sucedió pero que bien pudo no haber ocurrido. Por consiguiente, al momento de establecer cómo financiar el seguro, no se tiene certeza del número de casos que realmente acaecerán (medición) ni del equivalente monetario del daño que ocasionarán (cuantificación).

Para medir y cuantificar de manera adecuada los riesgos, en el seguro privado se recurre a técnicas actuariales sumamente desarrolladas para conocer el monto adecuado de recursos monetarios para su financiación, incluso para cubrir posibles desviaciones estadísticas (mayor ocurrencia de siniestros), gastos de adquisición, administración, etcétera. No obstante, estas técnicas no son aplicables a los seguros sociales porque, como parte de los instrumentos para la seguridad social, no pueden ser excluyentes (principio de universalidad), están establecidos en el marco jurídico nacional (principio de obligatoriedad), debieran ser únicos (principio de unicidad) —o en su caso coordinarse para evitar la pérdida de derechos

⁵ ONU, *Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales*, 1966 Disponible en <https://www.ohchr.org/sp/professionalinterest/pages/cescr.aspx>

⁶ El artículo 25 de la DUDH señala que “toda persona tiene derecho a los seguros en caso de desempleo, enfermedad, invalidez, viudez, vejez u otros casos de pérdida de sus medios de subsistencia por circunstancias independientes de su voluntad”. El artículo 9 del PIDESC indica que “los Estados Partes en el presente Pacto reconocen el derecho de toda persona a la seguridad social, incluso al seguro social”.

(principio de conservación de derechos)—⁷ y comprender todos los beneficios necesarios para apoyar a la persona afectada (principio de integralidad).

En las primeras décadas del siglo xx, el matemático checoslovaco, Dr. Emil Schoenbaum desarrolló diversas técnicas actuariales específicas para los seguros sociales, plasmadas en la Ley de Seguro Social de Checoslovaquia y el régimen que introdujo el seguro de vejez, invalidez y sobrevivientes para los trabajadores manuales de ese país. El reporte financiero y actuarial de ambos esquemas de aseguramiento fue reconocido por su gran valor técnico-actuarial y se tradujo al alemán, español, francés, inglés y griego.⁸ Este reporte contiene todo el andamiaje técnico para al menos tres tipos de seguros: a) de pensiones de invalidez, vejez y sobrevivencia (SIVM); b) de enfermedades (SE), y c) de accidentes y enfermedades profesionales (SAEP).

En cada uno son notorias las características propias de los beneficios que se otorgan: mientras las pensiones son el único beneficio monetario en el SIVM y se consideran de largo plazo, pues no se conoce el lapso exacto de su vigencia y deberán pagarse, el SE sólo contiene beneficios monetarios de corto plazo, el SAEP entrega beneficios de ambos tipos y la asistencia médica fue considerada un beneficio de corto plazo, porque la mayor parte de los casos de atención se referían a enfermedades de tipo infecto-contagioso.

⁷ Con base en el Convenio 157 de la OIT (sobre la conservación de los derechos en materia de seguridad social, 1982). OIT, *Convenio sobre la conservación de los derechos en materia de seguridad social*, 1982, Disponible en https://www.ilo.org/dyn/normlex/es/f?p=NORMLEXPUB:12100:0::NO::P12100_ILO_CODE:C157

⁸ Conferencia Interamericana de Seguridad Social, Seguridad Social, CISS, Ciudad de México, 1968.

A partir de estas características, entre las innovaciones en la técnica actuarial para los seguros sociales en materia de financiación de las pensiones por vejez, invalidez y sobrevivencia (seguros de largo plazo), Schoenbaum introdujo la prima promedial o media general, un sistema de financiación de capitalización colectiva basado en la hipótesis de la perennidad del sistema.⁹ Para los seguros de enfermedades (corto plazo) propuso un sistema de valoración anual (reparto puro)¹⁰ y para los seguros de accidentes y enfermedades profesionales formuló un sistema basado en capitales constitutivos (reparto de capitales de cubrimiento o constitutivos de cobertura).¹¹

En 1941, el gobierno de México invitó al Dr. Schoenbaum a participar en la creación de su primer seguro social nacional. El resultado fue una ley muy parecida a la checoslovaca, sin embargo, tras la experiencia en su país, Schoenbaum hizo adecuaciones que corregían lo que consideraba como deficiencias técnicas. Los alcances de la ley sustentada técnicamente por Schoenbaum llevaron a que la Conferencia Interamericana de Seguridad Social desarrollada en Chile resolviera recomen-

⁹ *Ibid.*

¹⁰ En este sistema se recurre a la repartición de los costos por beneficios (pensiones que deben pagarse) del año en curso, entre la suma de los salarios de las personas activas y cotizantes en el seguro social o la previsión social, o entre otra cantidad monetaria de referencia, como el presupuesto gubernamental del mismo año, para el caso de la protección universal y la asistencia social.

¹¹ Implica que en cada año se reparta un costo entre los salarios de las personas trabajadoras activas y cotizantes del instrumento respectivo o de la cantidad monetaria que sirva como referencia para tomar recursos con los cuales cubrir las pensiones, sin embargo, en este caso el costo que se reparte es el resultado de sumar los capitales constitutivos de las pensiones que se vuelven exigibles en el año de estudio.

darla como modelo para todas las naciones de América.¹² Algunos de los países que siguieron la recomendación fueron Bolivia (seguro minero), Chile (que ya contaba con un primer seguro social creado en 1925), Paraguay, Costa Rica, Estados Unidos de América y Canadá.¹³

De acuerdo con Peter Thullen, en Europa en la segunda mitad del siglo xx, algunos seguros que entregaban pensiones fueron afectados por la guerra y la inflación, por lo que perdieron gran parte de sus reservas y se vieron forzados a establecer sistemas de financiación acordes a su nueva realidad. Mientras Francia adoptó un esquema parecido al reparto puro, denominado reparto atenuado o mixto desde su primera aplicación en Austria en 1923, la República Federal Alemana adoptó en 1957 periodos de cobertura de sus primas medias¹⁴ de tan sólo diez años, siendo uno de los principales ejemplos de seguros de pensiones financiados por primas medias de corto plazo, conocidas en conjunto como sistema de prima media escalonada.

El sistema de escalonamiento también fue adoptado por algunos países de América Latina, cuyas reservas fueron destinadas a inversiones que no cumplieran con las condiciones

¹² Emil Schoenbaum, Revista Checoslovaca de Ciencias Actuariales, "Počet pravděpodobnosti, matematická statistika, pojistná matem atika, ekonometrie", Vol. 8, No. 2, 1948, p. 52.

¹³ En 1939, Schoenbaum trabajó en Ecuador auspiciado por la oit, por lo que se considera que la reorganización de su seguro social tenía un sustento técnico-actuarial semejante.

¹⁴ La prima media es una derivación de la prima nivelada de los seguros de vida entera, aplicada por Schoenbaum a los seguros de pensiones por ser también de largo plazo. Consiste en dividir en valor presente la suma de los costos de los beneficios a pagar, entre las cantidades monetarias de las cuales se pueden tomar recursos para financiarlas. Por lo regular la masa salarial es la referencia en el caso de un seguro social o el presupuesto de gobierno en el caso de esquemas de transferencias.

mínimas de seguridad, rendimiento y liquidez, y por lo que fueron mermadas mermaron de forma considerable. Sin embargo, al ser un sistema intermedio entre el reparto puro y la prima media general, no todos los países asumieron el costo de elevar la prima en los periodos requeridos y convirtieron sus seguros en esquemas con viabilidad financiera sólo en el corto o mediano plazo, lo cual implicaría que en el largo plazo se debería compensar la falta de recursos con un componente de financiación basado en el reparto puro, el cual habitualmente es asumido por el Estado y genera un incremento en el gasto de gobierno.

En cuanto a la asistencia médica o sanitaria, si bien se ha dicho que el acceso efectivo de todas las personas a los servicios de atención a la salud para garantizarla tal y como la conceptualiza la Organización Mundial de la Salud (OMS)¹⁵ se puede establecer con un sistema de financiación de reparto puro o valoración anual, esta visión ha tenido que cambiar debido a que actualmente existen numerosos tratamientos para controlar las enfermedades crónico-degenerativas, lo que sugiere que la financiación de la asistencia médica puede considerarse como la financiación de beneficios de corto y largo plazo, dependiendo de la enfermedad a tratar. Esto tendrá una implicación en el comportamiento de los costos de la asistencia médica, pues hará que se vuelvan crecientes, incluso sin considerar el surgimiento de enfermedades, como la covid-19, o el resurgimiento de otras que se creían controladas, como el sarampión.

¹⁵ La Organización Mundial de la Salud refiere que la “salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”. OMS, Constitución de la Organización Mundial de la Salud, OMS, Nueva York, 2006.

Factores como los hasta ahora descritos complican la financiación de los beneficios bajo el enfoque tradicional del tripartismo, el cual sólo puede aplicarse plenamente en los esquemas de aseguramiento social y ahorro previsional, y no en los de transferencias, por lo que la participación del gobierno se vuelve primordial y queda usualmente bajo su responsabilidad la cobertura del déficit para entregar todos los beneficios a las personas aseguradas que cumplan las condiciones para acceder a ellos.

En teoría, ésta sería la aplicación plena del principio de subsidiariedad, que puede traer consigo el dilema sobre la prioridad del uso de los recursos gubernamentales, pues otra alternativa podría ser el diseño y establecimiento de políticas públicas que amplíen la cobertura de los mismos seguros sociales.

Desafortunadamente por la construcción del instrumento, el seguro social sólo puede establecerse con solidez, ser eficaz y eficiente si existe pleno empleo formal en relación de dependencia. Por lo tanto, también es esencial que los Estados se enfoquen en diseñar de políticas públicas alternativas que utilicen otros instrumentos para la seguridad social, como la asistencia social o la protección universal.

Si bien estos instrumentos enfrentan problemas, como que el primero requiere identificar y caracterizar a grupos vulnerables, y que el segundo podría establecer sólo niveles mínimos de beneficios, ambos permiten una mejor redistribución de los ingresos en beneficio de toda la población y no sólo de aquellos con un trabajo formal.

En este documento se analizarán de manera general casos de países que han buscado ampliar la cobertura por diferentes vías:

- a) Costa Rica, que cuenta con un sistema de pensiones relativamente unificado, cuya tasa de cobertura total de la

población mayor de 65 años crece de manera constante y por medio de la Caja Costarricense de Seguro Social (ccss) ha conseguido una cobertura de más de 90% en servicios de asistencia médica.¹⁶

- b) México, que de 2019 a la fecha ha orientado sus políticas públicas hacia el establecimiento de un piso de protección social para las personas adultas mayores y la ampliación de la cobertura global en atención a la salud en busca de su universalización.
- c) Argentina, que tiene una cobertura en pensiones de más de 70% de la población adulta mayor gracias a los programas asistenciales y se encuentra en un nivel de cobertura de medio a alto en servicios de asistencia médica.

¹⁶OPS, "Costa Rica", *Health in The Americas+*.



2. MARCO CONCEPTUAL

Cuando se habla de seguridad social con frecuencia se utilizan frases como “seguridad social y pensiones” o “salud y seguridad social”, sin embargo, tanto la atención médica integral —que incluya atención preventiva, curativa y de rehabilitación— como las pensiones —sean por vejez, discapacidad o sobrevivencia— son beneficios para la seguridad social reconocidos en el Convenio 102 de la Organización Internacional del Trabajo (OIT), también conocido como Norma Mínima de Seguridad Social, porque especifica el mínimo de beneficios que un sistema de seguridad social debe entregar a la sociedad para atenderla frente a los riesgos a los que sus miembros se encuentran expuestos a lo largo de su ciclo de vida.

