



**CISS**  
CONFERENCIA INTERAMERICANA  
DE SEGURIDAD SOCIAL

# Análisis comparado de los sistemas de seguridad social del continente americano:

El Índice de Universalización de la Seguridad Social



**MIGUEL ÁNGEL RAMÍREZ VILLELA · CRISNA CUCHCATLA MÉNDEZ**

DOCUMENTOS  
DE TRABAJO **10**

## Conferencia Interamericana de Seguridad Social



**Centro Interamericano de  
Estudios de Seguridad Social**

Este documento forma parte de la producción editorial de la Conferencia Interamericana de Seguridad Social (CISS)

Se permite su reproducción total o parcial, en copia digital o impresa; siempre y cuando se cite la fuente y se reconozca la autoría.

DOCUMENTOS  
DE TRABAJO  
10

## **Conferencia Interamericana de Seguridad Social**

Alvaro Velarca Hernández  
Secretario General

Este material fue preparado por Miguel Ángel Ramírez Villela y Crisna Cuchcatla Méndez, bajo la dirección de Vanessa Stoehr Linowski, Directora Ejecutiva de Proyectos e Investigación de la Conferencia Interamericana de Seguridad Social.

*Documento de trabajo 10* 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. 5553774700, <https://ciss-bienestar.org/>

La corrección de estilo estuvo a cargo de Sebastián Castellanos.

El diseño y la formación estuvieron a cargo de Ana Laura García Zavala.

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

Marzo, 2024

ISBN: pendiente

Análisis comparado de  
los sistemas de seguridad  
social del continente  
americano: El Índice de  
Universalización de la  
Seguridad Social

**MIGUEL ÁNGEL RAMÍREZ VILLELA**  
**CRISNA CUCHCATLA MÉNDEZ**





# CONTENIDO

<b>RESUMEN EJECUTIVO</b>	<b>8</b>
<b>INTRODUCCIÓN</b>	<b>12</b>
<b>Antecedentes</b>	<b>17</b>
<b>Consideraciones conceptuales y metodológicas</b>	<b>19</b>
Discusión conceptual	19
Discusión metodológica	27
<b>Diseño de investigación</b>	<b>28</b>
Dimensiones de análisis y variables	29
Fuentes de información	31
Técnica de análisis	36
<b>Universalización de la seguridad social en América</b>	<b>39</b>
Alcance de la cobertura legal	39
Extensión de la cobertura efectiva	47
Gasto en seguridad social	51
Universalización de la seguridad social	55
Comparaciones de los índices	59
El IUSS y algunos indicadores de impacto	61
<b>CONCLUSIONES</b>	<b>74</b>
<b>BIBLIOGRAFÍA</b>	<b>78</b>
<b>ANEXO 1. METODOLOGÍA DE LOS ÍNDICES DE SEGURIDAD SOCIAL</b>	<b>86</b>
<b>ANEXO 2. GRÁFICAS DE DISPERSIÓN DE LOS INDICADORES POR ESTRATO</b>	<b>94</b>



## RESUMEN EJECUTIVO

En este documento se analiza comparativamente el avance de los países americanos en la universalización de la seguridad social en 2019. En particular, se estudia la universalización de la cobertura desde una perspectiva multidimensional, empleando el marco analítico de la Organización Internacional del Trabajo, que contempla las dimensiones de alcance, extensión y nivel. Para ello, se adapta el procedimiento de elaboración del Índice de Desarrollo Humano, del Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo, y se formulan tres subíndices y un índice agregado: 1) Índice de Alcance de la Cobertura Legal; 2) Índice de Extensión de la Cobertura Efectiva; 3) Índice de Gasto, y 4) Índice de Universalización de la Seguridad Social (IUSS).

Estos índices se construyen empleando información de 2019 para 21 países del continente americano: Argentina, Bolivia (Estado Plurinacional de), Brasil, Canadá, Chile, Colombia, Costa Rica, Cuba, Ecuador, El Salvador, Estados Unidos de América, Guatemala, Honduras, México, Nicaragua, Panamá, Paraguay, Perú, República Dominicana, Trinidad y Tobago, y Uruguay.

Los resultados de los índices permitieron identificar un conjunto de hallazgos relevantes. Para empezar, hay un alto desarrollo del alcance de la cobertura legal de la seguridad social, pues todos los países estudiados tienen al menos un régimen establecido por ley en seis de ocho prestaciones consideradas en el índice.

Sin embargo, hay un menor avance en las dimensiones de extensión de la cobertura efectiva y gasto en seguridad social. En este sentido,

la mayoría de los países latinoamericanos tienen niveles medios (7) o altos (6) de extensión de la cobertura efectiva, pero casi una tercera parte de los casos estudiados permanece en niveles bajos. En contraste, Canadá y Estados Unidos de América estuvieron en el grupo de puntajes muy altos.

En la mayoría del continente americano, el gasto en seguridad social tuvo menos avance que la extensión de la cobertura, pues salvo algunas excepciones, los países tendieron a obtener puntajes más bajos en el índice correspondiente. De esta manera, la mayoría está en niveles medios (9) y bajos (7). Además, hay una brecha considerable entre los países con los menores niveles de gasto respecto de los que tienen los niveles más altos.

Al estudiar las diferencias en los puntajes obtenidos en estos últimos dos índices, se pudo identificar casos en los que la extensión de la cobertura parece ser más alta que el gasto en seguridad social, especialmente cuando se les compara con países con niveles similares de extensión de la cobertura efectiva, lo cual conduce a cuestionarse sobre la suficiencia o nivel de las prestaciones previstas.

El IUSS, que agrega las tres dimensiones recién comentadas, presenta una situación en la que la mayoría de los países tienen un avance medio (8) o alto (8) en la universalización de la seguridad social. No obstante, tres países presentan un bajo avance y sólo dos (Canadá y Estados Unidos) han logrado un avance alto. En conjunto, esto indica que, si bien hay logros considerables en el proceso de universalización de la cobertura en el continente, persisten desafíos para lograr que la mayoría de la población pueda ejercer plenamente este derecho humano.

Finalmente, hay indicios de que los países con puntajes más altos en el IUSS tendieron a presentar mejores resultados en indicadores de impacto como los niveles de pobreza monetaria, gasto de bolsillo en salud, mortalidad materna e infantil, participación laboral de las personas de 65 años y más, y esperanza de vida al nacer. Es decir, obtuvieron en general mejores resultados relacionados con las funciones esenciales de los sistemas de seguridad social, como la protección del ingreso, el subsidio del ingreso y el acceso a asistencia médica.

La elaboración de estos índices se informó de los debates conceptuales y metodológicos contemporáneos, tratando de superar las limitaciones de otras alternativas para analizar la seguridad social de manera multidimensional, sin embargo, enfrenta algunas limitaciones. En este sentido, es una propuesta de medición perfectible, que se puede nutrir del debate sobre sus fundamentos conceptuales, de las técnicas que se emplean y la interpretación de los resultados. Así pues, la limitación principal fue la disponibilidad de información actualizada y comparable. Debido a ello no fue posible incluir a más países americanos en la muestra de estudio, tampoco se pudo operacionalizar directamente la dimensión de nivel de la cobertura, por lo que se utilizó la variable de gasto en seguridad social y también se tuvo que utilizar variables *proxy* para estudiar los impactos del funcionamiento de los sistemas de seguridad social en ámbitos como la protección del ingreso, subsidio del ingreso y asistencia médica.

Una manera de profundizar esta investigación en el futuro es explorar con mayor detalle y con otros enfoques metodológicos las relaciones entre las tres dimensiones incluidas en el IUSS. Por ejemplo, sería pertinente estudiar la relación entre gasto y extensión de la cobertura efectiva desde nociones como la suficiencia de las prestaciones. También es relevante profundizar en el estudio del caso estadounidense en relación con otros países americanos, dados los altos puntajes que obtuvo en los índices formulados y la percepción popular de que el sistema de seguridad social estadounidense tiene serias limitaciones.



## INTRODUCCIÓN<sup>1</sup>

La pandemia de COVID-19 alteró el funcionamiento cotidiano de las sociedades en diversos ámbitos. Por ejemplo, según la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), en la región latinoamericana y caribeña se perdieron 2.9 años de esperanza de vida al nacer entre 2019 y 2021 (CEPAL, 2022), y un estudio desarrollado bajo el auspicio del Banco Interamericano de Desarrollo (BID) identificó que, en la misma región, hubo una reducción de hasta 50% del tiempo que las y los estudiantes dedicaban a actividades educativas formales durante la pandemia (Acevedo et al., 2022). Estas afectaciones y otra registradas en todo el continente y alrededor del mundo, en indicadores como el Producto Interno Bruto per cápita, los niveles de desempleo o de pobreza, contrastan con los avances registrados en estos ámbitos en las últimas décadas. Los sistemas de seguridad social no fueron ajenos a estos cambios.

Este documento forma parte de un proyecto más amplio para valorar los impactos de la pandemia de COVID-19 en los sistemas de seguridad social americanos. En otros estudios (por ejemplo, Conferencia Interamericana de Seguridad Social [CISS], 2020), se documentaron avances notables en la cobertura de la seguridad social en América Latina en las dos décadas previas a la emergencia, por lo que el proyecto busca

---

<sup>1</sup>Se agradece profundamente la revisión y comentarios hechos a las primeras versiones de este documento por parte de Humberto Soto de la Rosa, Oficial de Asuntos Sociales de la Sede Subregional de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) en México, y de Gabriela Mendizábal Bermúdez, Profesora Investigadora de la Facultad de Derecho y Ciencias Sociales de la Universidad Autónoma del Estado de Morelos, México. Así mismo, se agradecen los comentarios por parte del equipo de la Dirección Ejecutiva de Proyectos e Investigación de la Conferencia Interamericana de Seguridad Social (CISS). Además, se agradece y reconoce el trabajo de Sofía Alejandra Zamudio Lorenzo y Jessica Acosta Aguayo, ambas, asistentes de investigación en la CISS; en el primer caso, por su contribución en labores de recolección, sistematización y análisis de datos; en el segundo, por el apoyo proporcionado en tareas de organización y cuidado del texto. Por supuesto, la responsabilidad total de eventuales deficiencias es de los autores.

identificar los cambios y continuidades que hubo en el funcionamiento de la seguridad social durante y después de la pandemia.

Los sistemas de seguridad social tienen una función esencial en la protección de las personas, familias y colectividades ante la ocurrencia de contingencias como crisis económicas o desastres socioambientales (como las pandemias). Sin embargo, la respuesta inmediata de estos sistemas a la pandemia fue muy variada, dada la heterogeneidad institucional que caracteriza a cada uno de ellos, así como por la diversidad de condiciones demográficas, económicas y sociales de los países americanos. De la misma manera, es previsible que los efectos a mediano y largo plazo sean heterogéneos.

En las dos décadas previas a la irrupción de la pandemia, una cantidad significativa de los países americanos registró un crecimiento constante y sostenido de la cobertura de la seguridad social (CISS, 2020; Garay, 2016; Pribble, 2013; Barrientos, 2019; Huber y Stephens, 2012). En particular, hubo avances sustantivos en ámbitos como las prestaciones por vejez (Arenas de Mesa, 2019); prestaciones familiares (Tromben y Podestá, 2019) y asistencia médica (Ewig, 2016). Esta ampliación de la cobertura se dio en el contexto de una convergencia de distintos organismos internacionales para promover la universalización de la seguridad social (Leisering, 2020) y el respaldo de los Estados nacionales a compromisos internacionales como los Objetivos del Desarrollo Sostenible, que incluye como una de sus metas la provisión universal de prestaciones de este tipo, o la Recomendación 202 de la Organización Internacional del Trabajo (OIT) para establecer pisos de protección social con cobertura universal. En este sentido, se interpreta la expansión de la cobertura en el continente americano como parte un proceso internacional de avance a la universalización. Así pues, el proyecto del que forma parte este documento busca averiguar si durante y después de la pandemia se dio continuidad a esta trayectoria o si el episodio de crisis dio paso a un cambio de política.

Para entender el funcionamiento de los sistemas de seguridad social durante la pandemia de COVID-19 y los efectos de esta emergencia en las trayectorias de los sistemas, es necesario emplear una estrategia

metodológica compuesta por tres etapas subsecuentes. En primer lugar, analizar comparativamente la situación previa a la irrupción de la COVID-19 para establecer una base para comparaciones posteriores. En segundo lugar, estudiar la respuesta de los sistemas durante la pandemia. En tercer lugar, analizar los sistemas para iniciar un examen sobre la profundidad de los cambios ocurridos en este periodo. Los resultados de estas tres etapas se integrarán en el *Informe de Seguridad Social en el Continente Americano*.

En este sentido, el presente documento se aboca a la primera de estas tres etapas y se formula el Índice de Universalización de la Seguridad Social (IUSS) para medir el nivel de avance de los países americanos en la universalización de la cobertura de la seguridad social antes de la irrupción de la pandemia de COVID-19. El IUSS se compone de tres subíndices: uno que atiende el *alcance de la cobertura legal*, otro, la *extensión de la cobertura efectiva* y uno más, el de *gasto en seguridad social*. Es, pues, una medida que sintetiza estas tres dimensiones de análisis para determinar la situación de los sistemas de seguridad social americanos en relación con la universalización de la cobertura de la seguridad social.

Para el desarrollo del IUSS y los subíndices que lo integran, se recurre a la propuesta de la OIT para la medición de la cobertura, la cual considera las dimensiones de alcance, extensión y nivel, y diferencia sus aspectos legales y efectivos. Debido a las limitaciones de información estadística comparable y actualizada, no se pudo operacionalizar directamente la dimensión de nivel, por lo que se instrumentó mediante información referente al gasto en seguridad social como medida *proxy*. Además, se adopta una postura analítica basada en una concepción de la seguridad social como un derecho humano, según la cual, la garantía de su ejercicio pleno requiere el logro de la cobertura universal de los sistemas de seguridad social.

El conjunto de índices se calcula para 2019 y para 21 países americanos: Argentina, Bolivia (Estado Plurinacional de Bolivia), Brasil, Canadá, Chile, Colombia, Costa Rica, Cuba, Ecuador, El Salvador, Estados Unidos de América, Guatemala, Honduras, México, Nicaragua, Panamá, Para-

guay, Perú, República Dominicana, Trinidad y Tobago, y Uruguay. Se recopila información de diversos repositorios de datos de organismos internacionales como el Banco Mundial, la Organización Internacional del Trabajo, la Organización Mundial de la Salud (OMS), la CEPAL y la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE). Estos datos se analizan mediante una estrategia metodológica que adopta la lógica de la construcción del Índice de Desarrollo Humano (IDH), con la cual se comparan los datos de cada país en relación con máximos y mínimos establecidos previamente.

El IUSS y los distintos subíndices que lo componen ayudaron a identificar hallazgos importantes. Por ejemplo, que hay un desarrollo relativamente alto del alcance de la cobertura legal de la seguridad social, pues todos los países estudiados cuentan con al menos un régimen en, como mínimo, seis de las prestaciones. Sin embargo, la situación es más heterogénea cuando se observan dimensiones como la extensión de la cobertura efectiva o el gasto en seguridad social. Así, un número reducido de países se ubicó en los estratos más altos de extensión de la cobertura efectiva o gasto. Además, en esta última dimensión hay una gran brecha que separa a Canadá y Estados Unidos de América del resto de los países estudiados.