De acuerdo con los artículos 7, 8 y 10,¹⁷ se debe ofrecer asistencia médica de carácter preventivo o curativo que permita atender todo tipo de estado mórbido (sin importar la causa que lo originó), así como el embarazo, el parto y sus consecuencias, por medio de:

- Asistencia médica general (incluyendo la prenatal, durante el parto y puerperal);
- Asistencia por especialistas;
- Suministro de productos farmacéuticos; y
- Hospitalización.

¹⁷ OIT, C102-Convenio sobre la seguridad social (norma mínima), 1952 (núm. 102), 1952.

Respecto a las pensiones, los arts. 28, 36, 56, 62 y 65 señalan que ante las contingencias vejez, discapacidad y sobrevivencia debe entregarse un pago periódico cuyo monto debe ser un porcentaje aplicable a la cantidad que la persona afectada percibiera antes de ocurrir la contingencia.

Por otro lado, al reconocer que la seguridad social es un derecho humano, toda la sociedad debe tener la oportunidad de recibir atención médica integral y pensiones en caso de las contingencias descritas. Antes de analizar casos específicos en los que se ha conseguido la ampliación de cobertura, es importante señalar cuáles deben ser las bases para construir las políticas sociales para el eficaz y eficiente incremento de la cobertura.

2.1 Principios fundamentales de la seguridad social

En su VI reunión, celebrada en la Ciudad de México en septiembre de 1960, la Conferencia Interamericana de Seguridad Social (CISS) aprobó la Declaración de Principios de la Seguridad Social Americana, también conocida como Declaración de México, con el objetivo de reafirmar los principios que, se decía, unen a los pueblos americanos en sus programas de seguridad social y establecer objetivos más ambiciosos para la región.¹⁸

A pesar de que esa declaración aún considera como un problema la inestabilidad del trabajo y la insuficiencia del empleo, señala la determinación de contribuir a alcanzar los

¹⁸ CISS, Declaración de Principios de la Seguridad Social Americana, IMSS, Ciudad de México, 1960.

propósitos establecidos en documentos tan relevantes como la Declaración Universal de los Derechos Humanos, por lo que de manera implícita se reconoce que el acceso efectivo a los beneficios para la seguridad social no tienen que estar vinculados al trabajo y al empleo, sino que debe ser suficiente la condición de ser humano.

Asimismo, reafirma la necesidad del esfuerzo individual aunado a la solidaridad o cooperación colectiva, y alienta a que la seguridad social cuente con otros medios para proteger riesgos como la invalidez, la vejez y la muerte.

De esta forma, vinculados a la atención a la salud y a las contingencias discapacidad, vejez y muerte, el documento declara que se debe constituir un amparo eficaz contra los riesgos, para prevenir en la medida de lo posible, y luchar con los mejores recursos contra la enfermedad y la invalidez, y proteger el curso de la vejez y las necesidades creadas por la muerte.

Es clara la decisión de los países americanos de promover el incremento de la cobertura de la seguridad social, sin embargo, cuando la declaración fue aprobada, en el continente prevalecían los seguros sociales como instrumento único de la seguridad social y los seguros nacionales o esquemas de protección universal eran de incipiente desarrollo, pues a pesar de que el “Informe sobre Seguros Sociales y Servicios Afines”, de sir William Henry Beveridge, fue publicado en 1942, por motivos de la guerra se implementó hasta 1946 y era poco conocida la evidencia del importante incremento de la cobertura hasta alcanzar la universalización del sistema de seguridad social.

Hoy, a casi 80 años de la publicación del también conocido como Plan Beveridge y a 60 años de haberse emitido la Declaración de México, podemos reconocer algunos elemen-

tos que permitieron ampliar la cobertura en Inglaterra y otros países de la Commonwealth, entre ellos:

1. Revisión de los sistemas vigentes. Todo plan de acción debe basarse en un diagnóstico de la situación actual.
2. Reconocimiento de los problemas en los que se encuentra inmersa la sociedad. A partir del diagnóstico de la situación imperante en ese momento en Inglaterra, así como de las necesidades futuras en el corto plazo cuando la guerra concluyera (desaceleración de la actividad industrial y el consecuente crecimiento del desempleo, gente discapacitada por causa de la guerra, viudas y huérfanos que perderían a su principal sostén económico, entre otros), se reconocieron cuando menos cinco males que aquejaban a la sociedad y que debían ser atendidos por el sistema de seguridad social: indigencia (pobreza), ociosidad (desempleo), suciedad, enfermedad e ignorancia.

Si bien la ignorancia podría entenderse como un problema que debería ser atendido con el eficaz y eficiente acceso a la educación, Beveridge señalaba que si la sociedad se encontraba adecuada y oportunamente informada, ella misma sería un agente de protección.

3. El incremento de la cobertura no es inmediato sino gradual, sin embargo, se debe proteger a toda la población, sin considerar un límite de ingresos, pues incluso las personas de mayores recursos pueden requerir del apoyo de la sociedad para atender las situaciones más catastróficas, sin embargo, el sistema óptimo debe alcanzarse mediante del esfuerzo conjunto de todos los individuos y el gobierno.
4. No toda la población puede aportar directamente para la financiación de los servicios y beneficios monetarios,

por lo que basar la cobertura en la capacidad de pago de las personas es erróneo y obliga a pensar en mecanismos de financiación indirecta.

5. Debe evitarse la duplicidad de beneficios, por lo que el sistema debe tender a la unicidad e impedir no sólo que haya personas con dos beneficios, sino que realmente todas las personas que lo necesitan puedan recibirlos.

Como fundamento para alcanzar la cobertura plena, Beveridge y el comité de trabajo que encabezó reconocieron seis principios básicos que deben tomarse en cuenta para el establecimiento de políticas públicas que permitan el incremento de la cobertura:

1. Tasa uniforme de beneficios que garantice al menos la subsistencia de cada persona. Con ello deja de ser relevante el monto de ingresos de cada persona previo a la ocurrencia de la contingencia.
2. Tasa uniforme de contribuciones por cada persona asegurada, independientemente de quién la pague: la misma persona, su empleador si lo tiene u otro patrocinador.
3. Unificación de la administración, lo que permitiría la eficiencia y disminuiría costos.
4. Adecuación de los beneficios, de manera que siempre sean suficientes para ofrecer al menos el nivel de subsistencia.
5. Exhaustividad, comprendida como la posibilidad de que el sistema atienda integralmente a todas las personas de acuerdo con sus necesidades, lo cual podría implicar el uso de varios instrumentos, como el seguro social o la asistencia social.
6. Clasificación de la población para adecuar los beneficios de acuerdo con sus características.

Si bien estos elementos y principios son un resumen del vasto informe desarrollado por Beveridge y parecen fáciles de conseguir, la ampliación de la cobertura sigue siendo un problema porque la mayoría de los países de la región americana continúan basando la protección a los miembros de su sociedad en los seguros sociales de origen bismarckiano, es decir, fundamentados en la protección de las personas trabajadoras en relación de dependencia, y por extensión, a un grupo familiar que por lo regular incluye a cónyuge y descendientes directos, y en menor grado a ascendientes directos y otros familiares, como hermanos con discapacidad.

Sin embargo, de acuerdo con Contreras,¹⁹ existen al menos cinco instrumentos para que la sociedad quede plenamente protegida:

¹⁹ Carlos Contreras Cruz, "Modelo deseable para un sistema de pensiones igualitario, justo y sostenible", Serie Cuadernos de Políticas para el Bienestar 10, CISS, Ciudad de México, 2020.

TENDENCIAS DE FINANCIACIÓN DE LOS BENEFICIOS PARA LA SEGURIDAD SOCIAL
PARA LA AMPLIACIÓN DE LA COBERTURA

**TABLA 1. INSTRUMENTOS PARA LA SEGURIDAD SOCIAL
Y SU CARACTERIZACIÓN**

Instrumento	Beneficio	Contribución	Administrador	Esquema	Financiación	Población objetivo
Protección universal	Definido y uniforme	No definida	Público	Transferencias presu-puestales	Indirecta	Toda la población
Asistencia social	Definido y uniforme	No definida	Público	Transferen-cias presu-puestales	Indirecta	Grupos identi-ficados como vulnerables
Seguro social	Definido y diferenciado	Definida y diferenciada en términos absolutos	Público	Asegura-miento	Directa	Población tra-bajadora formal en relación de dependencia
Previsión social	Definido o diferenciado	Definida o diferenciada	Público/privado	Asegura-miento	Indirecta / directa	Población trabajadora para un empleador específico
Ahorro previsional	No definido	Definida	Público/privado	Ahorro	Directa	No definida

Fuente: Elaboración propia.

Si bien todas las características son importantes, analizarlas con detenimiento permitirá una mejor comprensión de las ventajas y desventajas de cada instrumento. Por ejemplo:

- Si bien el ahorro previsional depende del ahorro de las personas y quienes les apoyen, lo que puede evitar una carga fiscal a los gobiernos, no tiene beneficios definidos y no permite garantizar beneficios mínimos como los establecidos en el Convenio 102 de la OIT, los cuales son compromisos ineludibles para los países que lo han ratificado.
- La previsión social también podría evitar las cargas fiscales, sin embargo, depende de la voluntad de los empleadores o la organización de las personas trabajadoras establecer esquemas basados en este instrumento, así como de los incentivos fiscales que los gobiernos determinen para su fomento.
- El seguro social depende en mayor parte de mercados formales de trabajo o de la adaptación de subesquemas especiales para personas trabajadoras con características particulares, como las personas trabajadoras del hogar, del campo o migrantes, sin embargo, como es reconocido en algunas legislaciones como la de México o Panamá, se trata del instrumento básico de la seguridad social.
- En el caso de la asistencia social es complicado definir las características de todos los grupos vulnerables, lo que puede originar un empalme y que algunas personas reciban más de un beneficio. Asimismo, por su propia definición, representa una carga fiscal para los gobiernos.
- La protección universal es el único instrumento que, por definición, permite alcanzar con mayor facilidad la cobertura universal, sin embargo, su financiación recae

íntegramente en el gobierno y los beneficios monetarios pueden no ser suficientes porque el monto debe ser uniforme.

Como también señala Contreras,²⁰ es posible que el camino ideal para el incremento de la cobertura en el corto plazo sea la construcción de sistemas de beneficios que utilicen simultáneamente diversos instrumentos o, como señala la OIT, que se fundamenten en varios pilares, sin depender del desarrollo de los mercados laborales o la capacidad de ahorro de cada persona.

Al respecto conviene revisar el documento “Sostenibilidad financiera de la seguridad social universal”,²¹ que analiza el camino de las reformas fiscales necesarias para la implementación de programas que ofrezcan mayor cobertura en materia de seguridad social, pues como también se ha señalado las reformas en materia de seguridad social, en el corto y mediano plazo, deben ir de la mano de:

- a) Reformas fiscales que permitan que los gobiernos tengan más recursos para implementar esquemas de transferencias.
- b) Reformas en materia laboral que permitan en la medida de lo posible desvincular el derecho del trabajo y el de la seguridad social.

²⁰ Carlos Contreras Cruz, “Análisis actuarial de los sistemas de pensiones”, en Laureano Hayashi Martínez (coord.), *Los sistemas de pensiones en México, un análisis económico, jurídico y actuarial*, Facultad de Economía-UNAM, Ciudad de México, 2019.

²¹ Jorge Tonatiuh Martínez Aviña, Nallely Izel Bautista Pérez, Oscar Pérez-Laurrabaquio, “Sostenibilidad financiera de la seguridad social universal”, CISS, Ciudad de México, en prensa.

2.2 Ampliación de la cobertura

En un análisis general de la región, vemos con mayor detalle las implicaciones de los sistemas de pensiones basados en el seguro social. A pesar de tener otros programas basados en instrumentos como la previsión social, no necesariamente se consigue un incremento de la cobertura probablemente, entre otros factores, debido a la falta de coordinación entre sistemas sin la aplicación de la conservación de derechos:²²

1. Argentina y Uruguay son los únicos países cuya normativa hace obligatoria la cobertura de las personas trabajadoras por cuenta propia, mientras Bolivia, Colombia, El Salvador y México la ofrecen sólo de manera voluntaria.
2. A pesar de esto, hay categorías especiales de personas trabajadoras que quedan excluidas incluso en Argentina, como los empleados municipales, o en otros casos, las personas trabajadoras de empresas de servicios esenciales, como los de la industria del petróleo, la eléctrica o el sistema bancario, como es el caso de Colombia y México.

¿Qué políticas sociales podrían seguirse para incrementar la cobertura y conseguir un balance entre costo y suficiencia? Puesto que la evidencia histórica muestra que no hay recetas únicas y que cada país debe construir el sistema de pensiones que le brinde la protección adecuada a su sociedad

²² Gillion Colin *et al.*, "Pensiones de seguridad social", Oficina Internacional del Trabajo, Ginebra, 2000.

y que pueda mantener, las consideraciones generales para la ampliación de la cobertura son:

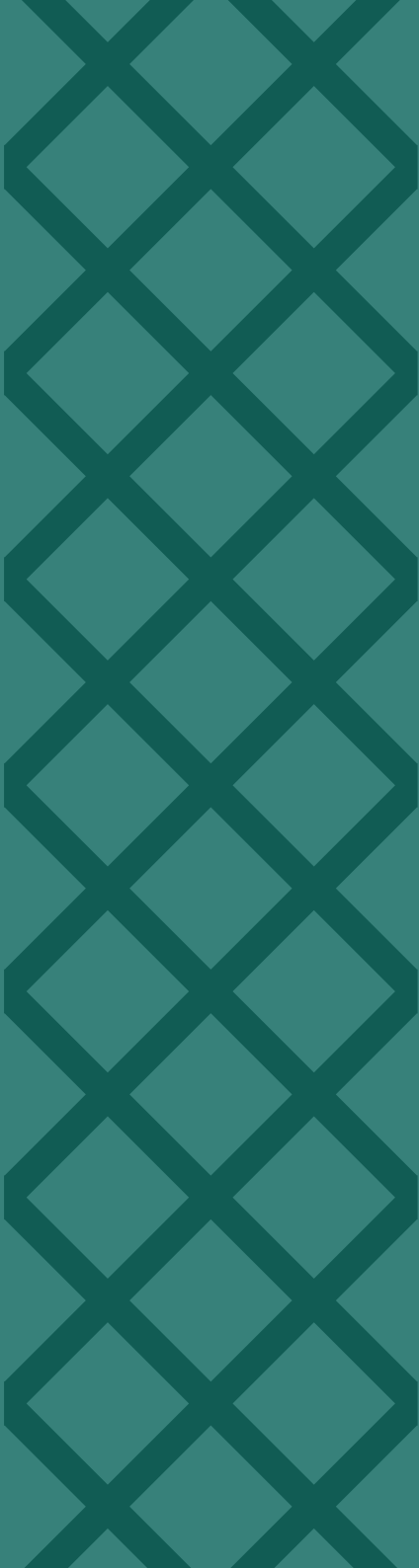
- a) Es poco probable que el sector de personas trabajadoras formales se fortalezca, en especial en un contexto como el actual, en el que factores epidemiológicos no previsibles generan una profunda crisis económica, que también puede tener otros orígenes, como la crisis de 2009. Por esta razón, el seguro social no puede ser la base única del sistema de seguridad social, aun cuando haya experiencias relevantes, como la incorporación de personas trabajadoras del hogar en Uruguay y recientemente en México, donde se reformó la Ley del Seguro Social (el régimen general) que obligó a crear una primera etapa piloto.
- b) El incremento de la cobertura debe ser resultado de un amplio consenso social, en particular por las implicaciones de la financiación de los nuevos beneficios en cuanto al alza de cargas impositivas o la redistribución de las existentes. Dicho de otra forma, cada sociedad debe acordar qué tipo de sistema quiere y puede mantener, ya que los beneficios que se puedan otorgar serán tan generosos como lo sean las aportaciones que la sociedad esté dispuesta a hacer.
- c) La gestión y la administración de los esquemas que se creen o modifiquen para la extensión de la cobertura son de vital importancia para maximizar los recursos disponibles. Siempre será relevante aplicar principios generales de la disciplina administrativa y seguir otras directrices, principios y recomendaciones, como las de buena gobernanza de la Asociación Internacional de la Seguridad Social (AISS), además de analizar los principios de Solvencia II, que si bien fueron creados para

el sector asegurador privado, contienen principios de transparencia y comunicación que beneficiarían a la regulación, supervisión, gestión y administración de esquemas de aseguramiento y transferencias en materia de seguridad social.

La OIT señala las siguientes cinco opciones de política pública para incrementar la cobertura y se analizará con mayor detalle la última:²³

1. Adaptación de los esquemas existentes para proteger obligatoriamente categorías específicas excluidas.
2. Adaptación de esquemas existentes para facilitar e incentivar la protección de categorías específicas excluidas.
3. Creación de regímenes especiales para las categorías excluidas.
4. Fomento de regímenes basados en la previsión social.
5. Creación de regímenes universales cuya base de financiación sean los recursos del presupuesto de gobierno.

²³ *Ibid.*, p. 596.



3. REGÍMENES UNIVERSALES

Si bien se ha señalado que la protección universal tiene algunos inconvenientes, como ser una carga fiscal y entregar montos uniformes de beneficios monetarios, vale la pena señalar que los beneficios suelen estar vinculados a niveles mínimos de subsistencia, lo que bien puede apoyar a la población sin que por ello se pueda hablar del cumplimiento de mínimos establecidos en instrumentos internacionales, como el Convenio 102 de la OIT.

Es importante considerar que al establecer un régimen basado en la protección universal puede haber algunas excepciones respecto a las personas que reciben beneficios suficientes por medio de otros instrumentos, como el seguro social, lo que permitiría incrementar los montos para las personas beneficiarias o representar un alivio a las cargas fiscales del Estado, de por sí elevadas por el establecimiento de un nuevo esquema de transferencias.

Como evidencia Martínez,²⁴ las reformas en materia de seguridad social se encuentran estrechamente vinculadas a reformas de tipo fiscal, pues éstas ayudarían a ampliar la base tributaria si se enfocan en la grabación de productos de

²⁴Jorge Tonatiuh Martínez Aviña, "México: propuesta para un nuevo sistema de pensiones", Nota Técnica 1, CISS, Ciudad de México, 2020.

consumo generalizado, los cuales permiten una recaudación más eficiente, frente a los impuestos directos a los ingresos o a otros rubros de la producción o provisión de bienes y servicios.

No obstante, debe insistirse en que no es viable aplicar una receta única para todos los países, pues aun cuando en la región latinoamericana existen múltiples similitudes, las diferencias son una barrera para la imitación o copia de políticas públicas para el bienestar: diferencias en el crecimiento y desarrollo económico, en el marco jurídico e institucional e incluso en los usos y costumbres.

Por lo anterior, será pertinente revisar las directrices y recomendaciones generales de organismos internacionales que son poseedores de conocimiento y han recopilado y documentado experiencias exitosas y desastrosas con las que se pueden trazar líneas generales para el establecimiento de políticas públicas que permitan el incremento efectivo de la cobertura.



4. LOS PISOS DE PROTECCIÓN SOCIAL

El concepto de piso de protección social fue creado por la OIT a partir de la revisión de experiencias para la ampliación de la cobertura, en particular en países en vías de desarrollo.

Durante la Cumbre sobre los Objetivos de Desarrollo del Milenio, en 2010, los jefes de Estado y de gobierno de los países reunidos apoyaron la idea del concepto, que se refiere a “un conjunto integrado de políticas sociales diseñado para garantizar a toda persona la seguridad de los ingresos y el acceso a los servicios sociales esenciales, prestando especial atención a los grupos vulnerables y protegiendo y empoderando a las personas a lo largo del ciclo de vida”.²⁵ Para definir esas garantías, se consideró que deberían incluir cuando menos:

- a) Seguridad básica del ingreso en todas las etapas de la vida (infancia, edad adulta y tercera edad) por medio de transferencias sociales, como pensiones para personas adultas mayores o personas con discapacidad, asignaciones familiares por hijos a cargo y subsidios y servi-

²⁵ OIT, *Piso de Protección Social para una globalización equitativa e inclusiva*, OIT, Ginebra, 2011.

cios vinculados al apoyo ante la pérdida del empleo o ante la carencia general de recursos (pobreza).

- b) Acceso universal y efectivo a servicios sociales básicos en materia de atención a la salud, de agua y saneamiento, educación, seguridad alimentaria, vivienda y cualquier otro considerado esencial en la definición de las prioridades de cada país.

La primera definición aceptada de piso de protección social se enfocó en la idea de que los derechos humanos que se considera permiten atender las necesidades básicas de todo ser humano fueran asequibles, y en proteger a las personas de los riesgos inherentes a la condición humana a lo largo de toda su vida, es decir, los derechos humanos relacionados con la seguridad social.

En la Conferencia Internacional del Trabajo de 2011, la definición de piso de protección social fue reformulada y se orientó hacia un concepto único de seguridad en los ingresos y el acceso a los bienes y servicios esenciales, así como hacia la tarea de promover la actividad económica y productiva y el acceso efectivo al trabajo decente.

Con la finalidad de dar más fuerza al concepto y a la promoción de su aplicación, se le vinculó a la Agenda de Trabajo Decente, que promueve el combate a la pobreza a través de la creación de empleos con salarios adecuados, condiciones laborales que respeten la dignidad humana y ofrezcan acceso a la seguridad social.

Aunque parezca contradictorio sostener el vínculo de la seguridad social con el trabajo, la realidad muestra que la implementación de un piso de protección social sin la promoción de los principios y metas de la Agenda de Trabajo Decen-

te puede poner en peligro a los pisos en el largo plazo, debido a que su financiación depende de las contribuciones fiscales de las personas trabajadoras y por ende, de sus entidades empleadoras.

El Grupo Consultivo convocado por la OIT y la OMS para la Iniciativa de Piso de Protección Social llegó a la conclusión de que programas de transferencias sociales ya existentes, aun con el establecimiento de montos monetarios bajos, habían ayudado a disminuir de manera considerable las brechas de pobreza y desigualdad en países con desarrollo económico bajo o moderado, mientras en países ya desarrollados se había evitado el crecimiento de la desigualdad y el crecimiento económico fue equitativo.