Pasando a los resultados del IUSS, se identificó que sólo estos dos últimos países están en el estrato de avance muy alto en la universalización de la seguridad social, pero también que sólo tres de los 21 estudiados están en el estrato de bajo avance, y el resto se distribuyó equitativamente en los estratos de avance medio y alto. Esto indica que, si bien es cierto que se ha tenido un avance importante en la universalización de la cobertura, todavía queda mucho por hacer en el continente para conseguir que la mayoría de la población pueda ejercer plenamente este derecho humano. Finalmente, al estudiar la relación de este índice con algunos indicadores de impacto se encontró que, en general, los países con resultados más altos tendieron a tener mejores resultados en las tres funciones esenciales de la seguridad social, a saber: protección del ingreso, subsidio del ingreso y provisión de asistencia médica.

Es importante mencionar que el IUSS es solo una propuesta que se inscribe en un debate en curso sobre la manera en la que se puede analizar la seguridad social de manera empírica y comparativa. En este sentido, es una propuesta perfectible, que se puede nutrir del debate técnico y especializado sobre sus fundamentos conceptuales y analíticos, sobre los indicadores y técnicas utilizadas para operacionalizar el objeto de estudio, y sobre la interpretación de los resultados. La intención de publicar este documento de trabajo es, justamente, fortalecerlo mediante las observaciones y críticas que surjan, de tal manera que el contenido del *Informe de Seguridad Social en el Continente Americano* atienda las debilidades que se identifiquen. No obstante, desde ahora se pueden señalar algunas áreas de mejora.

Una de las principales limitaciones para la construcción de este documento fue la escasez de información estadística de calidad, comparable y actualizada para estudiar el funcionamiento de los sistemas de seguridad social. Por ejemplo, las limitaciones en la información obligaron a centrar el análisis en 21 países, la mayoría de ellos de América Latina y de Norteamérica, con escasa representación de los países del área del Caribe, especialmente los de habla inglesa. La falta de datos también limitó el análisis desagregado de los sistemas de seguridad social. La información disponible sobre las distintas dimensiones de la cobertura de la seguridad social, la mayoría de las ocasiones, presenta de manera agregada los distintos regímenes mediante los que se otorgan las prestaciones, por lo que no es posible analizar comparativamente la importancia que tienen los instrumentos contributivos frente a los no contributivos, o la distinción de la cobertura que tienen distintos grupos, como las personas indígenas o entre hombres y mujeres, por mencionar solo un par de ejemplos. Como se mencionó antes, también impidió operacionalizar directamente la dimensión de nivel de la cobertura de la seguridad social; además, limitó el estudio del impacto de la universalización, pues actualmente no se cuenta con un conjunto de indicadores comparables a nivel internacional que operacionalicen de manera precisa los impactos del funcionamiento de los sistemas de seguridad social, por lo que se debe recurrir a indicadores *proxy*.

El documento se divide en cinco apartados. Primero, en los antecedentes se presentan los esfuerzos por conceptualizar y medir la seguridad social en el informe previo de seguridad social. Segundo, se discuten los conceptos y técnicas que se emplean en la investigación. Tercero, se presenta el diseño de la investigación. Cuarto, se explican los resultados. En la sección final se formulan las conclusiones. Adicionalmente, se incluye un anexo en el que se detalla la elaboración del IUSS y sus componentes.

## Antecedentes

En el *Informe de Seguridad Social y Bienestar en las Américas* (ISSBA) 2020 (CISS, 2020), se presentó una propuesta de conceptualización y medición de la seguridad social con el objetivo de conocer en qué medida los sistemas de seguridad social satisfacen las necesidades de protección de sus poblaciones ante riesgos sociales. Para ello, se elaboró un conjunto de índices que operacionalizaban las dimensiones de análisis denominadas presión, cobertura y eficacia de la seguridad social.

La primera dimensión se instrumentó mediante el Índice de Presión (IP), el cual “busca dar cuenta de los factores [estructurales] que, según la literatura [académica], se relacionan con la necesidad de protección ante riesgos sociales, [es decir,] que presionan para la adopción de programas de seguridad social o para la ampliación de su cobertura” (CISS, 2020, p. 127). La segunda, mediante el Índice de Cobertura (IC), en el que se busca medir la extensión de la cobertura de las prestaciones monetarias por vejez y la asistencia médica, es decir, el número de personas que tienen protección en estas ramas de aseguramiento, así como el gasto público en seguridad social. La tercera dimensión se operacionalizó mediante el Índice de Eficacia (IE), el cual permite analizar la medida en la que los sistemas de seguridad social protegen el ingreso de las personas y les brindan acceso a servicios sanitarios. Finalmente, los resultados de cada uno de estos índices se integraron en el Índice de Desempeño de los Sistemas de Seguridad Social (IDSS), que busca ofrecer una medida sintética de la situación de los sistemas de seguridad social en el continente americano.

Estos índices se calcularon para dos años: 2009 y 2016; y para 19 países.<sup>2</sup> Las fuentes de información fueron principalmente repositorios estadísticos de organismos internacionales como el Banco Mundial, la OIT, OMS, CEPAL, entre otras. Para estimarlos, se utilizó la técnica de Análisis de Componentes Principales (ACP) en el software de análisis estadístico R. Los resultados de los índices se estratificaron con la técnica de Dalenius y Hodges (1959) de varianza mínima para identificar distintos grupos de países, según el valor que obtuvieron en los índices y según la cercanía entre casos.

Los índices de seguridad social planteados en la edición 2020 permitieron analizar la seguridad social en América desde un enfoque multidimensional. El estudio de la dimensión de la presión ayudó a identificar las condiciones que determinan las necesidades o la demanda de protección ante los riesgos sociales que cubre la seguridad social, por lo que permitió establecer una línea base con la cual comparar la protección brindada por los sistemas. En tanto, la operacionalización de la segunda dimensión buscó obtener información sobre la extensión de la cobertura de la seguridad social para contrastarla con las necesidades o demanda identificada de protección ante riesgos sociales. Finalmente, con el Índice de Eficacia, la intención fue lograr un acercamiento a los resultados generados por el funcionamiento de los sistemas. Pese a las fortalezas de los índices, también tenían algunas limitaciones, las cuales se enlistan a continuación.

- Había una cantidad limitada de información disponible, actualizada y comparable sobre la cobertura de la seguridad social. Por esta razón, el análisis se centró únicamente en dos de las nueve prestaciones de la seguridad social: las pensiones por vejez y la asistencia médica.
- La conjunción de las tres dimensiones en un solo índice dificultó la interpretación, puesto que la comprensión de las posiciones de los países o la estratificación de los resultados dependía de

---

<sup>2</sup> Argentina, Bolivia (Estado Plurinacional de), Brasil, Canadá, Chile, Colombia, Costa Rica, Ecuador, El Salvador, Estados Unidos de América, Guatemala, Honduras, México, Nicaragua, Panamá, Paraguay, Perú, República Dominicana y Uruguay.

una gran cantidad de indicadores. De esta manera, el análisis comparado era complicado porque se debían revisar demasiadas variables entre distintos países y no se cumplía el principio de parsimonia en la aplicación de la técnica de análisis.

- Había un alto grado de relatividad de los resultados de los índices y las estratificaciones, ocasionado por las técnicas de análisis empleadas. Esto porque el ACP y la técnica de estratificación de varianza mínima son altamente sensibles a variaciones en la composición de la muestra estudiada. Al utilizar las técnicas mencionadas, los resultados se alteraban sustancialmente con cambios en el tamaño de la muestra estudiada, por lo que la inclusión de un país o su supresión podía resultar no solo en cambios en el valor obtenido, sino en el orden en el que se acomodan los casos. Además, al utilizar la normalización de mínimos y máximos para mejorar la capacidad interpretativa de los índices se incrementaba la relativización de los resultados.

La formulación del conjunto de índices propuestos en el informe de 2020 constituye un aporte para los estudios de la política social y de seguridad social en América. Sin embargo, en este documento se busca superar las limitaciones enlistadas e incorporar algunos avances recientes en los estudios sobre la materia. Tales cambios se explican en la siguiente sección.

## **Consideraciones conceptuales y metodológicas**

### **Discusión conceptual**

La seguridad social es un derecho humano reconocido jurídica e internacionalmente cuyas funciones esenciales están orientadas a proteger el ingreso monetario de las personas y familias, subsidiar su ingreso, especialmente cuando enfrentan situaciones de pobreza, y proveerles asistencia médica en caso de necesitarla (OIT 2009, p. 9; Midgley, 2022, p. 3; OIT, 2017, p. 1). Estas funciones se materializan mediante nueve prestaciones destinadas a proteger a las personas ante igual número de

contingencias sociales: 1) asistencia médica; 2) prestaciones por enfermedad; 3) vejez; 4) desempleo; 5) accidentes de trabajo y enfermedad profesional; 6) familiares; 7) maternidad; 8) invalidez; 9) sobrevivientes. Estas prestaciones se pueden proveer en efectivo, en servicios o en especie mediante diversos mecanismos, siendo los más utilizados los regímenes de contribución directa y los de contribución indirecta.<sup>3</sup> Los primeros requieren una aportación monetaria directa antes de la ocurrencia de la contingencia protegida, regularmente a cargo de las personas protegidas y, en la mayoría de las ocasiones, de quienes las emplean. Para su financiación, se puede emplear la técnica de seguro social, las cuentas individuales u otra. En tanto, el segundo tipo de mecanismos suele financiarse con impuestos generales y pueden otorgarse a población seleccionada mediante pruebas de medios (means tested) u otro criterio de focalización; también se pueden otorgar a todas las personas de un grupo, generalmente definido por la edad (todas las personas mayores, todas las niñas y niños, etc.). También se suele considerar como instrumentos de la seguridad social a: 1) los esquemas que otorgan beneficios fiscales a personas o familias con ingresos por debajo de un umbral preestablecido (Béland, 2016; Midgley, 2022); 2) los planes privados de ahorro y mecanismos comunitarios con fines similares (ONU: CESC, 2008, p. 2). Esta concepción amplia de la seguridad social se distancia de las que tienden a identificarla exclusivamente con los regímenes financiados con contribuciones directas y que están destinados a otorgar exclusivamente prestaciones económicas ante la ocurrencia de contingencias asegurables.

Como objeto de estudio, la seguridad social es un fenómeno multidimensional. Así se le ha reconocido en diversos trabajos de investigación y reportes (Asian Development Bank 2011; Ocampo y Gómez-Arteaga, 2017; OIT 2011, 2017, 2021). Una de las propuestas más influyentes para

---

<sup>3</sup> Estos términos corresponden, respectivamente, a los regímenes contributivos y no contributivos. Sin embargo, se emplea dicha denominación para hacer hincapié en el hecho de que los impuestos generales que se emplean regularmente para financiar este último tipo de prestaciones son también contribuciones para la financiación de la seguridad social, aunque no son directas, como las cotizaciones a un esquema de seguro social. La idea es que, al denominarlas “no contributivas”, se puede favorecer la estigmatización de quienes las reciben, pues se les podría ver como personas que reciben un beneficio sin haber contribuido a su financiación. Esta taxonomía es de autoría de Carlos Contreras Cruz (s.f.), actuario en la Conferencia Interamericana de Seguridad Social.

analizar la seguridad social desde una perspectiva multidimensional es el marco analítico desarrollado por la OIT para medir la cobertura.

Al menos desde 2011, la OIT (2011) ha propuesto medir la cobertura de la seguridad social integrando las dimensiones de *alcance*, *extensión* y *nivel*, y atendiendo a los aspectos de si la cobertura es legal o efectiva. El alcance refiere al número de prestaciones a las que tiene acceso la población de un país; la extensión corresponde al número de personas que tienen cobertura en las prestaciones de la seguridad social; y el nivel se refiere a su suficiencia. En tanto, la distinción entre cobertura legal y efectiva diferencia entre lo que señala la legislación y la manera en la que se aplica en cada una de las tres dimensiones, permitiendo analizar los casos en los que la aplicación de la norma dista de lo establecido en las leyes (ver tabla 1).

Finalmente, en relación con la *extensión efectiva*, la OIT distingue entre las *personas protegidas* y las *personas beneficiarias efectivas*.<sup>4</sup> El primer término corresponde a las personas que, hipotéticamente, tendrían protección en una rama de aseguramiento determinada, aunque no accedan a las prestaciones en el momento debido a que no se han configurado las condiciones para acceder a ellas. Esto incluye, por ejemplo, a quienes cotizan en un esquema de seguro social de prestaciones por vejez y están en edad activa (*tasa de cobertura de cotizantes*) y a quienes tienen derecho a prestaciones de contribución indirecta, pero no cumplen todavía con los requisitos para acceder a ellas (*tasa de cobertura de las personas protegidas*). En cambio, el término *personas beneficiarias efectivas* se refiere a las personas que, en la práctica, reciben la prestación, a lo que la OIT denomina *tasa de cobertura de los beneficiarios* (OIT 2017, p. 224).

---

<sup>4</sup> Desde una perspectiva basada en el enfoque de derechos humanos, se han señalado las connotaciones negativas que puede llegar a tener la palabra “beneficiaria(o)” y se ha propuesto el término “destinataria(o)”. No obstante, en el caso en el que se citen los términos formulados por terceros, se preferirá la denominación original.

**Tabla 1. Propuesta de la OIT para medir la cobertura de la seguridad social**

Aspecto de la cobertura	Cobertura legal	Cobertura efectiva
<b>Alcance</b>	¿Qué ramas de la seguridad social se incluyen en la legislación nacional?	¿Qué ramas de la seguridad social se aplican realmente?
	Tomando el caso de un grupo determinado de la población: ¿qué ramas de la seguridad social dan cobertura a este grupo según la legislación?	En el caso de un grupo determinado de población: ¿qué ramas de seguridad social dan cobertura efectiva a este grupo (prestaciones disponibles en la práctica)?
<b>Extensión</b>	Tomando el caso de una rama de seguridad social determinada: ¿qué categorías de la población gozan de cobertura según la legislación? ¿Qué porcentaje de la población o de la fuerza de trabajo goza de cobertura según la legislación nacional?	Tomando el caso de una rama de seguridad social determinada: ¿qué categorías de población disponen realmente de prestaciones en caso de necesitarlo (en el presente o en el futuro)? La "tasa de cobertura de los cotizantes" La "tasa de cobertura de los beneficiarios"
<b>Nivel</b>	Tomando el caso de una rama determinada de seguridad social: ¿cuál es el nivel de protección proporcionado según la legislación nacional? Respecto de las prestaciones monetarias: ¿cuál es la cuantía, o la tasa de sustitución o reemplazo, prescrita en la legislación?	Tomando el caso de una rama de seguridad social determinada: ¿qué nivel de protección real se ofrece (por ejemplo, en el caso de las prestaciones monetarias, el importe medio de la prestación, como porcentaje de los ingresos medios, del salario mínimo o de la línea de pobreza)?

Fuente: OIT (2017, p. 223)

Como se explica más adelante, hubo limitaciones para operacionalizar directamente la dimensión de nivel efectivo. Por esta razón, se utiliza el gasto en seguridad social como medida proxy de esta dimensión. A continuación, se profundiza en las razones de esta decisión.