También se evidenció que con los pisos de protección social los grupos poblacionales en desventaja podrían empoderarse y reducir sus brechas de desigualdad, como en el caso de las mujeres, quienes de manera desafortunada, históricamente han sido relegadas a la dependencia económica del hombre. El siguiente listado resume otras ventajas:

- Permiten enfrentar desafíos vinculados a la transición demográfica, en la que el grupo de personas de la tercera edad representa un número proporcionalmente mayor dentro de toda la sociedad.
- Contribuye a manejar de manera efectiva la transición epidemiológica, ofrece acceso a los servicios esenciales de atención médica, como la medicina preventiva, que no sólo permitiría tener bajo control las enfermedades crónico-degenerativas, sino atender mejor las infeccio-contagiosas.
- Frente a crisis económico-financieras, contribuye a la estabilización de la economía y a mitigar los efectos negativos en el mercado de trabajo.

Quizá este grupo de ventajas puede hacer que las naciones titubeen respecto a la posibilidad de implementar estos pisos y sobre todo de poder mantenerlos en el mediano y largo plazo, por lo que cabría preguntarse si son viables.

En la práctica, antes de la creación del concepto de piso de protección social varios países ya contaban con programas de transferencias sociales universales o focalizadas, contruidos con base en sus realidades, es decir, en las necesidades de su población, su marco nacional demográfico y económico, etcétera. Por ello, la iniciativa formulada por la OIT se fundamenta en que una política general puede ser adoptada y adaptada por cada país. Además de voluntad política, se requiere un ámbito fiscal amplio que permita la implementación, mantenimiento y un marco institucional sólido que sea eficaz y eficiente.

De acuerdo con la OIT, Argentina y Brasil son ejemplos de países que ya contaban con antecedentes de programas que pueden considerarse pisos de protección social.²⁶ En el primer caso, desde 2005 se creó un Plan de Inclusión Previsional en el que todas las personas que no tenían el mínimo de cotizaciones podían acceder a un beneficio mínimo, lo que incrementó en 2.5 millones el número de personas con derecho a un ingreso en la vejez. Argentina cuenta con un Programa de Pensiones No Contributivas (PNC), que incluye asignaciones familiares, entre otros beneficios.

Por su parte, Brasil ha emprendido diversos programas que comprenden grupos poblacionales específicos en situación de vulnerabilidad, como el denominado Sistema Único de Salud, el régimen de pensiones rurales y el programa de transferencias focalizadas condicionadas conocido como Bolsa Fa-

²⁶ *Idem.*

milia, que ofrece desde 2003 un ingreso monetario a las familias identificadas como pobres, siempre y cuando cumplan con requisitos comprobables, como la asistencia de infantes a las escuelas, programas de vacunación, revisión de situación nutricional y otros estudios clínicos preventivos.

Se estima que Bolsa Familia fue fundamental en la mejora en 15% del coeficiente de Gini en la década 1999-2009 y en la reducción de la brecha de pobreza en 12% en el quinquenio 2001-2005. En el caso argentino, el componente de asignaciones familiares del PNC permitió una reducción de 22% de hogares pobres, lo que representa alrededor de 1.3 millones de personas en números absolutos.²⁷

Si bien Argentina, Brasil y la mayoría de los países de la región latinoamericana no pueden catalogarse como países de ingresos ínfimos, son países en vías de desarrollo, lo cual puede considerarse una evidencia empírica de la idoneidad de establecer pisos de protección social. Sin embargo, sigue en pie la pregunta sobre su viabilidad y sostenibilidad financiera, pues su fuente de recursos es el presupuesto gubernamental.

Dentro del marco económico nacional, es necesario analizar dos elementos para tomar la decisión sobre qué nivel de protección se puede ofrecer y si es viable y sostenible en el mediano y largo plazo:

1. La cuantificación de los niveles de beneficios actuales y probables futuros

Aunque en ocasiones se piensa que un programa de pisos de protección social no requiere una cuantificación, porque la financiación es íntegramente con cargo al erario público, no

²⁷ *Ibid.*, p 43.

existe gobierno en el mundo que pueda planificar el desarrollo nacional sin estimaciones cuando menos en el mediano plazo sobre las cantidades monetarias que necesitará destinar a los pisos de protección social.

El proceso de cuantificación comienza con la medición, entendida como la estimación del número de casos que podrán requerir los beneficios establecidos. Por esta razón se necesitan proyecciones que contemplen los fenómenos demográficos básicos a los que está sujeta la población: nacimientos, muertes, inmigración y emigración. Plamondon y sus colaboradores²⁸ proponen un método estándar de proyección de la población total de un país, para lo cual es necesario contar con proyecciones de tasas de natalidad, muerte y migración. Si bien el contar con estas proyecciones es complejo, es factible utilizar las desarrolladas por agencias nacionales de estadísticas o agencias internacionales especializadas, como el Departamento de Población de las Naciones Unidas.

En las asignaciones por hijos o de pensiones para personas mayores, la proyección de la población general dará los primeros resultados necesarios para la cuantificación. Sin embargo, cuando los beneficios se focalizan en grupos vulnerables, como personas con discapacidad, se requiere aplicar tasas específicas para estimar el número de personas que compondrían la población objetivo. Los censos, encuestas y otros instrumentos de recolección de datos serán de gran ayuda para generar tasas que puedan aplicarse a las proyecciones de la población.

Para conseguir la cuantificación, deberán formularse diversos escenarios sobre montos de beneficios que podrían

²⁸ Pierre Plamondon *et al.*, *Actuarial Practice in Social Security*, OIT/ISSA, Ginebra, 2002.

entregarse en la actualidad y su evolución probable futura, sobre todo por factores inflacionarios que permitan mantener el valor adquisitivo de los beneficios, y también se considerarán escenarios de crecimiento y desarrollo económico. Dado que hay eventos cuya frecuencia de ocurrencia e impacto no son parametrizables y en consecuencia no pueden medirse y cuantificarse, se debe insistir en la generación de varios escenarios que permitan a los gobiernos tomar la mejor decisión sobre el establecimiento de los pisos, porque al mismo tiempo deben seguir atendiendo otras prioridades nacionales.

2. El espacio fiscal actual y probable futuro

Una reconfiguración del presupuesto de gobierno no es una tarea sencilla. Si bien el establecimiento de pisos de protección social trae beneficios consigo, no puede ni debe dejar desatendidas otras prioridades del marco nacional de desarrollo. Deberá insistirse en la necesidad de acompañar esta medida con reformas fiscales, a pesar de que la OIT ha estimado que el costo puede ser relativamente bajo en términos del producto interno bruto (PIB), como se muestra en la Tabla 2.

TABLA 2. COSTO ANUAL ESTIMADO DE UNA PENSIÓN UNIVERSAL POR VEJEZ EN PAÍSES SELECCIONADOS DE INGRESOS MEDIOS Y BAJOS, COMO PORCENTAJE DEL PIB (2011)

Menos de 0.5%	Entre 0.5% y 1%	Entre 1% y 1.5%
Afganistán	Bangladesh	Ecuador
Burkina Faso	Camboya	El Salvador
Mali	Camerún	Granada
Níger	Chad	Kazajstán
Senegal	Congo	Kirguistán
Sierra Leona	Egipto	Malasia
	Etiopía	Marruecos
	Filipinas	Paraguay
	Ghana	Perú
	Guatemala	Trinidad y Tobago
	Kenia	Vietnam
	Malawi	
	Mongolia	
	Ruanda	
	Tanzania	
	Uganda	
	Zambia	

Fuente: HelpAge International, 2011.²⁹

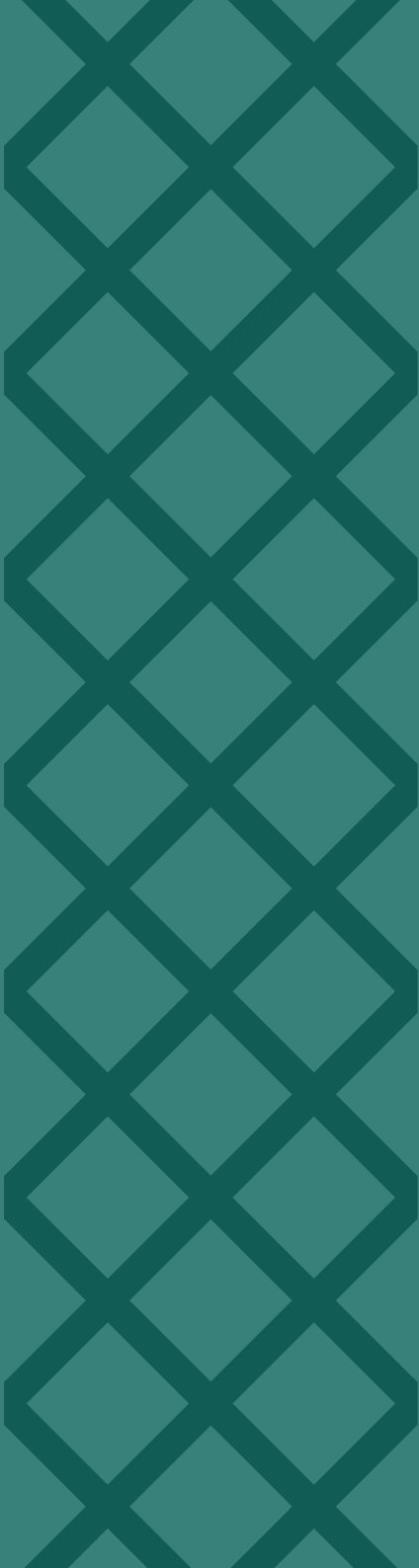
En específico para América Latina, la Comisión Económica para América Latina (CEPAL) ofrece estimaciones del costo de ampliar los programas de transferencias a grupos en pobreza extrema en 16 países, en términos del PIB, y prevé que una pensión para personas mayores puede oscilar entre 0.3%

²⁹ Citado en OIT, *Piso de Protección Social para una globalización equitativa e inclusiva*, op. cit., p. 49.

y 1.6%. Si se tratara de beneficios para el grupo de personas desempleadas, el costo estaría entre 0.8% y 6.4%.³⁰

Si bien puede inferirse que los pisos de protección social deben construirse a partir de la realidad de cada país y su sociedad, existen líneas generales que todos los gobiernos pueden seguir para conseguirlos, lo cual es objeto de la siguiente sección.

³⁰ CEPAL, *La hora de la igualdad. Brechas por cerrar, caminos por abrir*, CEPAL, Santiago, 2010.



5. RECOMENDACIONES DE LA OIT

Es importante señalar que no existe una receta o un camino único para la implementación de los pisos de protección social, sin embargo, la experiencia de diversos países, sus aciertos y áreas de oportunidad pueden ser una valiosa fuente de información para trazar líneas generales que orienten a los países que buscan incrementar la cobertura de seguridad social a partir del establecimiento de pisos de protección social:

1. La oportunidad de acceder a un trabajo decente que ofrezca a las personas trabajadoras una remuneración suficiente para mantener un nivel de vida adecuado para ellas y sus familias y a los beneficios correspondientes a la seguridad social no es sustituible por pisos de protección social, sino que estos deben ser un refuerzo para conseguir la cobertura plena y apoyar a quienes no tienen acceso a un seguro social u otro tipo de instrumentos para la seguridad social.
2. La prevención de la pobreza y plena protección frente a los riesgos en el ciclo de vida de las personas.
3. La implementación de los pisos y el alcance de la cobertura plena no es inmediata, se trata de un proceso gradual que debe basarse de preferencia en las

estructuras jurídicas e instituciones ya existentes y generar después, si se requiere, sus propios marcos de acción.

4. Los beneficios de los pisos de protección social no deben empalmarse con otros esquemas, pues puede generarse una duplicidad de beneficios o su carencia.
5. La coordinación entre todas las instituciones del país es fundamental. También se requiere que la protección que se brinde sea integral frente a todas las necesidades y riesgos de la sociedad.
6. Los instrumentos de financiación directa, como los seguros sociales y la previsión social, deben ser congruentes con los que implican transferencias sociales, de manera que los segundos no sean un desincentivo a la formalización de las relaciones laborales.
7. Se debe tener la mayor certeza posible sobre el costo de los pisos de protección social en el corto, mediano y largo plazo para que sean viables y sostenibles, por lo que es indispensable la valuación actuarial de los esquemas de transferencias bajo directrices y estándares internacionales, como los de la AISS y la Asociación Internacional de Actuarios (AIA).
8. También cobran relevancia la solidaridad y el apoyo internacional, en especial para países con ingresos bajos.
9. Si bien los gobiernos tienen el papel de rectores de los Estados y en ellos recae la mayor responsabilidad en el diseño, implementación administración y gestión de los pisos de protección social, estos deben ser resultado de un diálogo social extendido, en el que sean tomadas en cuenta las aportaciones de los diferentes actores de la sociedad: empleadores, personas trabajadoras, aca-

demia, sociedad civil y partidos políticos, así como las experiencias y conocimiento de los organismos internacionales técnicos especializados en la materia: OIT, AISS, Organización Iberoamericana de Seguridad Social (OISS), CEPAL y CISS.

10. De este diálogo social deben desprenderse pisos de protección social tan generosos como las aportaciones monetarias que la sociedad esté dispuesta a dar y tenga la capacidad de entregar, no sólo en el presente, sino también en el futuro.
11. Aunque los sistemas de seguridad social no tienen como objetivo resolver problemas de inequidad, como la inequidad de género o las brechas sociales, deben procurar atenderlas de manera óptima.
12. Los pisos de protección social, como cualquier otro instrumento para la seguridad social, deben ser de fácil acceso y comprensión para toda la población, con requisitos suficientes, pero mínimos en atención a las carencias de la población objetivo.

El documento inicial de la OIT sobre pisos de protección social permitió que la Conferencia Internacional del Trabajo determinara la necesidad de analizar el desarrollo de un instrumento jurídico que complementara las normas referentes a la seguridad social, en particular el Convenio 102, con base en la necesidad expuesta de crear pisos de protección social para la ampliación efectiva de la cobertura, por lo que en 2012 fue aprobada la Recomendación 202: “Sobre los pisos de protección social”, un instrumento que si bien no tiene la misma fuerza que un convenio, permite que los países cuenten con una orientación fundamentada en un documento oficial.

5.1 La Recomendación 202 de la OIT

Este documento de trabajo de la OIT sobre piso de protección social para una globalización equitativa e inclusiva habla de derechos fundamentales, como el de la vivienda, la alimentación y la educación, entre otros, y se fundamenta principalmente en los beneficios vinculados a la seguridad social. En su preámbulo señala:

1. Que la seguridad social es un derecho humano, es decir, no dependiente o vinculante al trabajo.
2. Sin embargo, ambos representan una necesidad económica y social que implica desarrollo y progreso para las sociedades.
3. En ese sentido, la seguridad social ofrece beneficios colaterales como instrumento para combatir la pobreza, la desigualdad, la exclusión social y la inseguridad social, así como para promover la igualdad de oportunidades, la equidad de género y la equidad racial, y para apoyar la transición del empleo informal al empleo formal.

Por consiguiente, refuerza la idea de que cada Estado genere garantías básicas de seguridad social, sobre todo en lo referente a:

1. 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 los criterios de disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad.
2. Seguridad básica del ingreso para los niños, por lo menos equivalente a un nivel mínimo definido en el plano nacional, que asegure el acceso a la alimentación, la

educación, los cuidados y cualesquiera otros bienes y servicios necesarios.

3. Seguridad básica del ingreso, por lo menos equivalente a un nivel mínimo definido en el plano nacional, para las personas en edad activa que no puedan obtener ingresos suficientes, en particular en caso de enfermedad, desempleo, maternidad e invalidez.
4. Seguridad básica del ingreso para las personas de edad, por lo menos equivalente a un nivel mínimo definido en el plano nacional.

Lo anterior se basa en al menos 18 principios fundamentales que como puede observarse, no contravienen a los Principios de la Seguridad Social Americana:³¹

- I. Universalidad de la protección, basada en la solidaridad social.
- II. Derecho a las prestaciones prescrito por la legislación nacional.
- III. Adecuación y previsibilidad de las prestaciones.
- IV. No discriminación, igualdad de género y capacidad de responder a las necesidades especiales.
- V. Inclusión social, en particular de las personas que trabajan en la economía informal.
- VI. Respeto de los derechos y la dignidad de las personas cubiertas por las garantías de seguridad social.
- VII. Realización progresiva, inclusive por medio del establecimiento de objetivos y plazos.
- VIII. Solidaridad en la financiación, asociada a la búsqueda de un equilibrio óptimo entre las responsabilidades y

³¹ OIT, R202-Recomendación sobre los pisos de protección social, 2012 (núm. 202).

- los intereses de aquellos que financian y se benefician de los regímenes de seguridad social.
- IX. Consideración de la diversidad de métodos y enfoques, con inclusión de los mecanismos de financiación y los sistemas de prestaciones.
 - X. Gestión financiera y administración sanas, responsables y transparentes.
 - XI. Sostenibilidad financiera, fiscal y económica, teniendo debidamente en cuenta la justicia social y la equidad.
 - XII. Coherencia con las políticas sociales, económicas y de empleo.
 - XIII. Coherencia entre las instituciones encargadas de la prestación de servicios de protección social.
 - XIV. Servicios públicos de alta calidad que mejoren el desempeño de los sistemas de seguridad social.
 - XV. Eficacia y accesibilidad de los procedimientos de reclamación y de recurso.
 - XVI. Seguimiento regular de la aplicación y evaluación periódica.
 - XVII. Pleno respeto de la negociación colectiva y de la libertad sindical para todos los trabajadores.
 - XVIII. 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.

Una vez concluido el análisis de los pisos de protección social como instrumentos para la seguridad social que permiten la ampliación de la cobertura, en la siguiente sección se muestran los casos de algunos países cuyos niveles de cobertura son elevados y se describen de manera general las acciones que llevaron a cabo.



6. ANÁLISIS BREVE DE CASOS

6.1 Atención de salud esencial

La OMS define la atención primaria de salud como “la asistencia sanitaria esencial accesible a todos los individuos y familias de la comunidad a través de medios aceptables para ellos, con su plena participación y a un costo asequible para la comunidad y el país. Es el núcleo del sistema de salud del país y forma parte integral del desarrollo socioeconómico general de la comunidad”.³²

Es importante distinguir que atención primaria no es sinónimo de atención de nivel uno o de primer contacto del paciente con los servicios de atención médica, pues esto disminuiría de manera considerable el número de actos médicos a los que una persona podría tener acceso. El nivel uno, salvo en caso de urgencia médica, no implica el contacto y atención por parte de médicos especialistas, y en general, actos médicos de mayor especialización, como cirugías. Por el contrario,

Un sistema sanitario basado en la atención primaria de salud orienta sus estructuras y funciones hacia los valores de

³² OMS, “Atención primaria en salud”.

la equidad y la solidaridad social, y el derecho de todo ser humano a gozar del grado máximo de salud que se pueda lograr sin distinción de raza, religión, ideología política o condición económica o social. Los principios que se requieren para mantener un sistema de esta naturaleza son la capacidad para responder equitativa y eficientemente a las necesidades sanitarias de los ciudadanos, incluida la capacidad de vigilar el avance para el mejoramiento y la renovación continuos; la responsabilidad y obligación de los gobiernos de rendir cuentas; la sostenibilidad; la participación; la orientación hacia las normas más elevadas de calidad y seguridad; y la puesta en práctica de intervenciones intersectoriales.³³

Por consiguiente, como señala la OIT en el convenio 102, la asistencia médica debe incluir medidas de carácter tanto preventivo como curativo y también de rehabilitación, ya que los beneficios contemplados son:³⁴

a) En caso de estado mórbido:

- La asistencia médica general, comprendida la visita 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.

³³ *Ibid.*

³⁴ OIT, C102-Convenio sobre la seguridad social (norma mínima), 1952 (núm. 102), *op. cit.*

- b) En caso de embarazo, parto y sus consecuencias:
- La asistencia prenatal, la asistencia durante el parto y la asistencia puerperal prestada por un médico o por una comadrona diplomada.
 - La hospitalización, cuando fuere necesaria.

Se describirán de forma breve las características de los sistemas de atención a la salud de algunos países en los que, además de ofrecer atención de salud esencial, la cobertura se considera alta.

6.1.1 Costa Rica

De acuerdo con Abarca y Ramírez,³⁵ antes de la desaparición de su ejército, Costa Rica era el cuarto país latinoamericano con menor tasa de crecimiento del PIB per cápita, sin embargo, tras la abolición se convirtió en el segundo de mayor crecimiento, sólo detrás de Brasil. Es decir, la nación centroamericana buscó ampliar el espacio fiscal sin incrementar las cargas impositivas y en su lugar determinó desaparecer a las fuerzas armadas para canalizar esos recursos en beneficio del desarrollo del país.

Si bien esta acción tomó lugar en 1948, 63 años antes de la iniciativa conjunta de la OIT y la OMS sobre los pisos de protección social, vale la pena señalar que esta medida permitió que Costa Rica incrementara el presupuesto de gobierno de forma importante en rubros vinculados con el tema de estudio.³⁶

³⁵ Alejandro Abarca y Alonso Ramírez, "Adiós a las armas: los efectos en el desarrollo de largo plazo de la abolición del ejército de Costa Rica", Universidad de Costa Rica, San José, 2018.

³⁶ Banco Mundial, "Costa Rica".

- El presupuesto destinado a educación como porcentaje de gasto del gobierno pasó de un 15% a casi 35% en 20 años.
- En un periodo similar, el presupuesto destinado a la atención a la salud llegó a representar casi 30%.

Como resultado de estas políticas públicas, la Ley de General de Salud de 1973 estableció como función esencial del Estado costarricense velar por la salud de toda la población y otorgó a todos los habitantes, no sólo a los nacionales, el derecho a recibir servicios de atención a la salud.

Asimismo, entre 1974 y 1989 se introdujeron los regímenes conocidos como Medicina Empresa y Medicina Mixta, y un régimen especial a cargo del Estado que tenía por encargo proveer servicios a la población en situación de pobreza. De esta forma, en 1989 Costa Rica logró conformar un Sistema Nacional de Salud (SNS) en el que los actores fundamentales son el Ministerio de Salud, la CCSS y el Instituto Nacional de Seguros (INS).

Como resultado, sólo la cobertura de la CCSS pasó de 47.2% de la población en 1970 a cerca de 88% en 2008, previo a un proceso de reforma en el que, a pesar de los magníficos resultados, se consideró que este régimen podría enfrentar problemas de insolvencia y desatender a la población protegida, disminuyendo la cobertura efectiva.