La dimensión de gasto tiene una larga historia en las investigaciones sobre seguridad social y otras áreas vinculadas, como los Estados de bienestar (por ejemplo, Wilensky, 1965; Pierson, 2006; Segura-Ubiergo, 2007), y aunque en diferentes ocasiones se han manifestado las limitaciones que tiene para explicar por sí misma los fenómenos de estudio (Esping-Andersen, 1990), lo cierto es que continúa siendo una variable recurrente en investigaciones contemporáneas en la materia (Cruz-Martínez 2014, 2021; Ocampo y Gómez-Arteaga 2017; CISS 2020). La importancia de esta dimensión radica en que permite una aproximación al esfuerzo de los países para proveer prestaciones a sus poblaciones. Además, se puede emplear como una variable indirecta del nivel de la cobertura de la seguridad social. En particular, datos como el gasto en seguridad social per cápita sirven para este fin, puesto que permiten una aproximación al monto de recursos que se gasta en seguridad social por cada persona. Si bien en ningún caso el gasto se ejerce distribuyéndolo equitativamente entre el total de la población, la inclusión de estos datos al menos hace posible la comparación entre países respecto del monto total que gastan en esta materia, lo cual facilita identificar casos en los que, a pesar de tener valores similares en indicadores de extensión de la cobertura, hay diferencias considerables respecto del gasto. De hecho, este indicador no solamente es una medida indirecta del nivel de la cobertura, sino que también lo es de la extensión y del alcance, pues "el gasto ... en seguridad social ...] es también una función de las tres dimensiones de la cobertura" (OIT, 2011, p. 24). En el primer caso, porque en la medida en la que crezca el número de personas que efectivamente reciben las prestaciones (lo que la OIT denomina personas *beneficiarias efectivas*) también tenderá a crecer el gasto; en el segundo, también es previsible que incremente el gasto si se crean beneficios para abarcar ramas de aseguramiento que no contaban hasta entonces con programas.

Ahora, es necesario tratar el tema de la universalización. Esto se relaciona con una amplia discusión en torno a términos como "universalismo" o "universalidad". Tal debate se desarrolla en el ámbito normativo y descriptivo (Budowski y Künzler, 2020; Muñoz de Bustillo Llorente et al., 2020; Béland et al., 2020). En términos normativos, se suele utilizar el término *universalismo* para referirse a un ideal sobre las características que debe tener la política social, particularmente de las relaciones entre Estado, mercado, familias y sociedad, para proveer prestaciones a toda la población; regularmente, se vincula con valores como solidaridad, equidad, inclusión, etc. Este ideal surgió a partir de las discusiones sobre experiencias de los Estados de bienestar en los países desarrollados, especialmente en los nórdicos. En algunos casos, este término también se ha empleado en discusiones sobre criterios para el estudio empírico del avance o situación de los sistemas de seguridad social o las políticas sociales respecto de la provisión de beneficios a toda la población. Sin embargo, en este documento se sigue la propuesta de diversos autores (Muñoz de Bustillo Llorente et al., 2020; Béland *et al.*, 2020) para emplearlo únicamente en discusiones valorativas.

También en este ámbito, se puede distinguir, por un lado, el universalismo que justifica la expansión de los sistemas de seguridad social con base en un enfoque de derechos. En éste, el acceso a las prestaciones se da en función del reconocimiento del derecho que tiene toda persona a la seguridad social y, por lo tanto, la obligación de los Estados de garantizar y promover su garantía universal. Por otro lado, hay un universalismo que propone únicamente la provisión de prestaciones a todas las personas, sin referirse explícitamente a derechos u obligaciones de los Estados de garantizarlos. Al primer tipo se le ha denominado universalismo de derechos, mientras que el segundo es un universalismo de provisión (Leisering 2020). Al partir de una concepción de la seguridad social como un derecho humano reconocido internacionalmente en instrumentos jurídicos, este documento se inscribe en la primera tradición. Es decir, *se parte de la idea de que la universalización de la seguridad social se justifica en que es mediante los sistemas de seguridad social que se materializa y cumple la*

*responsabilidad estatal de garantizar el ejercicio de este derecho humano a todas las personas.*

Así pues, al referirse al ámbito descriptivo, aquí se utilizarán los términos "universalidad" y "universalización". El primero, para referirse a las características que definen una política universal, mientras que el segundo corresponde al proceso mediante el cual un programa o un conjunto de ellos adquiere las características de la universalidad. Nuevamente, se pueden identificar diferentes posturas sobre los criterios definitorios de este último término. Por ejemplo, en los análisis de los Estados de bienestar en países de ingreso alto, influidos por el ideal del *universalismo*, se considera como universal a un programa que no incluye criterios de focalización, cuya administración es estatal y unitaria, que provee beneficios adecuados y que estén relacionados con los ingresos por trabajo, de tal manera que prevenga el desarrollo de mercados privados complementarios para las personas de ingreso alto (Blomqvist y Palme 2020, p. 115). Este tipo de concepciones correspondería a lo que en la literatura latinoamericana se denomina *maximalistas* (Martínez-Franzoni y Sánchez-Ancochea, 2016; Arza *et al.*, 2022), puesto que incluyen como criterios definitorios características como la adecuación, generosidad o equidad en el acceso a las prestaciones. En contraste, hay concepciones minimalistas para las que un sistema o programa es universal si tiene una cobertura masiva de la población (Öktem, 2020).

Una manera de ilustrar estos dos tipos de concepciones es mediante la revisión de la meta 1.3.1 de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) y el indicador diseñado para su seguimiento. Esta meta contribuye al ODS 1 —Poner fin a la pobreza en todas sus formas en todo el mundo—, pues propone "poner en práctica a nivel nacional sistemas y medidas *apropiadas* de protección social para todos y, para 2030, lograr una amplia cobertura de los pobres y los más vulnerables". En el presente documento, se agregaron cursivas a la palabra "apropiadas" para hacer hincapié en que la meta no solo requiere que se provean prestaciones a todas las personas, sino que sean adecuadas, lo cual se inscribiría en una postura maximalista de la universalidad. Sin embargo, el indicador para dar seguimiento a esta meta tiene una orientación

más minimalista, pues refiere a la “proporción de la población cubierta por sistemas/pisos de protección social, por sexo, distinguiendo a menores, personas desempleadas, personas mayores, personas con discapacidad, mujeres embarazadas, recién nacidos, víctimas de accidentes de trabajo y las personas pobres y las vulnerables” (Yar Min, 2018). En este caso, se puede apreciar una orientación minimalista, en tanto la atención se centra en el número de personas que reciben prestaciones, sin atender a dimensiones adicionales como su suficiencia. Seguramente, las limitaciones de esta operacionalización se deben a la escasa disponibilidad de datos (que afecta también a este documento, como se expresó antes).

Si bien este documento de trabajo no parte de los postulados normativos y descriptivos delineados en las discusiones sobre los Estados de bienestar en países de ingresos altos, lo cierto es que la concepción de seguridad social de la que parte tampoco es minimalista. De hecho, además de tomar en cuenta la cobertura de la población (*extensión*), también se consideran dimensiones como el *alcance* y, con las limitaciones expresadas antes, el *nivel* de las prestaciones. En este sentido, la concepción que guía al documento es de tipo maximalista.

También se puede distinguir entre lo que se ha denominado universalidad de programa y universalidad funcional (Leisering, 2020). El primer término refiere a los casos en los que se alcanza la cobertura universal mediante un solo programa y regularmente se concentra en categorías particulares de la población, como todas las personas mayores o todas las niñas y niños. El segundo se refiere a la idea de conseguir la cobertura de todas las personas mediante una combinación de distintos programas, y considera tanto la cobertura en su dimensión horizontal (es decir, el tipo de programas que se contemplan en el sistema de seguridad social, generalmente diferenciados por el tipo de población que atienden) como en la dimensión vertical (que alude a los distintos mecanismos de los que se hace valer la seguridad social para cubrir a las poblaciones, tales como los regímenes de seguro social o las transferencias, entre otros). Respecto de esta diferenciación, el documento se sitúa en una perspectiva cercana a

la segunda categoría, pues analiza la cobertura lograda mediante la combinación de distintos programas y regímenes.

Como se mencionó antes, la universalización refiere al proceso mediante el cual una política o un conjunto de ellas adquiere características propias de la universalidad. Es decir, corresponde a un criterio para determinar el avance que hay para conseguir este último fin. Es, pues, este proceso de avance, el principal objeto de estudio de los índices que se desarrollan más adelante.

### Discusión metodológica

Se debe clarificar el tema de la técnica de análisis que se empleará para instrumentar los conceptos recién revisados. Después de una amplia revisión de la literatura académica, se decidió utilizar una estrategia que emula la lógica de construcción del Índice de Desarrollo Humano, formulada por el Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD). A continuación, se explican las razones de esta selección.

En la literatura académica disponible se han utilizado diversas técnicas para analizar de manera multidimensional a la seguridad social o a otros fenómenos vinculados con el funcionamiento de la política social o los denominados Estados de bienestar. En particular, se ha recurrido al análisis de conglomerados (*cluster analysis*) (Abu Sharkh y Gough, 2010; Martínez-Franzoni, 2007; Cecchini *et al.*, 2014; Kwon, 2016; Rodrigues 2010), al análisis de componentes principales (Cruz-Martínez, 2014; CISS, 2020), a la elaboración de índices sumatorios ponderados (Esping-Andersen, 1990; Ocampo y Gómez-Arteaga, 2017) y, recientemente, se ha adaptado la estrategia desarrollada para elaborar el IDH (Cruz-Martínez, 2021).

En diversas ocasiones se han formulado críticas a la aplicación de algunas de estas técnicas y la principal de ellas se orienta a la relatividad de los resultados que arrojan. En este sentido, se ha mencionado que tanto el análisis de conglomerados (Kunißen, 2018) como el análisis de componentes principales (Cruz-Martínez, 2021) pueden arrojar resultados y clasificaciones distintas si hay variaciones en la muestra de estudio. Esto se debe a que tales técnicas suelen basarse en el análisis de la distancia que hay entre casos en las variables de interés o en el estudio

de las medidas de tendencia central o de dispersión, las cuales, en todos los casos, son relativas a la muestra estudiada. Esto genera problemas de comparabilidad a lo largo del tiempo e incertidumbre sobre las clasificaciones formuladas a partir de los resultados de las técnicas.

Para solucionar esta limitación, se ha propuesto el uso de alternativas que se basen en un enfoque de "benchmark" o jerarquización, es decir, comparar los casos respecto de los mejores resultados existentes, en lugar de recurrir a medidas de tendencia central o de dispersión (Kunißen, 2018, p. 8). Por su parte, Gibrán Cruz-Martínez (2021) empleó una lógica similar para desarrollar lo que denominó el Índice de Desarrollo de los Estados de Bienestar (*Welfare State Development Index*), adaptando la estrategia metodológica para la elaboración del IDH, la cual se basa precisamente en comparaciones respecto de los valores mínimos que toman las variables de interés en los países y de máximos ideales. De manera similar, la OIT (2011, p. 24) ha sugerido utilizar una aproximación metodológica de ese tipo cuando se elaboren medidas sintéticas. Dadas las ventajas de esta alternativa, en este documento se adopta una estrategia similar.

Este recorrido conceptual y metodológico ha permitido hacer hincapié en algunos elementos que serán fundamentales para el análisis que se desarrollará en las secciones subsiguientes. Por un lado, la comprensión de la seguridad social como un fenómeno multidimensional que se materializa a través de nueve prestaciones y, por otro, la utilidad de los índices como herramienta para operacionalizar este objeto de estudio y, en particular, de la estrategia metodológica del IDH para atender las críticas de relatividad de los resultados que arrojan otras técnicas.

## **Diseño de la investigación**

A continuación, se explica detalladamente la manera en la que se operacionaliza el objeto de estudio. Para empezar, se debe señalar que, a diferencia de lo ocurrido con el ISSBA 2020, en esta ocasión no se busca formular un índice que también incluya dimensiones que refieren a las condiciones sociales y demográficas que originan las

necesidades de protección ante riesgos sociales ni los resultados de los sistemas de seguridad social, pues esto dificultó la interpretación del índice obtenido en aquella ocasión debido a la gran cantidad de indicadores y dimensiones de análisis que se incluyeron.

### **Dimensiones de análisis y variables**

La dimensión de alcance de la cobertura se operacionaliza con la información publicada por la OIT (2017) en su *Informe Mundial sobre la Protección Social (IMPS) 2017-2019* acerca del número de ramas cubiertas por al menos un esquema de seguridad social reconocido en la legislación. Este indicador solo refiere al aspecto legal de la cobertura, puesto que no hay información disponible sobre el aspecto efectivo, por lo que es el único indicador que se utiliza en el índice. También se debe mencionar que en este indicador, la OIT únicamente incluye ocho de las nueve prestaciones de la seguridad social, pues no registra la presencia de regímenes para la provisión de servicios de salud, por lo que el indicador puede tomar un valor de cero a ocho.

La dimensión de *extensión* de la cobertura también se operacionaliza con información de la OIT (2021), pero en este caso, del IMPS 2020-2022. Cabe señalar que, en el ISSBA 2020, el análisis se concentró en las prestaciones por vejez y asistencia médica debido a la poca disponibilidad de información comparable y actualizada sobre la cobertura en otras prestaciones. Un hecho que ha permitido subsanar parcialmente esta restricción es la información publicada en el IMPS 2020-2022 de la OIT (2021) y, sobre todo, de sus anexos estadísticos. Ya desde el IMPS 2017-2019, la OIT comenzó a registrar y publicar indicadores de la cobertura por grupos de edad para monitorear el cumplimiento de la meta 1.3.1 de los ODS; sin embargo, no reportó información para la mayoría de los países americanos. En la edición 2020-2022, la OIT presentó los siguientes indicadores: ODS 1.3.1 - Población cubierta por al menos una prestación de protección social (excluida la salud); ODS 3.8.1 – Cobertura sanitaria universal; Personas protegidas por sistemas de protección social, incluidos pisos de protección social, para los siguientes grupos: Niños; Maternidad; Invalidez; Desempleo; Vejez;

Accidentes del trabajo y enfermedades profesionales; Vulnerabilidad; Cotizantes activos a una pensión.

Con la publicación de estos indicadores, se pudo obtener información para los 19 países analizados en el ISSBA 2020 y dos países adicionales (Cuba y Trinidad y Tobago) en lo que refiere al porcentaje de personas protegidas por sistemas de protección social para los siguientes grupos: niños y niñas; vejez; accidentes de trabajo y enfermedades profesionales; adicionalmente, se contó con información respecto del número de personas que cotizan activamente a un esquema de pensiones por vejez. En el caso de la asistencia médica, se prefirió recurrir a los datos publicados por la OMS (2022) en el indicador Cobertura Universal en Salud. Índice de cobertura de los servicios (ODS 3.8.1), pues incluye información para todos los países seleccionados. Con estos datos es posible operacionalizar la dimensión de extensión de la *cobertura efectiva* en cuatro de las nueve prestaciones de la seguridad social: asistencia médica, prestaciones familiares, por vejez —cotizantes activos y personas mayores que reciben una prestación— y por accidentes de trabajo y enfermedades profesionales.

Como se explicó antes, para operacionalizar la dimensión del *nivel*, se emplea información sobre el gasto en seguridad social como medida *proxy*. Antes de detallar las fuentes y características de estos datos, conviene señalar que el *nivel* de las prestaciones es una de las dimensiones que deberían despertar mayor interés en el estudio de la seguridad social en el continente americano. En el ISSBA 2020 y en otros trabajos académicos (Barrientos, 2019; Arza *et al*, 2022; Cruz Ferre, 2022) se ha expuesto que, si bien la cobertura de los sistemas de seguridad social creció notablemente en las últimas dos décadas, lo ha hecho de manera desigual, otorgando prestaciones diferenciadas a distintos grupos poblacionales. Por ejemplo, en el caso de las prestaciones por vejez, se establecieron y ampliaron programas de contribución indirecta, principalmente para proteger a las personas que no tienen acceso a los regímenes de seguro social, consiguiendo un gran crecimiento en la extensión de la cobertura efectiva, que en algunos países ha llegado a superar 70% de la población mayor. El

problema es que generalmente este nuevo tipo de programas otorgan montos sustancialmente inferiores de los que se reciben mediante instrumentos de contribución directa, institucionalizando el ejercicio desigual del derecho a la seguridad social.