Por lo anterior, en 2011 un equipo de especialistas nacionales presentó un informe con recomendaciones para mantener la sostenibilidad financiera del seguro de salud, pues con tasas de cobertura que han oscilado entre 85% y 94.5%, según la Encuesta Nacional de Hogares y la Dirección Actuarial de la CCSS, la sociedad espera contar con un sistema de atención a la salud esencial que continúe garantizando el acceso efectivo.

De acuerdo con la Organización Panamericana de la Salud (OPS), Costa Rica aún tiene el desafío de incorporar a cerca de 10% de la población residente, compuesta en su mayoría por población en pobreza extrema, grupos de población originaria y personas trabajadoras estacionales y migrantes, así como la optimización en el uso racional de recursos y mejorar la coordinación de la interacción entre los principales agentes proveedores y gestores de los servicios.

Nótese que Costa Rica ha conseguido una cobertura amplia con base en ofrecer servicios de atención a la salud por medio de un esquema de aseguramiento social, reforzado con instrumentos adicionales a cargo de otras entidades gubernamentales cuya financiación proviene de los ingresos generales del Estado.

6.1.2 Argentina

Puede decirse que el sistema de atención a la salud en Argentina está fraccionado. Además de las instituciones de pago y prepago, por lo regular presentes en todos los países de la región, existen entidades públicas con la tarea de promover, prevenir y prestar servicios bajo el esquema de asistencia social. También hay entidades semipúblicas, conocidas como obras sociales, que se encargan de ofrecer beneficios a sectores específicos de la población.

Los orígenes del sistema nacional integrado de salud como un sistema no unificado pero coordinado, data de 1974. Sin embargo, no se consiguió la integración completa de las obras sociales y los departamentos provinciales hasta 1985, cuando se formuló un proyecto de Seguro Nacional de Salud fundamentado en las obras sociales, porque éstas contaban con una cobertura amplia y se financiaban bajo el esquema de aseguramiento, es decir, solidario.

Desafortunadamente el proyecto encontró fuerte oposición entre diferentes actores de la sociedad, lo que obligó al Estado a buscar vías alternas, pero fundamentadas en las obras sociales.

Argentina no se vio exenta de pasar por olas privatizadoras fundadas en la idea de gestión y administración gubernamental deficientes. En la década de 1990, el sector se vio amenazado al proponerse su privatización y desregulación, para transformarlo en un mercado de servicios con la mínima intervención del Estado.

De acuerdo con el Sistema Integrado de Información Sanitaria Argentino (SIA) dependiente del Ministerio de Salud,³⁷ de cada diez personas residentes en Argentina, seis están cubiertas por alguna obra social, una recibe atención de alguna empresa de prepago y tres son atendidas por el sector público. Si bien de manera empírica podría hablarse de una cobertura plena, el acceso a los servicios de salud por parte del sector público se considera aún desigual, pues la mayoría de los servicios especializados, sólo por mencionar un ejemplo, se concentran en las grandes urbes.

Se ha buscado corregir estas desigualdades con medidas como la expedición de la Resolución 475/2016, cuyo objetivo es que las poblaciones más vulnerables tengan acceso efectivo a los servicios esenciales. Los resultados de estas estrategias permiten señalar que hoy la cobertura efectiva del sistema de atención a la salud en Argentina es cercana a 90%, con un área de oportunidad el incremento del 10% restante, así como la corrección de las desigualdades en el grupo de población cuya atención a la salud depende del sector público.

³⁷ Ministerio de Salud, "Sistema Integrado de Información Sanitaria Argentino", 2020.

6.1.3 México

En México, el sistema de atención a la salud se encuentra sumamente fraccionado. Cuenta con servicios ofrecidos por seguros sociales (cerca de un centenar) a cuyos beneficios puede acceder la persona trabajadora asegurada directa y su núcleo familiar. Los seguros sociales más importantes son los que administra el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), desde 1942, el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), desde 1959, y el Instituto de Seguridad Social para las Fuerzas Armadas (ISSFAM), desde 1976. En conjunto con las demás instituciones análogas y de acuerdo con datos del Instituto Nacional de Estadística y Geografía (Inegi), la cobertura no incluye a cerca de 57% de la población económicamente activa (PEA), es decir, más de 30 millones de personas y sus familias, lo cual implicaría la desprotección de casi 50% de la población total.

Si bien el gobierno federal y los 32 gobiernos estatales ofrecen servicios de atención a la salud a precio de costo para quienes no los reciben de un seguro social, existe desigualdad en la atención. Por ejemplo, los institutos nacionales de salud (organismos públicos de alta especialidad que dependen del gobierno federal) se ubican en la capital del país.

Con la finalidad de ofrecer una cobertura eficiente al grupo de población descrito, en 2004 se creó el Sistema de Protección Social en Salud (SPSS), en el que se estableció una figura denominada Seguro Popular. Se trataba de un programa de afiliación con aportaciones tripartitas por familia provenientes tanto de las personas protegidas (con base en su nivel de ingresos; las personas de menores recursos estaban exentas de pago) como de los gobiernos federal y estatal, que

ofrecía atención médica especializada para un catálogo limitado de enfermedades.

Si bien las estadísticas del SPSS muestran un incremento en la cobertura al pasar de 5.3 millones de personas afiliadas en 2004 a 51.9 en 2019, el sistema no generó nueva infraestructura médica y comenzó un proceso de sobresaturación en el sistema de por sí escaso. Si bien amplió gradualmente el catálogo de enfermedades, nunca llegó a ofrecer atención médica integral a todo tipo de padecimientos.

En vista de estos problemas, el gobierno de México modificó las leyes en la materia en 2019 y en 2020 comenzó a operar el Instituto de Salud para el Bienestar (Insabi), cuyo objetivo es alcanzar la cobertura plena en materia de salud por medio de una financiación íntegra a cargo del Estado. Aunque el Insabi ha experimentado dificultades desde el comienzo, que se han acentuado con la emergencia sanitaria derivada de la aparición del SARS-CoV2 y la enfermedad covid-19, es un segundo paso para la ampliación de la cobertura de atención a la salud.

Más adelante se analizarán los beneficios y alcances de la creación del Insabi y la desaparición del Seguro Popular, a partir las diferencias expuestas por Moreno y Sánchez, como se expone en la Tabla 3.³⁸

³⁸ Salvador Moreno Pérez y José Juan Sánchez Reyes, “Reflexiones sobre la operación del Seguro Popular y el Instituto de Salud para el Bienestar”, Centro de Estudios Sociales y de Opinión Pública-Cámara de Diputados, Ciudad de México, 2020.

TENDENCIAS DE FINANCIACIÓN DE LOS BENEFICIOS PARA LA SEGURIDAD SOCIAL
PARA LA AMPLIACIÓN DE LA COBERTURA

**TABLA 3. PRINCIPALES CARACTERÍSTICAS
DEL SEGURO POPULAR Y EL INSABI**

Aspecto	Seguro Popular	Insabi
Objetivo general	Brindar protección financiera a los mexicanos al ofrecer una opción con criterios de aseguramiento público en materia de salud a familias y ciudadanos que por su condición laboral y socioeconómica no son derechohabientes de las instituciones de seguridad social.	Proveer y garantizar la prestación gratuita de servicios de salud, medicamentos y demás insumos asociados al primero y segundo niveles de atención a todas las personas que carecen de la protección de un seguro social. Impulsar, en coordinación con la Secretaría de Salud en su calidad de órgano rector, acciones orientadas a lograr una adecuada integración y articulación de las instituciones públicas del Sistema Nacional de Salud.
Criterios de exclusión	No reinscribirse o no pagar la cuota familiar. Afiliarse a un seguro social. Cláusula de exclusión definitiva.	Cuando el beneficiario se incorpore a algún seguro social federal o local. Cláusula de exclusión definitiva.
Beneficiarios	Titular y miembros de la familia registrados.	Todas las personas residentes en el país que no cuenten con los servicios de un seguro social.
Cobertura	Según datos de la Secretaría de Salud, en junio de 2019 el Seguro Popular tenía 51 375 497 personas afiliadas.	No disponible.

Aspecto	Seguro Popular	Insabi
Criterios de elegibilidad	<p>Residir en las zonas y regiones seleccionadas de las entidades federativas participantes en el programa.</p> <p>No ser derechohabiente de un seguro social.</p> <p>Optar voluntariamente por afiliarse.</p> <p>Cubrir la cuota de afiliación correspondiente.</p>	<p>Ser personas que se encuentren en el territorio nacional.</p> <p>No ser derechohabiente de un seguro social.</p> <p>Contar con Clave Única de Registro de Población.</p> <p>En caso de no tenerla, podrá presentarse acta de nacimiento, certificado de nacimiento o los documentos que se establezcan en las disposiciones reglamentarias.</p>
Financiación	<p>Tripartita: gobierno federal, gobierno estatal y familia.</p> <p>Prima familiar según ingreso. La ley prevé cuota moderadora.</p>	<p>A cargo del gobierno en los dos primeros niveles de atención.</p>
Beneficios garantizados	<p>Paquete de servicios y medicamentos especificados en el Catálogo Universal de Servicios de Salud (Causas) y cuatro de gastos. Catastróficos, los incluidos en el seguro para una Nueva Generación y en Embarazo Saludable.</p> <p>Los demás los paga el paciente.</p>	<p>Compendio Nacional de Insumos para la Salud.</p>

TENDENCIAS DE FINANCIACIÓN DE LOS BENEFICIOS PARA LA SEGURIDAD SOCIAL
PARA LA AMPLIACIÓN DE LA COBERTURA

Aspecto	Seguro Popular	Insabi
Prestador del servicio	Hospitales autónomos y centros de salud de los Servicios Estatales de Salud (SES) según la Ley General de Salud. El reglamento permite prestación interinstitucional y con prestadores privados vía convenios o acuerdos de gestión.	Acuerdos de coordinación Federación-entidades federativas. Modelo de acceso universal. Sistema de Redes.

Fuente: CESOP, Programa Seguro Popular de Salud, Cámara de Diputados, México, 2004, pp. 1-4; Asa Cristina Laurell, Impacto del Seguro Popular en el Sistema de Pensiones de Salud Mexicana, Porrúa, México, 2015, p. 36; Secretaría de Salud, Primer Informe de Labores 2018-2019, México, septiembre de 2019; Ley General de Salud, Texto Vigente, Última reforma publicada DOF 29-11-2019, disponible en www.camaradediputados.com (consulta: 17 de enero de 2020)

6.2 Seguridad básica del ingreso para las personas de edad

El concepto “seguridad básica del ingreso” genera en sí varias preguntas: ¿cuál es un monto de ingreso adecuado? ¿a partir de qué edad se puede considerar a una persona como población objetivo?

Beveridge expuso en su “Informe sobre Seguros Sociales y Servicios afines” que el sistema de seguridad social debía garantizar beneficios necesarios para la subsistencia, mientras el Convenio 102 de la OIT estableció un porcentaje mínimo en función de los ingresos que tuviera la persona antes de llegar a la tercera edad.