Además de funcionar como medida *proxy*, la dimensión de gasto en seguridad social es de gran interés, pues permite comparar el monto que cada país destina a la provisión de prestaciones de seguridad social. En este caso, se incluyen en el análisis el gasto destinado a este rubro como porcentaje del Producto Interno Bruto (PIB) y el gasto *per cápita*. En los repositorios de información disponibles se suele distinguir entre el gasto destinado a servicios de salud y el que se utiliza en las otras ocho prestaciones de la seguridad social, por lo que se decidió incluir ambos indicadores, tanto en porcentaje del PIB como *per cápita*.

### Fuentes de información

Cada una de las dimensiones recién expuestas se operacionaliza mediante un índice, que finalmente se agrega en el IUSS. En la tabla 2 se describen cada uno de los indicadores y las fuentes de donde se obtuvo la información.

**Tabla 2. Descripción de indicadores**

Subíndice	Indicador	Descripción	Fuente
Alcance de la cobertura	Número de ramas cubiertas al menos por un régimen de seguridad social.	El alcance de la cobertura se mide en función del número de ramas de seguridad social previstas por la ley.	OIT (2017)
		Este indicador puede tener un valor 0 a 8, según el número total de ramas que cuentan con un programa reconocido en la legislación nacional.	
		Se consideran ocho ramas: enfermedad, maternidad, vejez, sobrevivientes, invalidez, asignación por hijo/asignaciones familiares, accidentes del trabajo y enfermedades profesionales, y desempleo.	

Extensión de la cobertura	Cobertura universal de salud. Índice de cobertura de los servicios (ODS 3.8.1)	Cobertura de los servicios sanitarios esenciales (definida como la cobertura promedio de los servicios esenciales basada en intervenciones de seguimiento que incluyen la salud reproductiva, materna, neonatal e infantil, las enfermedades infecciosas, las enfermedades no transmisibles y la capacidad y el acceso a los servicios, entre la población general y la más desfavorecida). El indicador es un índice reportado en una escala de 0 a 100, el cual es calculado como la media geométrica de 14 indicadores de seguimiento de la cobertura de servicios de salud. Los indicadores de seguimiento son los siguientes, organizados por cuatro componentes de cobertura: 1. Reproductiva, materna, neonatal e infantil; 2. Enfermedades infecciosas; 3. Enfermedades no transmisibles; 4. Capacidad y acceso a los servicios.	OMS (2022)
	Personas protegidas por sistemas de protección social, incluidos pisos de protección social: Niños	Proporción de niños cubiertos por las prestaciones de protección social: relación entre los niños/hogares que reciben prestaciones económicas por hijos o familiares y el número total de niños/hogares con hijos.	OIT (2022b)
	Personas protegidas por sistemas de protección social, incluidos pisos de protección social: Accidentes del trabajo y enfermedades profesionales.	Proporción de trabajadores con cobertura en caso de accidentes del trabajo o enfermedades profesionales: relación entre los trabajadores con seguro de accidentes del trabajo y enfermedades profesionales y el total de la fuerza de trabajo.	OIT (2022b)

Extensión de la cobertura	Personas protegidas por sistemas de protección social, incluidos pisos de protección social: Cotizantes activos a una pensión	Proporción de la población en edad de trabajar que contribuye activamente a un plan de pensiones: relación entre los trabajadores protegidos por un plan de pensiones (cotizantes activos) y el total de la población en edad de trabajar mayor de 15 años.	OIT (2022b)
	Personas protegidas por sistemas de protección social, incluidos pisos de protección social: Vejez	Proporción de personas de edad que percibe una pensión: relación entre las personas en edad legal de jubilación que perciben una pensión de vejez (contributiva o no contributiva) y las personas en edad legal de jubilación.	OIT (2022b)
Gasto	Gasto nacional en salud del gobierno general (% del PIB)	Gasto público en salud de fuentes internas expresado como porcentaje del PIB.	Banco Mundial (2022a)
	Gasto nacional en salud del gobierno general per cápita, PPA (dólares internacionales corrientes)	Gasto público en salud de fuentes internas per cápita expresado en dólares internacionales en paridad de poder adquisitivo.	Banco Mundial (2022b)
	Gasto público en protección social, en porcentajes del PIB	<p>CEPAL: se refiere a los desembolsos destinados a servicios y transferencias a personas y familias en los siguientes beneficios: enfermedad y discapacidad, vejez, supervivientes, familia e hijos, desempleo, vivienda, exclusión social n.c.p.,<sup>5</sup> I+D protección social, protección social n.c.o.p. Asimismo, incluye riesgos asociados a problemas estructurales como la pobreza y la desigualdad.</p> <p>OCDE: el indicador incluye el gasto de las principales áreas de política social: vejez, sobrevivientes, prestaciones por incapacidad, familia, desempleo, vivienda y otras áreas de política social.</p>	CEPAL (2021), OCDE (2022) para EE. UU. y Canadá,

Gasto	Gasto público en protección social (por habitante en dólares a precios constantes)	<p>CEPAL: el gasto público en materia de protección social cubre las siguientes condiciones: enfermedad e incapacidad, edad avanzada, supervivientes (sobrevivientes), familia e hijos, desempleo, vivienda y exclusión social n.c.p.,<sup>6</sup> I+D protección social, protección social n.c.o.p. Asimismo, incluye riesgos asociados a problemas estructurales como la pobreza y la desigualdad (Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), 2020).</p> <p>OCDE: Los datos del gasto en protección social público por habitante, a precios constantes (2015) y PPA constantes (2015), en dólares estadounidenses fueron estimados como la suma de las principales áreas de política social: vejez, supervivientes, prestaciones por incapacidad, familia, desempleo, políticas activas de empleo, vivienda y otras áreas de política social.</p>	CEPAL (2022a), OCDE (2022) para EE. UU. y Canadá.
-------	--	--	---

**Fuente:** elaboración propia

<sup>5</sup> *Exclusión social n.c.p.*: prestación de protección social en forma de prestaciones en efectivo y en especie a las víctimas de la exclusión social o las personas que son vulnerables a la exclusión social, incluye los costos administrativos y de gestión de dichos planes de protección social.

*I+D Protección social*: se refiere a la administración y funcionamiento de los organismos gubernamentales dedicados a la investigación aplicada y al desarrollo experimental relacionados con la protección social; *Protección social n.c.o.p.*: se refiere a la administración, funcionamiento o apoyo de actividades como la formulación, administración, coordinación y supervisión de políticas, planes, programas y presupuestos generales de protección social; preparación y aplicación de legislación y normas para la prestación de protección social; producción y difusión de información general, documentación técnica y estadísticas sobre protección social. Incluye: provisión de protección social en forma de prestaciones en efectivo y en especie a las víctimas de incendios, inundaciones, terremotos y otras catástrofes en tiempos de paz; compra y almacenamiento de alimentos, equipos y otros suministros para uso de emergencia en caso de catástrofes en tiempos de paz.

<sup>6</sup> En el repositorio de la CEPAL no es explícito que el indicador Gasto público en protección social (por habitante en dólares a precios constantes) incluye las siguientes categorías: I+D protección social, protección social n.c.o.p., tal como lo incluye el indicador Gasto público en protección social, en porcentajes del PIB. Sin embargo, se asume que ambos indicadores dan cuenta de dichas categorías porque fueron elaboradas en función del Manual de Estadísticas de Finanzas Públicas 2014, del Fondo Monetario Internacional.

La intención es incluir en el índice la mayor cantidad posible de información sobre las prestaciones de la seguridad social y, de esta manera, superar las limitaciones del informe previo. Sin embargo, al tener un propósito ambicioso, la medida también enfrentó restricciones debido a la falta de información disponible, comparable y de calidad. A continuación, se enlistan:

**1.** En algunos indicadores la información se recopiló de distintas fuentes de datos.

**a.** Este fue el caso para los indicadores del gasto público en protección social como porcentaje del PIB y el gasto *per cápita*, que se tomaron de la CEPAL y de la OCDE (para Canadá y Estados Unidos de América). Estos indicadores son parcialmente comparables. Aunque ambos cubren las ramas de vejez, sobrevivientes, prestaciones por incapacidad, familia y desempleo, e incluyen una categoría denominada "otras áreas de política social", la OCDE se refiere al gasto social relacionado con personas inmigrantes/refugiadas y población indígena y todo aquel que no sea imputable a otras categorías, mientras que la CEPAL da cuenta del gasto dirigido a atender a las personas que viven en exclusión social. El indicador de la CEPAL también incluye en el gasto los costos administrativos y de investigación, los cuales corresponden a menos del 3% y 0.06% del gasto total, respectivamente, mientras que el de la OCDE no lo incluye.

**b.** En el gasto en protección social como porcentaje del PIB, el valor de Bolivia (Estado Plurinacional de) se tomó de la base de datos de inversión social en América Latina y el Caribe de la CEPAL (s.f.).<sup>6</sup>

**c.** El gasto en protección social *per cápita* de Perú se tomó por funciones del Gobierno general, mientras que para el resto de los países se tomó por funciones del Gobierno central.<sup>7</sup> La razón

---

<sup>7</sup> El *Gobierno central* engloba a los ministerios, secretarías e instituciones públicas que tienen jurisdicción en todo el territorio nacional (independientemente de que algunos departamentos tengan su propia autoridad legal y autonomía) y el *Gobierno general* abarca el gobierno central y los gobiernos subnacionales (primera subdivisión territorial y gobiernos locales) junto con las

de utilizar este último indicador radica en que es el que contiene la mayor cantidad de información disponible para los países incluidos en la muestra, aunque debe señalarse que esta medida puede subestimar el gasto total, pues no considera lo ejercido por gobiernos subnacionales u otras fuentes públicas. Sin embargo, al no contar con otras opciones disponibles, se decidió emplear esta alternativa.

2. No todos los indicadores pertenecen a 2019.
  - a. La última cifra disponible del gasto público en protección social per cápita para Panamá es de 2017.
  - b. Todos los indicadores de la extensión de la cobertura efectiva tomados del IMPS 2020-2022 corresponden a 2020 o al último año disponible, pero en la fuente original no se especifica en qué casos corresponde a un año distinto de 2020. En tanto, el indicador del alcance de la cobertura legal corresponde al reportado en el IMPS 2017-2019.
3. La mayoría de los indicadores no distingue entre la cobertura alcanzada mediante instrumentos de contribución directa y de contribución indirecta. Por esta razón, no es posible diferenciar el efecto que tiene la composición de la cobertura según la importancia que tenga uno u otro instrumento de la seguridad social. Dada la expansión desigual de los sistemas de seguridad social en las últimas décadas, que se mencionó antes, sería importante poder diferenciar esta composición.

### Técnica de análisis

Siguiendo a Cruz-Martínez (2021), en este documento se adapta la estrategia de análisis utilizada para elaborar el IDH, con la intención de generar una medida sintética multidimensional que evite los problemas de relatividad de los resultados del ACP. La estrategia seleccionada tiene, además, las siguientes ventajas:

1. Su elaboración es sencilla y fácilmente replicable, pues no requiere el desarrollo de cálculos o procedimientos estadísticos elaborados,

---

instituciones de seguridad social (CEPAL, 2020).

como sucede en el ACP o el análisis de conglomerados, en tanto requiere únicamente cálculos aritméticos simples.

**2.** Permite definir límites mínimos con base en la realidad de los países y máximos ideales en los indicadores. Esto ayuda a identificar el recorrido de los países en el desarrollo de su seguridad social para alcanzar la universalidad.

Cabe señalar que aquí se plantean algunas diferencias sobre los límites máximos y la agrupación de los países respecto de la propuesta de Cruz-Martínez (2021). Primero, los límites máximos que utiliza Cruz-Martínez (2021) para dar cuenta del gasto en protección social son un promedio del gasto de los países nórdicos, pues en la literatura especializada se considera que ellos tienen regímenes de bienestar universales. y, por lo tanto, sirven como referencia. Sin embargo, en este documento no fue posible utilizar estos máximos, pues en algunos países americanos el gasto, especialmente el destinado a salud, fue superior al promedio de los países nórdicos.<sup>8</sup> Para establecer los máximos ideales de los indicadores de gasto, se decidió utilizar el promedio de los países de la OCDE con mayor gasto, que en todos los casos fue superior al dato más alto registrado para los países americanos, salvo en el caso del indicador de gasto del gobierno en salud como porcentaje del PIB. En este caso, el gasto de Cuba fue superior al del promedio de los 5 países de la OCDE con mayor gasto y sólo es superado por Tuvalu (17.8%) (Banco Mundial 2022a), que es un país insular de Oceanía con casi 12 mil habitantes. Dado que ese año el segundo gasto más alto en el mundo fue el de Cuba (10.13%), se decidió utilizar esta última cifra como el gasto gubernamental máximo en salud para estimar el índice de gasto en seguridad social.

Segundo, en el IDH los límites que definen los grupos muy alto, alto, medio y bajo se calculan utilizando el promedio de los indicadores de los últimos años. Sin embargo, debido a la falta de información comparable para años previos a 2019, se decidió establecer cuatro estratos

---

<sup>8</sup> Por ejemplo, el promedio del gasto en salud como porcentaje del PIB en los países nórdicos para 2019 fue de 8.2%, mientras que en Cuba fue de 10.1% y en Estados Unidos de América, de 8.5%; el promedio del gasto *per cápita* en salud en los países nórdicos fue de 4,986.9 USD, mientras que en Estados Unidos de América fue de 5,522.6 USD.

del mismo tamaño para clasificar a los países según el puntaje que obtuvieron en el índice correspondiente. Dado que los resultados de los índices pueden ir de 0 a 1, los límites se establecieron en los percentiles 25, 50 y 75 dentro de este rango. Esta estratificación permite la posibilidad de que haya estratos que no tienen ningún país, sea porque los puntajes obtenidos estuvieron o por debajo o por encima del límite que delimita el grupo (este fue el caso Índice de alcance de la cobertura legal de la seguridad social). Para conocer a detalle la elaboración de los índices propuestos véase el Anexo 1.

Pese a las fortalezas que tiene el procedimiento de elaboración del IDH frente a otras alternativas para operacionalizar objetos de estudio multidimensionales, enfrenta al menos dos limitaciones metodológicas. Por un lado, se ha argumentado que podría ser arbitraria la ponderación que otorga el IDH a las tres dimensiones que lo componen, dado que se les asigna valores iguales, en el entendido de que las tres son igual de importantes (Dem, 2015). Por otro lado, se ha criticado la manera en la que se agregan las tres dimensiones en un solo índice (Natoli *et al.*, 2024). Antes de 2010, la agregación se hacía con una media aritmética de los puntajes que obtenía cada país, por lo que había sustituibilidad perfecta entre dimensiones. En términos prácticos, esto implicaba que puntajes altos en una dimensión podían compensar completamente resultados bajos en otra. Para atender esta crítica, en la edición de 2010, el PNUD cambió la agregación para ocupar una media geométrica. Aunque con este cambio se reduce la sustituibilidad entre dimensiones, no desaparece por completo, por lo que se ha señalado la necesidad de explorar nuevas vías de agregación (Natoli *et al.*, 2024). Ambas críticas se orientan a refinar la manera en la que se entienden las relaciones entre las dimensiones que se integran en el índice. Sin embargo, ante la falta de consenso sobre la manera óptima de superarlas, en este documento se decide adaptar completamente el procedimiento de elaboración del IDH, tal como se ha formulado desde 2010.

Para finalizar esta sección, conviene mencionar que, si bien se adaptó la lógica de la construcción del IDH para elaborar el IUSS, también se recurrió a la técnica de ACP como alternativa de validación de los

resultados. Para empezar, se desarrollaron las pruebas del ACP para verificar si era posible llevar a cabo los cálculos de los subíndices de extensión de la cobertura y gasto en seguridad social, así como para verificar si era posible calcular el IUSS utilizando como insumos los dos subíndices y el indicador de alcance de la cobertura. En todos los casos, se comprobó que las variables y el modelo cumplían con los supuestos y que era posible llevar a cabo el ACP. Esto aportó un elemento adicional de validación del cálculo del IUSS con la estrategia seleccionada.

## **Universalización de la seguridad social en América**

En esta sección, se presentan los resultados para la elaboración de los índices de alcance de la cobertura legal, extensión de la cobertura efectiva, gasto en seguridad social y el IUSS. Asimismo, se exploran las características que diferencian a cada uno de los estratos identificados. Después, se lleva a cabo un análisis comparado de los índices calculados. Finalmente, se contrastan los resultados del IUSS con algunos indicadores de impacto de las funciones de protección del ingreso, subsidio del ingreso y provisión de servicios de salud.

### **Alcance de la cobertura legal**

Como se comentó antes, la información disponible sólo permitió operacionalizar esta dimensión en el ámbito legal. Sin embargo, antes de formular el Índice de Alcance de la Cobertura Legal de la Seguridad Social, se analizan algunos indicadores relacionados con la inclusión del derecho a la seguridad social en el entramado jurídico de cada uno de los 21 países estudiados, particularmente la ratificación de instrumentos jurídicos en materia de derechos humanos, convenios y recomendaciones especializadas en seguridad social, así como las constituciones políticas.

En primer lugar, se revisaron las ratificaciones de dos instrumentos internacionales especializados en derechos humanos y que reconocen el derecho a la seguridad social: el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC) y el Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en Materia de

Derechos Económicos, Sociales y Culturales, conocido como Protocolo de San Salvador. En el primer caso, 19 de los 21 países estudiados han ratificado el PIDESC, siendo la excepción Cuba y Estados Unidos de América. En el segundo caso, el total de ratificaciones desciende a 15, pues además de los dos países recién mencionados, Canadá, Chile, República Dominicana, y Trinidad y Tobago, tampoco han ratificado este instrumento jurídico internacional. En conjunto, esto indica que el reconocimiento del derecho humano a la seguridad social ha avanzado sustancialmente en el continente americano, al menos en la mayoría de los países estudiados aquí.

En segundo lugar, se analizaron las ratificaciones de varios convenios de la OIT relacionados con diversas prestaciones de la seguridad social, los cuales establecen principios básicos que deben orientar el diseño y funcionamiento de los regímenes en los países que los ratifican, pues son vinculantes. A diferencia del PIDESC o el Protocolo de San Salvador, estos instrumentos incluyen directrices específicas sobre las características de la seguridad social. Específicamente, se revisaron los siguientes casos: C102 - *Convenio sobre la seguridad social (norma mínima)* (C-102); el C121 - *Convenio sobre las prestaciones en caso de accidentes del trabajo y enfermedades profesionales* (C-121); C128 - *el Convenio sobre las prestaciones de invalidez, vejez y sobrevivientes* (C-128); el C130 - *Convenio sobre asistencia médica y prestaciones monetarias de enfermedad* (C-130); el C168 - *Convenio sobre el fomento del empleo y la protección contra el desempleo* (C-168); el C183 - *Convenio sobre la protección de la maternidad* (C-183). Estos datos se presentan sintéticamente en la tabla 3.

Es evidente que la ratificación de estos instrumentos es mucho menor si se le compara con las del PIDESC y el Protocolo de San Salvador. Así pues, el mayor número de ratificaciones las tiene el Convenio 102 (10 ratificaciones en total), mientras que los cinco convenios restantes no superan cuatro ratificaciones (C-121 y C-130) y la que tiene el menor número es el C-168, sólo ratificado por el Estado brasileño. Un hallazgo interesante es que Bolivia (Estado Plurinacional de), Ecuador y Uruguay son los países con mayor número de ratificaciones de estos instrumentos, cada uno con cuatro ratificaciones de los seis convenios considerados.

**Tabla 3. Ratificación de diversos convenios de la OIT especializados en seguridad social**

Pais	C102 - Convenio sobre la seguridad social (norma mínima)	C121 - Convenio sobre las prestaciones en caso de accidentes del trabajo y enfermedades profesionales	C128 - Convenio sobre las prestaciones de invalidez, vejez y sobreviviente	Convenio sobre asistencia médica y prestaciones monetarias de enfermedad	C168 - Convenio sobre el fomento del empleo y la protección contra el desempleo	C183 - Convenio sobre la protección de la maternidad
Argentina	✓	×	×	×	×	×
Bolivia (Estado Plurinacional de)	✓	✓	✓	✓	×	×
Brasil	✓	×	×	×	✓	×
Canadá	×	×	×	×	×	×
Chile	×	✓	×	×	×	×
Colombia	×	×	×	×	×	×
Costa Rica	✓	×	×	✓	×	×
Cuba	×	×	×	×	×	✓
Ecuador	✓	✓	✓	✓	×	×
El Salvador	×	×	×	×	×	×
Estados Unidos de América	×	×	×	×	×	×
Guatemala	×	×	×	×	×	×
Honduras	✓	×	×	×	×	×
México	✓	×	×	×	×	×
Nicaragua	×	×	×	×	×	×
Panamá	×	×	×	×	×	×
Paraguay	×	×	×	×	×	×
Perú	✓	×	×	×	×	✓
República Dominicana	✓	×	×	×	×	✓
Trinidad y Tobago	×	×	×	×	×	×
Uruguay	✓	✓	✓	✓	×	×
<b>Total de ratificaciones</b>	<b>10</b>	<b>4</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>1</b>	<b>3</b>

**Fuente:** elaboración propia con información de OIT (2023).

En tercer lugar, se analizó el estado de las sumisiones de seis recomendaciones de la OIT en materia de seguridad social por parte de los miembros de la organización a la autoridad nacional competente.<sup>9</sup> Estos instrumentos también tienen un carácter jurídico, sin ser vinculantes, y suelen formular directrices más específicas que los convenios respecto de los temas que regulen, aunque también existen recomendaciones que no están relacionadas con un convenio en particular. En este ejercicio se consideraron las siguientes recomendaciones: *R121 - Recomendación sobre las prestaciones en caso de accidentes del trabajo y enfermedades profesionales* (R-121); la *R131 - Recomendación sobre las prestaciones de invalidez, vejez y sobrevivientes* (R-131); la *R134 - Recomendación sobre asistencia médica y prestaciones monetarias de enfermedad* (R-134); *R176 - Recomendación sobre el fomento del empleo y la protección contra el desempleo* (R-176); *R191 - Recomendación sobre la protección de la maternidad* (R-191); *R202 - Recomendación sobre los pisos de protección social* (R-202). Dicha información se detalla en la tabla 4.

En la gran mayoría de los casos estudiados, los Miembros de la OIT han sometido las recomendaciones a las respectivas autoridades competentes. De hecho, en cuatro de las seis recomendaciones este proceso se había hecho en la totalidad de los países (R-121, R-131, R-134 y R-176), mientras que la R-191 tuvo 18 sumisiones y la R-202 tuvo 17. Llama la atención que Bolivia (Estado Plurinacional de) sea uno de los países que no ha sometido estas dos recomendaciones, si se tiene en cuenta el alto número de convenios que ha ratificado. Otros dos países que tampoco sometieron las R-191 y R-202 son Chile y El Salvador. Seguramente, la mayor proclividad de la membresía de la OIT a someter las recomendaciones a las autoridades competentes, en comparación con los bajos niveles de ratificaciones de convenios en la materia, se debe a que estos últimos instrumentos tienen un carácter vinculante y las recomendaciones no lo tienen, por lo que no necesariamente implican obligaciones específicas.

<sup>9</sup> A diferencia de los convenios, que deben ser ratificados por los miembros de la OIT, las recomendaciones sólo deben ser sometidas por los miembros a las autoridades competentes en cada país, proceso conocido como sumisión

**Tabla 4. Sumisiones de las recomendaciones ante la autoridad competente**

Pais	R121 - Recomendación sobre las prestaciones en caso de accidentes del trabajo y enfermedades profesionales	R131 - Recomendación sobre las prestaciones de invalidez, vejez y sobrevivientes	R134 - Recomendación sobre asistencia médica y prestaciones monetarias de enfermedad	R176 - Recomendación sobre el fomento del empleo y la protección contra el desempleo	R191 - Recomendación sobre la protección de la maternidad	R202 - Recomendación sobre los pisos de protección social
Argentina	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Bolivia (Estado Plurinacional de)	✓	✓	✓	✓	✗	✗
Brasil	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Canadá	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Chile	✓	✓	✓	✓	✗	✗
Colombia	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Costa Rica	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Cuba	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Ecuador	✓	✓	✓	✓	✓	✓
El Salvador	✓	✓	✓	✓	✗	✗
Estados Unidos de América	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Guatemala	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Honduras	✓	✓	✓	✓	✓	✓
México	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Nicaragua	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Panamá	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Paraguay	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Perú	✓	✓	✓	✓	✓	✓
República Dominicana	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Trinidad y Tabago	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Uruguay	✓	✓	✓	✓	✓	✓
	21	21	21	21	18	17

Fuente: elaboración propia con información de OIT (2023).

En cuarto lugar, se revisaron las constituciones políticas de cada uno de los 21 países incluidos en el estudio para identificar en cuales se reconoce el derecho a la seguridad social y en cuántas de ellas se contempla como una garantía para toda la población o se menciona expresamente a la universalización de este derecho como un objetivo. Del total de casos estudiados, 18 reconocen el derecho a la seguridad social o mencionan este término en sus respectivas constituciones, siendo la excepción Canadá, Estados Unidos de América de América y Trinidad y Tobago. Es altamente probable que esto se deba a las diferentes tradiciones jurídicas en las que se han desarrollado las constituciones de los países latinoamericanos y los angloparlantes. Mientras que las primeras tienden a ser más prolíficas e intentan regular detalladamente diversos ámbitos políticos, económicos y sociales, especialmente a partir de la ola del constitucionalismo social en el siglo XX, las segundas tienen su origen en la tradición del derecho consuetudinario o "common law" inglesa, en las que sólo se suelen establecer principios generales de gobierno sin precisar derechos y obligaciones. Del conjunto de constituciones que mencionan expresamente a la seguridad social, sólo en 12 se contempla como un derecho de toda la población, siendo la excepción las constituciones de Argentina, Cuba, El Salvador, México, Paraguay y Uruguay. En estos casos, las menciones a la seguridad social están en artículos destinados a regular elementos específicos de las relaciones laborales o capítulos con estos fines y en el caso de Paraguay, si bien se menciona que es un derecho las personas que tienen un trabajo dependiente y sus familias, también se menciona que "se promoverá su extensión a todos los sectores de la población".

En conjunto, esta información muestra un gran avance en el reconocimiento del derecho humano a la seguridad social, expresado en el respaldo a instrumentos jurídicos internacionales en materia de derechos humanos y seguridad social, así como la constitucionalización de este derecho, especialmente en los países latinoamericanos. Sin embargo, hay casos en los que, si se reconoce constitucionalmente este derecho, permanece vinculado estrictamente a la regulación del trabajo, por lo que sería deseable que se transitara a prescripciones de carácter

universal (sin que necesariamente impliquen la total desvinculación de la seguridad social y el trabajo). La situación luce un poco diferente al observar la ratificación de instrumentos vinculantes con disposiciones más precisas que las incluidas en el PIDESC o el Protocolo de San Salvador: en poco menos de la mitad de los países estudiados se ha ratificado el convenio más importante de seguridad social elaborado por la OIT, el C-102, y lo niveles de ratificación de los otros convenios considerados es notablemente menor. En síntesis, se puede apreciar un compromiso programático con el derecho humano a la seguridad social, pero sin someterse a compromisos vinculantes que sean muy específicos en la materia. Una hipótesis para explicar estas diferencias es que los Estados buscan una flexibilidad que les facilite la operación de sistemas adecuados a las circunstancias económicas, políticas y sociales de cada país.

Una vez analizado el avance del reconocimiento del derecho a la seguridad social, se procede a la elaboración del *Índice de Alcance de la Cobertura Legal de la Seguridad Social*. Esta dimensión de análisis refiere al total de ramas de la seguridad social que cuentan al menos con un régimen establecido por ley. Aunque en este caso sólo se cuenta con un indicador se decidió también adaptar el procedimiento para la elaboración del IDH. Esto por dos razones: para que hubiera uniformidad en la técnica utilizada para calcular los índices y, sobre todo, para comparar a los casos en particular con el máximo ideal de ramas de la seguridad social que pueden proveer. El resultado es un índice cuyos valores van de cero a uno, donde uno es el máximo de ramas que cuentan al menos con un régimen previsto en la legislación.

**Tabla 5. Índice de Alcance de la Cobertura Legal de la Seguridad Social, 2019**

País	Valor	Estrato
El Salvador	0.6	3
Guatemala	0.6	
Nicaragua	0.6	
Paraguay	0.6	
Cuba	0.6	
Bolivia (Estado Plurinacional de)	0.8	4
Costa Rica	0.8	
Honduras	0.8	
México	0.8	
Panamá	0.8	
Perú	0.8	
República Dominicana	0.8	
Trinidad y Tobago	0.8	
Argentina	1	
Brasil	1	
Canadá	1	
Chile	1	
Colombia	1	
Ecuador	1	
Estados Unidos de América	1	
Uruguay	1	

**Fuente:** elaboración propia.

En la tabla 5 se presentan los resultados del índice. Éstos muestran que todos los países analizados están en los estratos 3 y 4. Lo anterior se debe a que en todos los casos se cuenta con al menos un régimen de seguridad social en la mayoría de las ramas de aseguramiento: cinco

países cubren seis ramas; ocho países cubren siete ramas y ocho países cubren todas las ramas registradas en el indicador.

En general, estos datos indican que en el continente americano hay un alto desarrollo del *alcance de la cobertura legal*. Sin embargo, esto no implica necesariamente que en la práctica se garantice un alto nivel de protección de las poblaciones, por lo que es necesario revisar otros aspectos de la cobertura de la seguridad social, como es la dimensión de extensión de la cobertura, misma que se explora a continuación.

### **Extensión de la cobertura efectiva**

El índice de *extensión de la cobertura efectiva* da cuenta del avance de los sistemas de seguridad social para proveer prestaciones a toda la población. Como se mencionó, en este caso el análisis se centra en los beneficios destinados a niñas y niños, personas mayores, y personas en edad de trabajar (mediante el aseguramiento contra accidentes de trabajo y enfermedades profesionales, y la cotización en regímenes de pensiones por vejez), así como la cobertura en salud. Este índice brinda un valor del cero al uno, en el cual el valor más alto indica que la extensión de la cobertura efectiva de los países se acerca más a 100% de los grupos de interés.