Por otro lado, la edad para definir el ingreso a la vejez varía en cada país. Si bien los 65 años es la edad más común, el único referente de su origen es el seguro por vejez establecido en la década de 1880 por Otto Leopold von Bismarck. A partir de ese caso, la mayoría de los países establecieron la misma edad y la han mantenido por varios años, con excepciones como España o Japón, que se justifican en el Convenio 102 de la OIT cuando señala que la edad prescrita para la contingencia cubierta por los beneficios por vejez “no deberá exceder de sesenta y cinco años. Sin embargo, la autoridad competente podrá fijar una edad más elevada, teniendo en cuenta la capacidad de trabajo de las personas de edad avanzada en el país de que se trate”.³⁹

De acuerdo con la generalidad de las definiciones y los elementos descritos en el presente documento, cada país ha tomado su propio camino para tratar de proteger a la totalidad de las personas que han alcanzado la edad establecida como prescrita y garantizar que cuenten con recursos suficientes para un nivel de vida adecuado.

Se presenta una descripción general de las medidas aplicadas en tres países, basados primordialmente en el fortalecimiento de un pilar de financiación indirecta, es decir, un esquema de transferencias cuyos recursos provienen del presupuesto de gobierno.

6.2.1 Costa Rica

Como otros países de la región, Costa Rica tiene un sistema de pensiones fragmentado, es decir, en el que coexisten varios sistemas. Los principales son los de financiación directa, que

³⁹ *Ibid.*

funcionan bajo un esquema de aseguramiento social o fondos de previsión social.

El principal de estos sistemas es el seguro de invalidez, vejez y muerte (IVM), administrado y gestionado por la CCSS, cuya participación en cobertura es de 92%. Este sistema es supervisado por la Superintendencia de Pensiones (Supen), organismo creado para supervisar y en la mayoría de los casos regular todos sistemas de pensiones. Los restantes son:

- El del Magisterio Nacional, cuya gestión y administración está a cargo de la Junta de Pensiones y Jubilaciones del Magisterio Nacional (Jupema). Este sistema cubre 6% del total de la población.
- Un sistema transitorio (cerrado), también del Magisterio Nacional, gestionado por Jupema pero financiado con recursos del Estado.
- El Fondo de Jubilaciones y Pensiones del Poder Judicial (FJPPJ) que cubre 1% de la población.
- El de Pensiones y Jubilaciones de Bomberos Permanentes, administrado por el INS, cuyo campo de acción es mínimo.
- Un subgrupo de sistemas enfocados en trabajadores específicos, como los de Hacienda Pública, cuya administración y gestión está a cargo de la Dirección Nacional de Pensiones, con financiación del Estado.

Asimismo, existen sistemas de financiación indirecta de tipo asistencial con los que se ha logrado extender la cobertura pensiones y un sistema de ahorro individual complementario cuya administración recae en entidades privadas supervisadas y reguladas por la Supen, conocidas como Operadoras Complementarias de Pensiones.

Respecto a los programas de transferencias, Costa Rica tomó la delantera en América Latina con la creación de un instrumento considerado de inversión social,⁴⁰ el Fondo de Desarrollo Social y Asignaciones Familiares (Fodesaf), surgido de la promulgación de la Ley de Desarrollo Social y Asignaciones Familiares de 1974.

Si bien este fondo tiene varios propósitos, como el apoyo a programas en beneficio de las mujeres, comedores escolares y becas estudiantiles, es de interés el programa Régimen no contributivo de pensiones (RNC), que absorbe 20% de los recursos del Fodesaf y los entrega a la ccss para su administración y gestión.

El RNC brinda beneficios pensionarios a todas aquellas personas que cumplan las siguientes condiciones:

- Ser ciudadano costarricense.
- Encontrarse en estado evidente de necesidad.
- No tener capacidades para desempeñar una actividad laboral remunerada.
- No recibir beneficios de alguno de los seis sistemas de seguro social y previsión social descritos con anterioridad.
- Tener 65 años de edad o entre 50 y 65 para personas con discapacidad física y/o mental que le impida trabajar.

Desde 1989, dentro del RNC existe un programa de pensiones por parálisis cerebral profunda, que representa 3% de la población total beneficiada.

⁴⁰ Fabio M. Bertranou, Carmen Solorio y Wouter van Ginneken (eds.), *Pensiones no contributivas y asistenciales. Argentina, Brasil, Chile, Costa Rica y Uruguay*, Oficina Internacional del Trabajo, Ginebra, 2002.

Con datos de 2018, se observa que la cobertura del RNC creció en promedio 2.3% anual de 2001 a 2018.⁴¹ Se trata de un porcentaje relativamente pequeño en la cobertura total de la población, pero en número absolutos la cifra ascendía a cerca de 112 000 personas.⁴² Esto contribuye a ampliar la cobertura nacional, aunque el porcentaje faltante engloba de nuevo a poblaciones de difícil cobertura, como población indígena y trabajadores estacionales y migrantes, como ocurre en la atención a la salud.

Una de las áreas de oportunidad del RNC es el establecimiento del monto de las pensiones, pues debido a las restricciones presupuestarias del Fodesaf y su facultad para establecer la cuantía, pero con la posibilidad de revocamiento o ajuste por parte de la ccss, su valor adquisitivo no se ha mantenido a lo largo del tiempo. Según Durán,⁴³ el monto promedio asignado y efectivamente pagado en 2000, fue inferior 28% en términos reales respecto al de 1975.

6.2.2 Argentina

Argentina se puede considerar un país pionero en el establecimiento de pisos de protección social. Desde 1948 instauró el Programa de Pensiones No Contributivas (PNC), para ofrecer beneficios a siete grupos de personas:

⁴¹ José Francisco Pacheco, Hazel Elizondo y Juan Carlos Pacheco, *El sistema de pensiones en Costa Rica*, CEPAL, Santiago, 2020.

⁴² Al 31 de julio de 2020, la ccss reportó 128 000 beneficiarios, lo que implicó un crecimiento importante, probablemente debido a la pandemia de SARS-CoV2.

⁴³ Fabio Durán, “Los programas de asistencia social en Costa Rica: El régimen no contributivo de pensiones”, en Fabio M. Bertranou, Carmen Solorio y Wouter van Ginneken (eds.), *Pensiones no contributivas y asistenciales. Argentina, Brasil, Chile, Costa Rica y Uruguay*, Oficina Internacional del Trabajo, Ginebra, 2002, p. 203.

- 1) Adultos mayores de 70 años.
- 2) Mujeres con siete o más hijos nacidos vivos propios o adoptados.
- 3) Personas con discapacidad.
- 4) Personas beneficiadas por leyes especiales.
- 5) Personas elegidas por algún miembro del Congreso de la Nación.
- 6) Familiares de desaparecidos.
- 7) Veteranos de la Guerra de las Malvinas.

En el caso de los tres primeros grupos, es requisito indispensable no tener algún otro beneficio proveniente de un seguro social y no contar con bienes, ingresos u otro tipo de recursos que permitan al beneficiario y su familia un nivel mínimo de subsistencia. En adición, las personas adultas mayores no deben contar con familiares obligados a su apoyo de manutención para recibir pensión. Los residentes extranjeros deben comprobar un tiempo mínimo de residencia de 20 años continuos.

De acuerdo con Bertranou y Grushka,⁴⁴ aunque la cobertura de pensiones para adultos de 70 años de edad se estancó desde 1999 y hasta 2003, gracias al PNC se evidencia que la cobertura de la población en la tercera edad se encuentra por arriba de 70%. También vale destacar que el programa ha reducido la incidencia de la pobreza media en 31% y de la pobreza extrema en 67%.

Si bien es muy pronto para evaluar el impacto de la pandemia por SARS-CoV2, es previsible que el número de per-

⁴⁴ Bertranou, Fabio M., Solorio, Carmen y van Ginneken, Wouter (eds.), *“Pensiones no contributivas y asistenciales. Argentina, Brasil, Chile, Costa Rica y Uruguay”*, Oficina Internacional del Trabajo, Ginebra, 2002. Disponible en https://www.ilo.org/public/libdoc/ilo/2002/102B09_259_span.pdf

sonas que soliciten acceso al PNC se incrementa, por lo que al enfrentar mayor solicitud de erogaciones, aun cuando no correspondan necesariamente a beneficios por vejez, el programa corre el riesgo de tener que congelar el número de beneficios que otorga, como ocurrió en 2004 como consecuencia de la crisis económica que afectó al país.

6.2.3 México

De los tres casos descritos, México fue el tercer país en establecer pisos de protección social. Si bien desde el siglo xx existió una Secretaría de Estado de Desarrollo Social (hoy Secretaría del Bienestar), los programas y objetivos eran disímilos y variados. Fue en 2001 cuando el gobierno de la capital del país estableció una pensión para personas de 70 años y más residentes en la demarcación, edad que después se redujo a 68 años. Con un poco de rezago, en 2007 el gobierno federal instauró el programa “70 y más” con más restricciones y menores montos de beneficios.

Este tipo de programas de transferencias cobró relevancia en años posteriores y fueron reproducidos con variantes en algunas entidades del país. En 2013, el gobierno federal consideró que debía evitarse la duplicidad de beneficios e intentó unificar en un solo programa todos los existentes.⁴⁵ Desafortunadamente, intereses de diverso tipo detuvieron la iniciativa presidencial, que entre otras cosas destacó por proponer una edad mínima que no fuera fija, sino que se ajustara quinquenalmente conforme se incrementara la esperanza de vida de la población.

⁴⁵ Presidencia de la República, “Iniciativa de Ley con Proyecto de Decreto que establece la Ley de la Pensión Universal”, 2013, Disponible en: http://www.diputados.gob.mx/PEF2014/ingresos/09_lpu_lsd.pdf

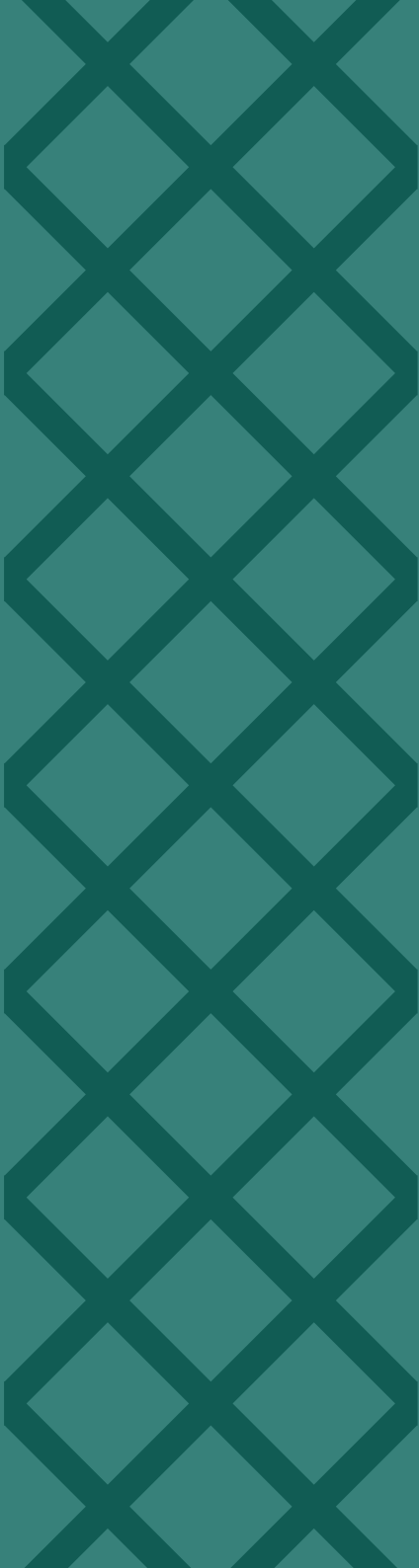
Hasta 2019, con la llegada a la presidencia de la república de la misma persona que instauró el programa arriba mencionado en la capital del país, la pensión se universalizó para todas las personas de 68 años y más, con una excepción para personas de poblaciones indígenas y afroamericanas, cuya edad fue establecida en 65 años.