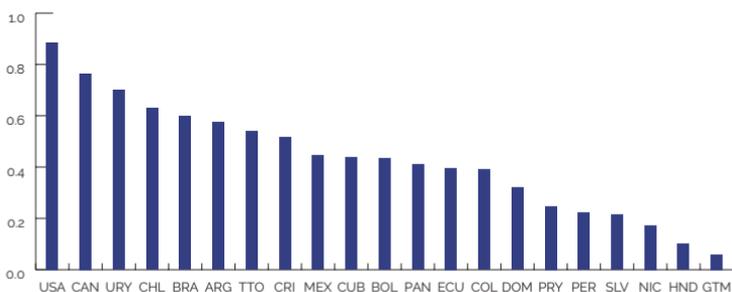
Como puede observarse en la tabla 6 y la gráfica 1, hay una gran brecha en la extensión de la cobertura entre los países. Mientras que los países del estrato 1 tienen una puntuación que oscila entre 0.059 y 0.248, Canadá y Estados Unidos de América, pertenecientes al estrato 4, tienen un valor en el subíndice de 0.764 y 0.886, respectivamente. Otro resultado interesante es que más de la mitad de los países estudiados (13 de 21) están en los estratos 1 y 2, lo cual indica una extensión de la cobertura efectiva relativamente baja.

**Tabla 6. Índice de Extensión de la Cobertura Efectiva, 2019**

País	Valor	Estrato
Guatemala	0.059	1
Honduras	0.1	
Nicaragua	0.173	
El Salvador	0.213	
Perú	0.222	
Paraguay	0.248	
República Dominicana	0.321	
Colombia	0.391	
Ecuador	0.396	
Panamá	0.41	
Bolivia (Estado Plurinacional de)	0.434	
Cuba	0.438	
México	0.444	3
Costa Rica	0.517	
Trinidad y Tobago	0.54	
Argentina	0.574	
Brasil	0.598	
Chile	0.63	
Uruguay	0.7	
Canadá	0.764	
Estados Unidos de América	0.886	

**Fuente:** elaboración propia.

**Gráfica 1. Índice de Extensión de la Cobertura Efectiva, 2019**



**Fuente:** elaboración propia.

**Nota:** en esta gráfica y las que están en el resto del documento, se utilizan los códigos ISO 3166-1 alfa-3 para denominar a los países.

Al analizar de manera desagregada la distribución de los datos en los indicadores que integran el índice, en general, se observan diferencias considerables en la extensión de la cobertura efectiva que tienen los países de cada uno de los estratos. Sin embargo, ésta es más marcada en el porcentaje de personas que cotizan a un régimen de pensiones por vejez, y en el aseguramiento contra accidentes de trabajo y enfermedades profesionales. Como se puede observar en la tabla 7, en el indicador de cotizantes a un régimen de pensiones hay un incremento progresivo de la extensión de la cobertura entre los distintos estratos. En el estrato 1, la cobertura en esta prestación es de 23.4% en promedio, mientras que en el segundo la cobertura promedio es prácticamente del doble y, en el tercero, el valor promedio es poco menos que el triple que en el primer estrato. Finalmente, se puede mencionar que el valor promedio en el estrato 4 está más de 50 puntos porcentuales por encima del valor promedio del primer estrato. En el indicador de aseguramiento contra accidentes de trabajo y enfermedades profesionales, el estrato 1 tiene un valor promedio de 19.6%, el siguiente estrato tiene un valor de más del doble de esa cifra, en el tercero el promedio es casi tres veces el valor del primer estrato y en el último es casi cuatro veces ese valor.

En los otros indicadores también se pueden identificar diferencias en los valores promedio de cada estrato, pero como se observa en la tabla 7, hay mayor dispersión de los datos (prestaciones para menores y por vejez) o las diferencias entre estratos son menores (servicios de salud). En el caso de las prestaciones para menores se puede apreciar una clara diferenciación en los valores promedio de cada estrato, al extremo de que el promedio del estrato 4 es 8.5 veces el promedio del estrato 1. Sin embargo, hay una gran dispersión de los datos dentro de cada grupo, por lo que los valores promedio pueden estar ligeramente sesgados. Para clarificar este punto, se pueden revisar las gráficas de dispersión por estrato en el Anexo 2 de este documento. En el caso de las pensiones por vejez, el rango es más acotado, pero también se pueden identificar diferencias entre los distintos estratos, aunque hay una gran dispersión de los datos en los grupos uno y dos. Finalmente, en el indicador de la cobertura de servicios de salud es en el que hubo menor dispersión de los datos y también el de un menor rango. Aunque se pueden observar diferencias claras en la cobertura promedio de cada estrato, éstas no son de más de 10 puntos porcentuales.

**Tabla 7. Media y desviación estándar de las variables de estudio por estratos**

Estrato	Cotizantes a un régimen de pensiones	Accidentes de trabajo y enfermedades profesionales	Prestaciones para menores	Prestaciones por vejez	Servicios de salud
1	<b>23.4</b> (5.5)	<b>19.6</b> (7.9)	<b>11.4</b> (-.7)	<b>29.4</b> (21.4)	<b>67.6</b> (8.4)
2	<b>46.6</b> (15.5)	<b>49.5</b> (24.8)	<b>31.1</b> (25.3)	<b>50.6</b> (39.3)	<b>74.6</b> (6.1)
3	<b>62.7</b> (8.3)	<b>60.4</b> (10.5)	<b>55.8</b> (24.3)	<b>83.5</b> (16.3)	<b>76.5</b> (2.96)
4	<b>77.1</b> (32.5)	<b>76.95</b> (11.1)	<b>97.5</b> (3.5)	<b>100</b> (0)	<b>85.99</b> (4.8)

**Fuente:** elaboración propia.

**Nota:** la desviación estándar se presenta entre paréntesis.

## Gasto en seguridad social

El índice de gasto en seguridad social da cuenta del esfuerzo público nacional para financiar la provisión de servicios de salud y prestaciones en las otras ocho ramas de la seguridad social. Este índice brinda un valor del cero a uno, en el cual el valor más alto indica que el gasto en seguridad social de los países se acerca más al valor máximo establecido (tal como se definió en la sección metodológica de este capítulo), en tanto que un valor cercano al cero indica un bajo nivel de gasto en prestaciones de la seguridad social.

**Tabla 8. Índice de Gasto en Seguridad Social, 2019**

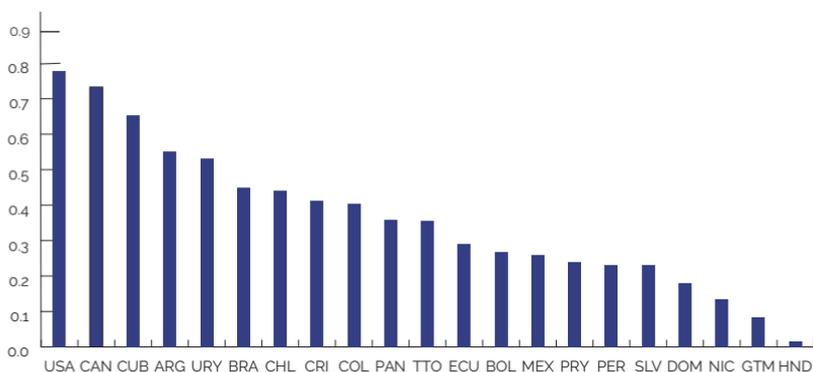
País	Valor	Estrato
Honduras	0.015	1
Guatemala	0.083	
Nicaragua	0.135	
República Dominicana	0.181	
El Salvador	0.231	
Perú	0.232	
Paraguay	0.24	
México	0.258	
Bolivia (Estado Plurinacional de)	0.269	2
Ecuador	0.291	
Trinidad y Tobago	0.356	
Panamá	0.359	
Colombia	0.404	
Costa Rica	0.412	
Chile	0.442	
Brasil	0.448	
Uruguay	0.531	3
Argentina	0.551	
Cuba	0.654	
Canadá	0.733	
Estados Unidos de América	0.779	4

**Fuente:** elaboración propia.

Como puede observarse en la tabla 8, aproximadamente dos terceras partes de los países estudiados están en los primeros dos estratos (16 de 21) y poco menos de la mitad (9 de 21) están en el estrato 2, lo que indica un nivel relativamente bajo de gasto en seguridad social en la mayoría de los países americanos estudiados.

Tanto la tabla 8 como la gráfica 2 permiten identificar una diferencia notable en el nivel del gasto público destinado a seguridad social entre los estratos 2 y 3. Como se aprecia, hay una diferencia sustancial entre los valores obtenidos por Brasil (estrato 2) y Uruguay (estrato 3). Esto indica que, en general, los países en los estratos 3 y 4 gastan sustancialmente más recursos públicos en seguridad social que los que se encuentran en las primeras dos agrupaciones. Sin embargo, el salto más alto se da dentro del mismo estrato tres, pues la diferencia en el valor obtenido por Cuba y Argentina es más grande que la diferencia entre Uruguay y Brasil. Es decir, se observa un nivel de gasto superior en los tres países con los valores más altos en el índice respecto del resto de países: Cuba, Canadá y Estados Unidos de América. En el caso de Cuba, esto se debe a la gran cantidad de recursos que destina a servicios médicos.

**Gráfica 2. Índice de Gasto en Seguridad Social, 2019**



**Fuente:** elaboración propia.

Para analizar con mayor detalle estas diferencias, en la tabla 9 se reportan la media y la desviación estándar de los indicadores incluidos en el índice, diferenciando por estrato. Cabe señalar que, como en el estrato 4 sólo se encuentra Estados Unidos de América, únicamente se reporta el valor de ese país. Así mismo, en el Anexo 2 se presentan gráficas de dispersión que complementan la información de la tabla.

Como se puede observar, en todos los indicadores hay diferencias considerables en el valor promedio de los estratos en los cuatro indicadores. Sin embargo, en algunos casos los datos están más dispersos que en otros, por lo que la media no es una medida tan confiable para comparar grupos.

Los indicadores que presentaron menor dispersión fueron los referentes al gasto en salud. En particular, los datos del gasto del gobierno en salud como porcentaje del PIB son los que tienen menos dispersión dentro de los estratos, aunque las diferencias entre grupos no son tan marcadas como en otros casos. De esta manera, en los países del primer estrato el gobierno gastó 3,45% del PIB en salud, en promedio; en el segundo, esta cifra ascendió hasta 4,46%; en el tercero, 7,47%, y el único país en el estrato 4 (Estados Unidos de América) gastó 8,53% del PIB. Si bien no hay una gran distancia entre el promedio de cada uno de estos grupos, se puede notar el nivel diferenciado en este indicador al considerar que lo gastado en el último estrato es más del doble de lo ejercido en el primero.

En el caso del gasto gubernamental en salud per cápita (PPA, en dólares internacionales corrientes), la dispersión es ligeramente más alta, pero las diferencias entre estratos son más marcadas. Así, el gasto promedio en el estrato 2 (884,7 USD) es poco más del doble del promedio del primero (353,8 USD), el gasto promedio en el estrato 3 (2,276.1 USD) es poco más de seis veces el gasto promedio del primero, mientras que el gasto del único país en el grupo 4 es casi 16 veces el gasto promedio del primer estrato.

En el caso del gasto público en protección social per cápita (en dólares a precios constantes) también se puede ver una mayor diferenciación entre grupos, aunque se acompaña también de una amplia dispersión de los datos, tal como lo indica la desviación estándar en cada uno de los estratos (ver tabla 9). En este sentido, el gasto promedio en el grupo

dos (534.3 USD) fue poco más de cinco veces del gasto promedio en el grupo 1 (103.1 USD); a partir del tercer estrato se nota un incremento considerable en el gasto destinado a este rubro, pues el promedio (2,061.8 USD) es 20 veces el promedio del gasto en el estrato 1, aunque debe señalarse que la dispersión en el grupo 3 es muy alta, debido principalmente a que hay dos países con valores extremos: Cuba, con 606.7 USD, y Canadá, 5,055.5 USD. En tanto, los otros dos países del grupo (Argentina y Uruguay) tienen valores cercanos a los 1,300 USD. Incluso si se omitieran los datos atípicos, el promedio del estrato sería casi 13 veces superior al del primero. Como se puede observar, la diferencia del gasto ejercido en Estados Unidos de América (estrato 4) y en el estrato 1 es abismal, casi de 60 veces el valor promedio de este último grupo.

Cuando se considera el gasto en protección social como porcentaje del PIB las diferencias entre grupos son similares a las registradas en el indicador de gasto en salud como porcentaje del PIB, aunque con mayor dispersión de los datos. Así, en el estrato 2 (5,04%) se gastó en promedio casi el triple que en el estrato 1 (1,8%), en el estrato 3 (8,99%) se gastó en promedio casi cinco veces lo que en el estrato 1 y el gasto de Estados Unidos de América fue poco más de cinco veces lo gastado en el primer grupo.

**Tabla 9. Media y desviación estándar de las variables de estudio por estratos**

Estratos	Gasto nacional en salud del gobierno general (% del PIB)	Gasto nacional en salud del gobierno general per cápita, PPA (dólares internacionales corrientes)	Gasto público en protección social (por habitante en dólares a precios constantes)	Gasto público en protección social (% del PIB)
1	<b>3.45</b> (1.01)	<b>353.76</b> (132.33)	<b>103.06</b> (84.29)	<b>1.83</b> (1.2)
2	<b>4.46</b> (0.97)	<b>884.66</b> (398.33)	<b>534.3</b> (385.83)	<b>5.04</b> (3.25)
3	<b>7.47</b> (1.91)	<b>2,276.06</b> (1,142.71)	<b>2,061.78</b> (2022.46)	<b>8.99</b> (2.28)
4	<b>8.53</b> (n.a.)	<b>5,552.60</b> (n.a.)	<b>5,929.62</b> (n.a.)	<b>9.82</b> (n.a.)

**Fuente:** elaboración propia.

**n.a.:** no aplica.

**Nota:** la desviación estándar se presenta entre paréntesis. En el caso del estrato 4, se presenta el valor de Estados Unidos de América, que es el único país perteneciente al grupo.

## Universalización de la seguridad social

Como se mencionó, el *Índice de Universalización de la Seguridad Social* (IUSS) busca medir de manera sintética el avance de cada uno de los países estudiados en la tarea de garantizar universalmente el ejercicio del derecho a la seguridad social, operacionalizando tres dimensiones: alcance y extensión de la cobertura, así como gasto público en seguridad social. Así pues, un valor cercano al cero indica un avance bajo en la universalización de la seguridad social, en tanto que un valor cercano a uno representa la situación de un país que ha logrado un avance alto en este proceso.

En la tabla 10 y la gráfica 3 se presentan los resultados del IUSS. Para facilitar su interpretación, se ha denominado a cada uno de los estratos de la siguiente manera: estrato 1, de avance bajo en la universalización; estrato 2, avance medio; estrato 3, avance alto; estrato 4, avance muy alto.<sup>10</sup>

**Tabla 10. Índice de Universalización de la Seguridad Social, 2019**

Pais	Valor	Estrato
Honduras	0.106	1
Guatemala	0.143	
Nicaragua	0.241	
El Salvador	0.309	2
Paraguay	0.33	
Perú	0.345	
República Dominicana	0.36	
México	0.451	
Bolivia (Estado Plurinacional de)	0.454	
Ecuador	0.487	
Panamá	0.491	
Trinidad y Tobago	0.536	3
Colombia	0.541	
Costa Rica	0.554	
Cuba	0.556	
Brasil	0.645	
Chile	0.653	
Argentina	0.681	
Uruguay	0.719	
Canadá	0.824	4
Estados Unidos de América	0.884	

**Fuente:**  
elaboración  
propia.

<sup>10</sup> Estas denominaciones emulan las utilizadas en el IJH: bajo, medio, alto y muy alto.

Lo primero que se puede observar es que hay una distribución prácticamente igual de los casos por debajo y por encima del puntaje 0,500, con 10 casos en los dos primeros estratos y 11 en los estratos 3 y 4. Segundo, que el grupo de países con un avance medio en la universalización de la seguridad social es el más numeroso, con ocho países, y el de avance muy alto es el menos numeroso, apenas con dos países. Si bien esto indica que una cantidad nada despreciable de países americanos tienen sistemas de seguridad social relativamente desarrollados, también es cierto que se deben emprender esfuerzos importantes en los 11 países que están en los grupos de avance bajo y medio para conseguir la ampliación de los sistemas de seguridad social. Idealmente, en el mediano plazo una mayor cantidad de países deberían transitar a los estratos 3 y 4.

### Gráfica 3. Índice de Universalización de la Seguridad Social, 2019



**Fuente:** elaboración propia.

También se puede observar que el estrato de avance bajo se compone exclusivamente de países que pertenecen a la subregión de Centroamérica, y como se mencionó antes, son casos en los que tanto la extensión de la cobertura como el gasto en seguridad social es bajo, aunque han hecho un esfuerzo significativo en establecer regímenes de seguridad social en al menos seis ramas de aseguramiento.

El segundo estrato, el de avance medio en la universalización, es más diverso en cuanto a su composición, pues tiene países de la subregión Andina, del Cono Sur, Centroamérica y de la subregión de México y el Caribe Latino. En este grupo, en general, el alcance de la cobertura legal, la extensión de la cobertura efectiva y el gasto en seguridad social son ligeramente superiores que en el grupo anterior.

El tercer grupo es más heterogéneo. Por un lado, son mayoría los países pertenecientes a la subregión Cono Sur, aunque también hay representación de las subregiones Andina, Centroamérica, Caribe Anglogarlante y México y el Caribe Latino. Por otro lado, hay casos como el de Uruguay y Argentina, que habían aparecido sistemáticamente en los estratos más altos de los tres subíndices que se integran en el IUSS. Así, hay países en los que la extensión de la cobertura efectiva fue alta, pero con un nivel relativamente bajo de gasto, tales como el de Costa Rica y Chile; también hay algunos países con un gasto y extensión relativamente bajas, como Colombia.

El último grupo es el más consistente en los tres subíndices y el índice agregado, pues en la mayoría de ellos, Estados Unidos de América y Canadá pertenecieron al estrato 4, a excepción del Índice de Gasto en Seguridad Social, en el que Canadá formó parte del tercer grupo. Pese a estos matices, la evidencia indica que estos dos países son los que más han avanzado en la universalización de la seguridad social y, al analizar los valores obtenidos por cada país en el IUSS, se puede notar una distancia importante entre Canadá y Uruguay, que es el país latinoamericano con el valor más alto en el índice.

A pesar de los avances conseguidos en el continente, ninguno de los países americanos ha alcanzado la universalidad de la seguridad social y es previsible que, por más avances que haya, en ningún caso se logre en su totalidad, debido a las limitaciones inherentes en el funcionamiento de los programas públicos para alcanzar a todas las personas; es decir, siempre habrá personas que, por alguna u otra razón, no puedan acceder efectivamente a las prestaciones de la seguridad social. Esto no significa que los Estados nacionales deban cejar en los esfuerzos de ampliación de la seguridad social, sino todo lo contrario,

deben poner especial atención en los grupos poblacionales que pueden quedar al margen de sus prestaciones.

En síntesis, el IUSS permite concluir que, si bien hay un avance significativo en la universalización de la seguridad social, también es cierto que una cantidad considerable de países tienen una buena distancia por recorrer en esta materia, incluso si sólo quisieran alcanzar a los países mejor posicionados en estos momentos en el continente americano (Canadá y Estados Unidos de América).

Antes de concluir esta sección, es pertinente llamar la atención sobre los resultados que arrojaron los distintos índices para Estados Unidos de América. En todos los casos, este país perteneció al estrato 4 y, en general, obtuvo los puntajes más altos en los distintos índices calculados. Esto contrasta con la percepción popular de que el sistema de seguridad social estadounidense tiene serias limitaciones. Sin embargo, debe tomarse en cuenta que ni el caso estadounidense ni el canadiense suele estudiarse junto con los países latinoamericanos y que ha sido la literatura comparativa de los Estados de bienestar en países de ingresos altos la que ha destacado las limitaciones de la seguridad social en Estados Unidos de América, especialmente en comparación con los países nórdicos. Los resultados de los índices sugieren tomar con reserva esa percepción del desarrollo limitado de ese sistema de seguridad social y profundizar en su estudio, especialmente a la luz de la situación de la seguridad social en el continente americano.

Para contextualizar estos resultados, se estimaron los tres índices para tres países nórdicos con los mismos mínimos y máximos utilizados para la muestra completa de países americanos. En dos de los tres casos, el resultado obtenido en el IUSS es superior al obtenido por Estados Unidos de América. Así, Dinamarca obtuvo un puntaje de 0.9534 y Suecia obtuvo 0.9531, mientras que Islandia obtuvo 0.851. También se trató de estimar los índices para Noruega y Finlandia, pero en el primer caso el gasto en salud per cápita era superior al punto máximo utilizado para el cálculo del IUSS y, en el segundo caso, el gasto en protección social como porcentaje del PIB era superior al máximo utilizado en el desarrollo del IUSS, por lo que no fue posible obtener el cálculo; sin

embargo, es altamente probable que, utilizando otros máximos, el valor obtenido por ambos países sea superior al de EUA. Esto sugiere que al comparar el caso estadounidense con los países que, según la literatura académica, tienen sistemas de seguridad social más desarrollados y universales, resulten conclusiones más matizadas de las que se extraen al compararlo con el continente americano.

### **Comparaciones de los índices**

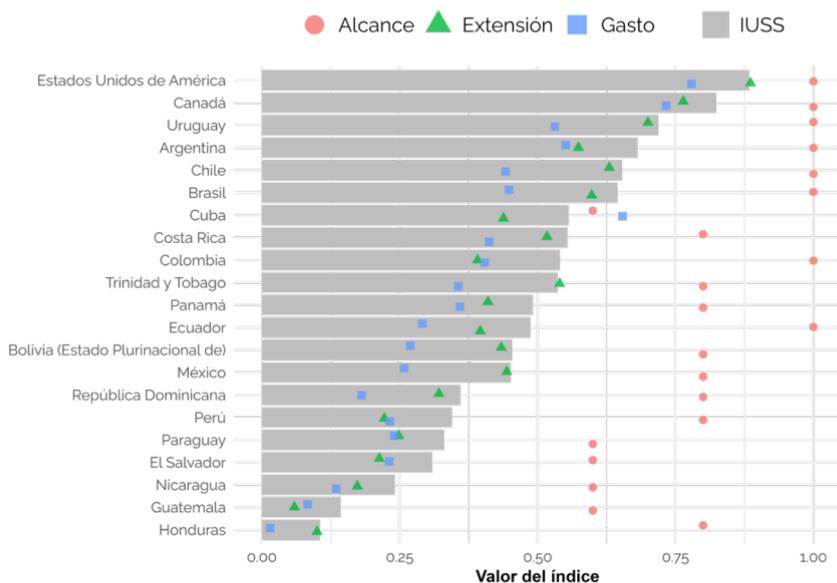
En la gráfica 4 se resumen el conjunto de índices elaborados para medir la universalización de la seguridad social. Con ello se identifican dos hallazgos. En primer lugar, que hay un alto desarrollo del alcance de la cobertura legal. Como se aprecia en la gráfica, es el índice que registró los valores más altos para todos los países. Sin embargo, esto no parece estar siempre acompañado altos niveles de gasto o de extensión de la cobertura efectiva. En segundo lugar, hay diferencias considerables entre el gasto y la extensión de la cobertura efectiva en algunos casos. Si bien es cierto que cada uno de estos índices refiere a objetos de estudio distintos y que la normalización de sus resultados de cero a uno no implica que ambas dimensiones estén en una misma escala de medición, lo cierto es que se pueden identificar tendencias respecto de la proximidad de cada país respecto del máximo o el mínimo en cada dimensión. En este sentido, hay casos en los que el valor obtenido en el índice de extensión de la cobertura efectiva estuvo más cerca del máximo que el valor obtenido en el índice de gasto en seguridad social, así como casos en los que el puntaje en el índice de gasto fue superior al del índice de extensión de la cobertura efectiva. Algunos países en la primera situación son México, Trinidad y Tobago, Chile, y Bolivia (Estado Plurinacional de), mientras que Cuba representaría la segunda situación. En este último caso, el puntaje que obtuvo el país en el índice de gasto se debe a los altos niveles de inversión pública en salud, aunque los montos destinados al financiamiento del resto de las prestaciones de seguridad social son bajos, especialmente cuando se consideran las cifras per cápita.

Estos hallazgos generan dudas en distintos niveles. Conducen a cuestionarse sobre las características de las relaciones que hay entre

las dimensiones de análisis. En los casos específicos en los que el puntaje en el Índice de Extensión de Cobertura Efectiva se acerca más al máximo que el puntaje obtenido en el índice de Gasto, surgen dudas sobre la suficiencia o nivel de las prestaciones provistas. Esto refuerza el punto sobre la urgencia de generar estadísticas comparables que permitan operacionalizar directamente esta última dimensión, haciendo hincapié en las diferencias entre los distintos instrumentos de la seguridad social.

Si bien hay limitaciones respecto de la validez de la comparabilidad de los valores obtenidos en los distintos subíndices, como ya se señaló, este ejercicio de análisis comparado permite identificar algunos temas para profundizar en el estudio de los sistemas de seguridad social americanos.

#### Gráfica 4. Índices de seguridad social, 2019



Fuente: elaboración propia.

## El IUSS y algunos indicadores de impacto

Además de contribuir a la comprensión del avance de los países americanos en la universalización del derecho a la seguridad social, el IUSS también puede emplearse como variable dependiente (por ejemplo, para explicar las diferencias que hay entre países respecto de la universalización de la seguridad social) y como variable independiente para estudiar sus efectos sobre otras variables. Una alternativa para profundizar el análisis en este último sentido se refiere al estudio de las relaciones del IUSS con indicadores del cumplimiento de las funciones esenciales de la seguridad social; a saber, protección del ingreso, subsidio del ingreso y asistencia médica.

**Tabla 11. Indicadores de impacto analizados**

Indicador	Descripción	Función de la seguridad social	Fuente	Observaciones
<b>Tasa de participación laboral para personas de 65 años o más</b>	Es la fuerza laboral de 65 años y más como porcentaje del grupo de referencia.	i. Protección del ingreso ii. Subsidio del ingreso	OIT (2023); FIDEG (2020)	El dato de Nicaragua se obtuvo de FIDEG (2020). No se encontraron datos para Cuba.
<b>Gasto de bolsillo como porcentaje del gasto total en salud</b>	Proporción de los pagos directos del gasto corriente total en salud. Los pagos de bolsillo son gastos en salud directamente de los hogares	i. Protección del ingreso	Banco Mundial (2022d)	
<b>Población de 0 a 14 años en situación de pobreza</b>	Porcentaje del total de la población cuyo ingreso per cápita medio está por debajo de la línea de pobreza	i. Protección del ingreso ii. Subsidio del ingreso	CEPAL (2022b); Statistics Canada (2021); Semega et al. (2021); Instituto Nacional de Estadística y Censos (INIDE) (2016)	El dato de Argentina corresponde a la pobreza urbana; el dato de Chile corresponde a 2017; el dato de México corresponde a 2018; el dato de Nicaragua corresponde a 2016.

<b>Población de 0 a 14 años en situación de pobreza</b>	Porcentaje del total de la población de 0 a 14 años cuyo ingreso per cápita medio está por debajo de la línea de pobreza	i. Protección del ingreso ii. Subsidio del ingreso	CEPAL (2022b); Statistics Canada (2021); Semega et al. (2021); Instituto Nacional de Estadística y Censos (INIDE) (2016)	El dato de Argentina corresponde a la pobreza urbana; el dato de Chile corresponde a 2017; el dato de México corresponde a 2018; los datos de Estados Unidos de América y Canadá son para el grupo de 0 a 18 años. No se encontró el dato para Nicaragua en este rango de edad.
<b>Población de 65 años y más en situación de pobreza</b>	Porcentaje respecto del total de la población cuyo ingreso per cápita medio está por debajo de la línea de pobreza.	i. Protección del ingreso ii. Subsidio del ingreso	CEPAL (2022b); Statistics Canada (2021); Semega et al. (2021); Instituto Nacional de Estadística y Censos (INIDE) (2016)	El dato de Argentina corresponde a la pobreza urbana; el dato de Chile corresponde a 2017; el dato de México corresponde a 2018. No se encontró el dato para Nicaragua en este rango de edad.
<b>Tasa de mortalidad infantil</b>	El número de niños que mueren antes de cumplir un año de edad, por cada 1.000 nacidos vivos en un año determinado	iii. Asistencia médica	Banco Mundial (2022c)	
<b>Razón de mortalidad materna (100 000 nacidos vivos)</b>	El número de mujeres que mueren por causas relacionadas con el embarazo mientras están embarazadas o en los 42 días siguientes a la interrupción del embarazo por cada 100.000 nacidos vivos.	iii. Asistencia médica	OPS (2019, Marzo 1); OPS (2022); Ministerio de Salud (2020a); Ministerio de Salud (2020b)	El dato de Bolivia (Estado Plurinacional de) se obtuvo de OPS (2019); el dato de El Salvador se obtuvo de Ministerio de Salud (2020a); el dato de Perú se obtuvo de Ministerio de Salud (2020b).

<b>Esperanza de vida al nacer</b>	La esperanza de vida al nacer indica la cantidad de años que viviría un recién nacido si los patrones de mortalidad vigentes al momento de su nacimiento no cambian a lo largo de la vida del infante.	iii. Asistencia médica	Banco Mundial (2023)	
-----------------------------------	--	------------------------	----------------------	--

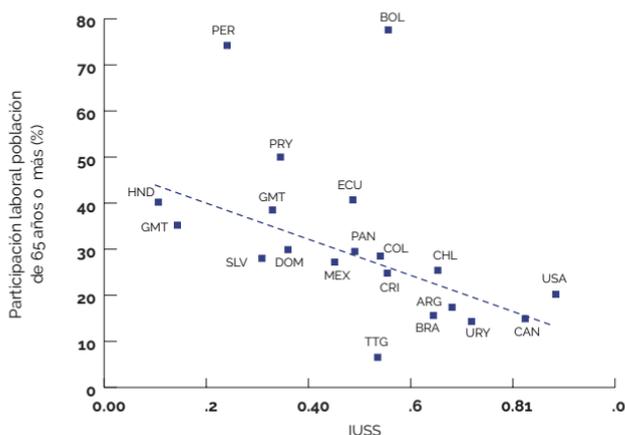
**Fuente:** elaboración propia.