Con la aplicación de este programa basado en la protección universal, es innegable que México casi ha logrado una cobertura plena en materia pensionaria; sin embargo, los siguientes puntos pueden considerarse áreas de oportunidad para mejorar el programa y ser considerado un caso de mejores prácticas:

- El monto monetario que se entrega es bajo, ya que ni siquiera corresponde a un salario mínimo general, que la legislación en México define como el monto mínimo que debe recibir una persona para atender sus necesidades básicas.
- Este beneficio universal permite que 35% de la población que no recibía pensiones de un seguro social ahora tengan este apoyo. Sin embargo, el beneficio se duplica en el caso de las personas que sí cuentan con un seguro social. Es notorio que existen personas que reciben el beneficio sin requerirlo y si esto se corrige, se podría incrementar el monto del beneficio que entrega el programa.
- La canalización de recursos hacia algunos sectores de la población está duplicada o triplicada. Por ejemplo, una persona que cotice en un esquema de ahorro individual, como los establecidos en los ordenamientos del IMSS y el ISSSTE, puede recibir una aportación gubernamental bajo el nombre de cuota social; después del retiro, si no reúne dinero suficiente en su cuenta

individual, podrá recibir del gobierno una aportación extraordinaria para alcanzar una pensión mínima garantizada, y también puede recibir la pensión para personas adultas mayores.

- Existen dos elementos jurídicos que deben ser tomados en cuenta:
 - La diferencia entre la edad que permite acceder a una pensión de financiación directa (seguros sociales y ahorro individual) establecida en la mayoría de los ordenamientos legales en 65 años y la que otorga el derecho a la pensión universal.
 - Personas mexicanas que no pertenezcan a grupos indígenas y afromexicanos tienen que esperar tres años más para recibir el beneficio, lo cual podría considerarse discriminatorio.



7. REFLEXIONES FINALES

Es innegable que en la región americana el empleo formal en relación de dependencia se ha estancado y en algunos casos reducido, lo que impide que los seguros sociales logren su objetivo como instrumentos fundamentales de la seguridad social. También debe reconocerse que, en un mundo globalizado, la crisis económica originada en un país puede afectar a grandes regiones o incluso al mundo, como ocurrió con la crisis económica de México de 1994 a 1995 o la de Estados Unidos de América de 2008 a 2009.

Si lo anterior no fuera suficiente, 2020 mostró que las crisis económicas no son causadas sólo por decisiones políticas o actos de corrupción que se originan ante la falta de regulaciones sólidas que prevengan y no sólo sancionen conductas inadecuadas. La aparición del SARS-CoV2 y la enfermedad covid-19 han puesto en jaque a los mercados y las economías nacionales e internacionales, y han traído consigo una caída en el empleo formal y el consecuente crecimiento del informal, de por sí extendido en la región.

Por otro lado, si bien los beneficios por desempleo son parte del Convenio 102 de la OIT, por sus características es complicado establecerlos en países con economías como las de la región latinoamericana. Aun cuando esto fuera posible, tendrían un alcance limitado por ser beneficios de corto

plazo que además deberían incentivar el retorno al mercado laboral formal.

En consecuencia, los programas de transferencias sociales pueden implementarse incluso en economías en desarrollo, pueden evitar el crecimiento de la pobreza y contribuir a disminuirla, en especial si se enfocan en atender las necesidades básicas de la población, como la asistencia médica y un ingreso que permita un nivel de vida mínimo.

Si bien dentro de los objetivos de este documento no se encuentra establecer directrices para la creación de esquemas de transferencias, sí se ha buscado ofrecer un razonamiento que permita concluir que, ante la situación pasada, actual y probable futura de los sistemas de seguridad social, una herramienta para la ampliación de la cobertura que colateralmente contribuya a evitar la pobreza es el establecimiento de programas basados en los instrumentos protección universal y asistencia social, como se ha registrado en tres países de la región, seleccionados por tener dentro de sus políticas sociales pilares basados en las transferencias, cuyo resultado inmediato y en el largo plazo es precisamente un incremento significativo de la cobertura con todos los beneficios que eso conlleva. Corresponderá a cada gobierno, institución y sociedad diseñar la política social que más le convenga y beneficie a todas las personas que la componen.



8. BIBLIOGRAFÍA

- Abarca, Alejandro y Alonso Ramírez, “Adiós a las armas: los efectos en el desarrollo de largo plazo de la abolición del ejército de Costa Rica”, Universidad de Costa Rica, San José, 2018.
- Banco Mundial, “Costa Rica”. Disponible en <https://datos.bancomundial.org/pais/costa-rica?view=chart>
- Bertranou, Fabio M., Carmen Solorio y Wouter van Ginneken (eds.), *Pensiones no contributivas y asistenciales. Argentina, Brasil, Chile, Costa Rica y Uruguay*, Oficina Internacional del Trabajo, Ginebra, 2002. Disponible en https://www.ilo.org/public/libdoc/ilo/2002/102B09_259_span.pdf
- Beveridge, William H., “Informe sobre Seguros Sociales y Servicios Afines”, HMSO, 1942
- CEPAL, *La hora de la igualdad. Brechas por cerrar, caminos por abrir*, CEPAL, Santiago, 2010.
- CISS, Declaración de Principios de la Seguridad Social Americana, IMSS, Ciudad de México, 1960. Disponible en <https://ciss-bienestar.org/wp-content/uploads/2019/09/3-dec-Mex.pdf>
- , Seguridad Social, CISS, Ciudad de México, 1968.
- Colin, Gillion, John Turner, Clive Bailey y Denis Latulippe (dirs.), “Pensiones de seguridad social”, Oficina Internacional del Trabajo, Ginebra, 2000.

- Contreras Cruz, Carlos, "Análisis actuarial de los sistemas de pensiones", en Laureano Hayashi Martínez (coord.), *Los sistemas de pensiones en México, un análisis económico, jurídico y actuarial*, Facultad de Economía-UNAM, Ciudad de México, 2019.
- , "Modelo deseable para un sistema de pensiones igualitario, justo y sostenible", Serie Cuadernos de Políticas para el Bienestar 10, CISS, Ciudad de México, 2020. Disponible en <https://ciss-bienestar.org/cuadernos/pdf/modelo-deseable-para-un-sistema-de-pensiones-igualitario-justo-y-sostenible.pdf>
- Durán, Fabio, "Los programas de asistencia social en Costa Rica: el régimen no contributivo de pensiones", en Fabio M. Bertranou, Carmen Solorio y Wouter van Ginneken (eds.), *Pensiones no contributivas y asistenciales. Argentina, Brasil, Chile, Costa Rica y Uruguay*, Oficina Internacional del Trabajo, Ginebra, 2002. Disponible en https://www.ilo.org/public/libdoc/ilo/2002/102B09_259_span.pdf
- Martínez Aviña, Jorge Tonatiuh, "México: propuesta para un nuevo sistema de pensiones", Nota Técnica 1, CISS, Ciudad de México, 2020. Disponible en <https://ciss-bienestar.org/wp-content/uploads/2020/11/NT1-Mexico-propuesta-para-un-nuevo-sistema-de-pensiones-ISBN.pdf>
- Martínez Aviña, Jorge Tonatiuh, Nallely Izel Bautista Pérez y Oscar Pérez-Laurrabaquio, "Sostenibilidad financiera de la seguridad social universal", CISS, Ciudad de México, en prensa.
- Ministerio de Salud (Argentina), "Sistema Integrado de Información Sanitaria Argentino", 2020. Disponible en <https://sisa.msal.gov.ar/sisa/>
- Moreno Pérez, Salvador y José Juan Sánchez Reyes, "Reflexiones sobre la operación del Seguro Popular y el Instituto de Salud para el Bienestar", Centro de Estudios Sociales y

- de Opinión Pública-Cámara de Diputados, Ciudad de México, 2020. Disponible en <http://www5.diputados.gob.mx/index.php/esl/content/download/168978/843202/file/CESOP-IL-72-14-Insabi-290120.pdf>
- OIT, C102-Convenio sobre la seguridad social (norma mínima), 1952 (núm. 102), 1952. Disponible en https://www.ilo.org/dyn/normlex/es/f?p=NORMLEXPUB:12100:0::NO::P12100_ILO_CODE:C102
- , “Convenio sobre la conservación de los derechos en materia de seguridad social”, 1982, Disponible en https://www.ilo.org/dyn/normlex/es/f?p=NORMLEXPUB:12100:0::NO::P12100_ILO_CODE:C157
- , *Piso de Protección Social para una globalización equitativa e inclusiva*, OIT, Ginebra, 2011. Disponible en https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/@dgreports/@dcomm/@publ/documents/publication/wcms_176521.pdf
- , R202-Recomendación sobre los pisos de protección social, 2012 (núm. 202). Disponible en https://www.ilo.org/dyn/normlex/es/f?p=NORMLEXPUB:12100:0::NO:12100:P12100_INSTRUMENT_ID:3065524:NO
- OMS, Constitución de la Organización Mundial de la Salud, OMS, Nueva York, 2006. Disponible en https://www.who.int/governance/eb/who_constitution_sp.pdf
- , “Atención primaria en salud”. Disponible en https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_topics&view=article&id=389&Itemid=40976&lang=es
- ONU, “Declaración Universal de Derechos Humanos”, 1948. Disponible en <https://www.un.org/es/universal-declaration-human-rights/>
- , “Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales”, 1966, Disponible en <https://www.ohchr.org/sp/professionalinterest/pages/cescr.aspx>

- OPS, “Costa Rica”, *Health in The Americas+*. Disponible en https://www.paho.org/salud-en-las-americas-2017/?post_t_es=-costa-rica
- Pacheco, José Francisco, Hazel Elizondo y Juan Carlos Pacheco, *El sistema de pensiones en Costa Rica*, Serie Macroeconomía del Desarrollo 211, CEPAL, Santiago, 2020. Disponible en https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/45906/1/S2000430_es.pdf
- Plamondon, Pierre, Anne Druin, Gylles Binet, Michael Cichon, Warren R. McGillivray, Michel Bédard y Hernando Perez-Montas, *Actuarial Practice in Social Security*, OIT/ISSA, Ginebra, 2002.
- Presidencia de la República , “Iniciativa de Ley con Proyecto de Decreto que establece la Ley de la Pensión Universal”, 2013, Disponible en: http://www.diputados.gob.mx/PEF2014/ingresos/09_lpu_lsd.pdf.
- Sánchez-Belmont Montiel, Mariela, Miguel Ángel Ramírez Villela y Frida Romero Suárez, *Propuesta conceptual para el análisis de la seguridad social desde la CISS*, Cuadernos de Historia, Teoría y Bienestar 2, CISS, Ciudad de México, 2019.
- Schoenbaum Emil, Revista Checoslovaca de Ciencias Actuariales, “Počet pravděpodobnosti, matematická statistika, pojistná matematika, ekonometrie”, Vol. 8, No. 2, 1948, p. 52.

San Ramón s/n, Col. San Jerónimo Lídice,
alcaldía Magdalena Contreras C.P. 10100,
Ciudad de México.

Tel. (55) 5377 4700.

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



CISS
SEGURIDAD SOCIAL
PARA EL BIENESTAR

ISBN: 978-607-8787-24-1



9 786078 787241