Para analizar la función de protección del ingreso, se estudió la relación de los resultados del IUSS con dos indicadores de impacto:<sup>11</sup> con la tasa de participación laboral de las personas de 65 años o más, y con el gasto de bolsillo como porcentaje del gasto total en salud. La razón de estudiar la relación del IUSS con el primer indicador radica en que se esperaría que, en países con sistemas de pensiones más sólidos, habría menos probabilidades de que las personas mayores continúen trabajando después de llegar a la edad legal de jubilación, dado que tendrían ingresos suficientes que les permitirían tener una vida desvinculada del mercado remunerado de trabajo. En la gráfica 5 se muestra la relación entre el IUSS y este indicador para 19 de los 21 países estudiados (a excepción de Cuba y Nicaragua, para los cuales no se identificaron datos comparables). Como se puede observar, los países con un valor más alto en el IUSS tendieron a ser también los que tuvieron una menor tasa de participación laboral de este grupo de edad, lo cual se confirma al calcular el coeficiente de correlación de Pearson ( $r$ ), que fue de  $-0.632$ , señalando una relación negativa fuerte. Esto sugiere que la universalización de los sistemas de seguridad social es efectiva para garantizar un ingreso monetario a las personas que

<sup>11</sup> Es importante aclarar que el análisis de esta sección sólo busca identificar potenciales relaciones estadísticas entre el IUSS y los indicadores que se seleccionaron en relación con las tres funciones de la seguridad social. De ninguna manera se pretende realizar una evaluación al estilo de las que se desarrollan en la disciplina de las políticas públicas y, mucho menos, una evaluación de impacto, la cual desarrolla complejos análisis cuantitativos y cualitativos para tratar de demostrar causalidad entre los programas implementados y cambios en el problema público que busca atender.

alcanzan la edad de jubilación, por lo que no enfrentan la necesidad de continuar trabajando en su vejez. Lo anterior, además de tener ventajas para el bienestar de las personas de edad.

**Gráfica 5. IUSS y tasa de participación laboral de las personas de 65 años o más, 2019**



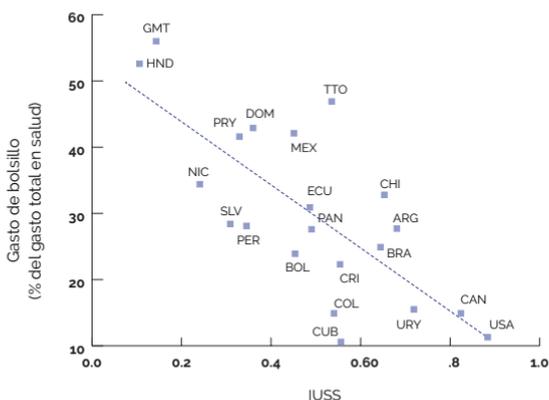
**Fuente:** elaboración propia con datos del IUSS y de OIT (2023).

**Nota:** no se incluye el caso de Cuba porque no hay datos comparables.

El gasto de bolsillo en salud refiere a los gastos hechos directamente por los hogares para solventar necesidades de atención de la salud y es una de las medidas más ampliamente utilizadas para analizar la protección financiera que brindan los sistemas de salud, por lo que es un indicador adecuado para analizar la función de protección del ingreso. En la gráfica 6 se muestra la relación entre el IUSS y el gasto de bolsillo como porcentaje del gasto total en salud para los 21 países estudiados. Tanto la gráfica como el índice de Pearson ( $r=-0.741$ ) muestran una relación negativa y alta entre ambas variables. Esto indica que,

a mayor universalización de la seguridad social, se reduce el gasto que tienen que ejercer los hogares directamente al solicitar servicios sanitarios, lo cual contribuye a prevenir gastos empobrecedores ante la necesidad de asistencia médica.

**Gráfica 6. IUSS y gasto de bolsillo en salud (porcentaje del gasto total en salud), 2019**

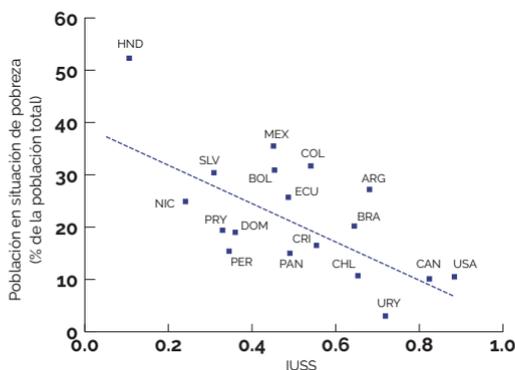


**Fuente:** elaboración propia con datos del IUSS y de Banco Mundial (2022d).

El estudio de las relaciones de estos dos indicadores con el IUSS refiere a la función de protección del ingreso de dos prestaciones principalmente: pensiones por vejez y asistencia médica. Sin embargo, con ellos no es posible analizar el impacto de las otras prestaciones incluidas en el índice. Lamentablemente, no hay información disponible y comparable para estudiar esas relaciones. Es relevante que en el futuro se cuente con información de este tipo. Una alternativa pertinente sería la estimación del porcentaje de la población que estaría en pobreza si se eliminaran los beneficios de la seguridad social, tal como lo calcularon Rofman y Apella (2016) para el caso uruguayo entre 2001 y 2013. Pese a estas limitaciones, se puede afirmar que la evidencia disponible indica que, en general, a una mayor universalización de la seguridad social corresponde una mayor protección del ingreso.

Ahora, para analizar la función de subsidio del ingreso, se revisa la relación del IUSS con el indicador del porcentaje de la población total en situación de pobreza, así como para los grupos de edad de 0 a 14 años y de 65 años y más. Estas relaciones se presentan en las gráficas 7, 8 y 9, respectivamente, para 18 de los 21 países estudiados (no hubo datos comparables para Cuba, Guatemala y Trinidad y Tobago). En el caso de los países de la región latinoamericana, se utilizó principalmente información de la base de datos de la CEPAL sobre estimación de la población en situación de pobreza, aunque en el caso de Nicaragua se utilizó la estimación de la oficina nacional de estadística, al igual que en los casos de Estados Unidos de América y Canadá. A pesar de la diferencia que hay en las metodologías para determinar el tamaño de esta población, en todos los casos las estimaciones se basan en el ingreso disponible de los hogares en relación con una canasta básica de bienes y servicios, a diferencia de otras medidas multidimensionales que toman en cuenta elementos no monetarios, por lo que se consideró que los datos recopilados eran adecuados para el análisis comparado.

**Gráfica 7. IUSS y población en situación de pobreza (porcentaje de la población total), 2019**

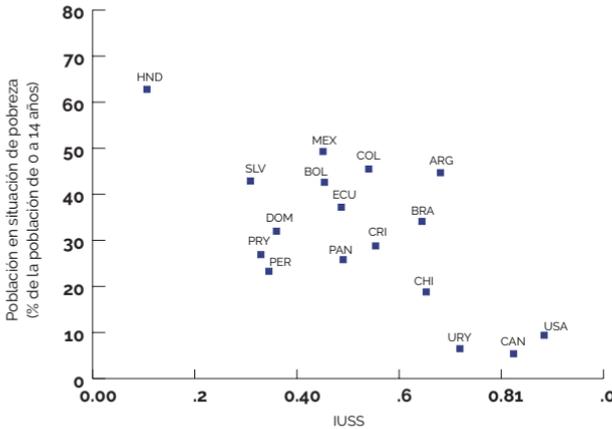


**Fuente:** elaboración propia con datos del IUSS, CEPAL (2022b), Statistics Canada (2021), Semega et al. (2021) e INIDE (2016).

**Nota:** el dato de Argentina corresponde a la pobreza urbana; el dato de Chile corresponde a 2017; el dato de México corresponde a 2018; el dato de Nicaragua corresponde a 2016.

Como se puede observar, en los tres casos hay una alta correlación entre el IUSS y los indicadores. Las gráficas muestran que, en general, en los países que han avanzado más en la universalización hay niveles bajos de pobreza. Por ejemplo, en el caso de la población total, el índice de correlación de Pearson con el IUSS es de  $-0.661$ , lo cual indica que hay una relación negativa y fuerte. En el caso del indicador de pobreza para las personas de 0 a 14 años, el índice de correlación es de  $-0.688$ , lo cual señala una correlación también negativa, incluso más fuerte que la que hay con el indicador para la población total. Finalmente, en el caso del indicador para las personas de 65 años o más se pudo verificar una correlación negativa más fuerte que en los dos indicadores previos, pues fue de  $-0.708$ .

**Gráfica 8. IUSS y población de 0 a 14 años en situación de pobreza (porcentaje de la población de 0 a 14 años), 2019**



**Fuente:** elaboración propia con datos del IUSS, CEPAL (2022b), Statistics Canada (2021) y Semega *et al.* (2021).

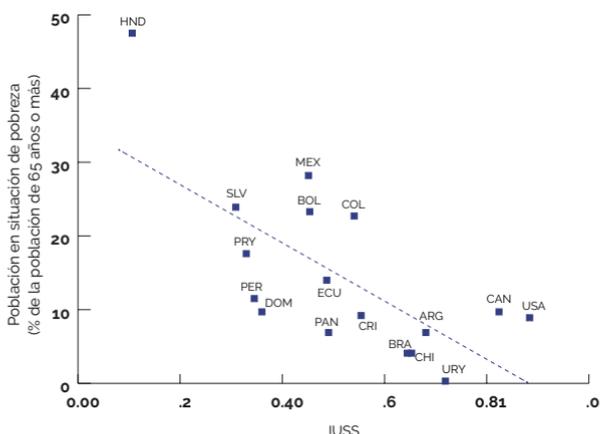
**Nota:** el dato de Argentina corresponde a la pobreza urbana; el dato de Chile corresponde a 2017; el dato de México corresponde a 2018; los datos de Estados Unidos de América y Canadá son para el grupo de 0 a 18 años; no se encontró el dato para Nicaragua en este rango de edad.

Una hipótesis para explicar las diferencias que hay en el nivel de correlación entre el IUSS y los indicadores de pobreza por grupos de edad se relaciona con la diversidad en el nivel de desarrollo de las prestaciones dirigidas a las personas en distintas etapas de su vida. Los regímenes de pensiones por vejez son los que han alcanzado un mayor desarrollo en los países americanos; además de ser de las primeras prestaciones que se establecieron por ley en todo el mundo, han logrado una cobertura alta en casi todo el continente. La mayoría de los beneficios destinados a niñas, niños y jóvenes son las prestaciones familiares y aunque fueron de las últimas en establecerse por ley, desde finales de los años 90 se crearon programas de transferencias condicionadas para familias con menores a cargo y en situación de pobreza o con bajos ingresos. De esta manera, para 2012 se había alcanzado un máximo de 31 programas de este tipo en 21 países americanos, que en conjunto cubrían a 22.7% de la población de todos esos países (Cecchini y Atuesta, 2017, pp. 16 y 27). Finalmente, las prestaciones destinadas a las personas en edad de trabajar son el aseguramiento contra accidentes de trabajo y enfermedades profesionales, y contra el desempleo. Si bien el primer tipo de prestaciones fue de las primeras en establecerse en los sistemas de seguridad social americanos y cuentan con un nivel de cobertura relativamente alto, como se vio en secciones previas, las prestaciones del segundo tipo tienen un escaso desarrollo en la actualidad. De hecho, hasta antes de la pandemia de COVID-19, sólo ocho países de la región latinoamericana y caribeña (Argentina, Bahamas, Barbados, Brasil, Chile, Ecuador, Venezuela y Uruguay) (Velásquez Pinto, 2021, p. 5)<sup>12</sup> y dos países norteamericanos (Canadá y Estados Unidos de América) contaban con seguros ante esta contingencia, por lo que la protección del ingreso de las personas en edad activa tenía un bajo nivel de cobertura en el continente. Aunque durante la emergencia por la pandemia se crearon algunos programas para proteger contra la pérdida de ingresos monetarios por trabajo, la mayoría fueron temporales y no ha mejorado sustancialmente el aseguramiento en este ámbito.

---

<sup>12</sup> Velásquez Pinto (2021) menciona que, aunque Colombia tiene el Mecanismo de Protección al Cesante, que es un esquema de ahorro voluntario, no lo clasifica como un seguro de desempleo.

**Gráfica 9. IUSS y población de 65 años o más en situación de pobreza (porcentaje de la población de 65 años o más), 2019**



**Fuente:** elaboración propia con datos del IUSS, CEPAL (2022b), Statistics Canada (2021) y Semega *et al.* (2021).

**Nota:** el dato de Argentina corresponde a la pobreza urbana; el dato de Chile corresponde a 2017; el dato de México corresponde a 2018. No se encontró el dato para Nicaragua en este rango de edad.

Antes de proceder con el análisis del impacto de la siguiente función de la seguridad social, se debe señalar que la pobreza monetaria es un fenómeno multicausal, por lo que no se relaciona exclusivamente con la pérdida de ingresos por trabajo debido a la ocurrencia de un riesgo asegurable, sino que se relaciona también con otros elementos como la distribución del ingreso, el tamaño de la economía informal, los niveles de educación de la población o el crecimiento económico. De hecho, en este último punto, se debe señalar la alta correlación positiva que hay entre el IUSS y el PIB *per cápita*, puesto que el coeficiente de correlación entre estos dos indicadores es de 0.753, lo que indica que los países con mayor PIB por habitante tuvieron, en general, un valor más alto en el IUSS. Pese a que los indicadores de población en situación de pobreza quizá no sean los idóneos para verificar el cumplimiento

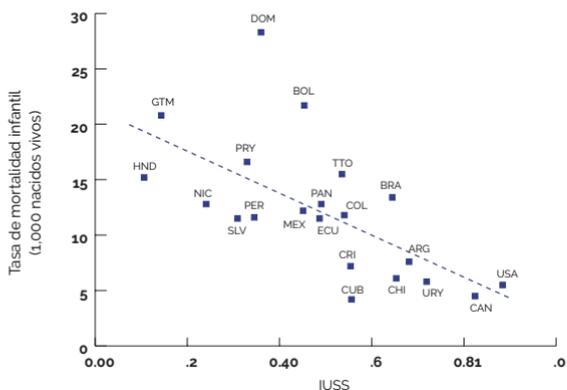
de la función de la seguridad social para subsidiar el ingreso, en este documento se considera que pueden funcionar como una variable *proxy* para este fin.

Ahora, en lo que concierne a la función de proveer servicios médicos, a continuación, se revisan las correlaciones entre el IUSS y tres indicadores de impacto: la tasa de mortalidad infantil (por cada 1,000 nacidos vivos), la razón de mortalidad materna (por cada 100,000 nacidos vivos) y la esperanza de vida al nacer.<sup>13</sup> En estos tres casos, se pudo recopilar información para los 21 países incluidos en el IUSS.

La tasa de mortalidad infantil es un indicador utilizado ampliamente en otros estudios comparativos de política social para medir los efectos de las intervenciones públicas en materia social (Martínez-Franzoni 2007; Cruz-Martínez 2015; CISS 2020) y, junto con la razón de mortalidad materna, son indicadores sensibles a la oferta de servicios sanitarios de tipo preventivo y curativo. En tanto, la esperanza de vida al nacer es un indicador vinculado con las condiciones de salud de la población, los servicios sanitarios y dimensiones relacionadas con el desarrollo social y económico. Las gráficas 10, 11 y 12, y el cálculo de los coeficientes de Pearson indican una relación negativa entre los dos primeros indicadores y el IUSS, y una relación positiva entre el tercer indicador y el índice. La correlación con el indicador de mortalidad infantil ( $r=-0.642$ ) es fuerte, en el caso de la mortalidad materna es moderada ( $-0.480$ ) y con la esperanza de vida es también fuerte ( $0.678$ ).

<sup>13</sup> Se estimaron correlaciones del IUSS con otros indicadores de impacto en salud, con bajos niveles de correlación o resultados contraintuitivos. Por ejemplo, el coeficiente de correlación de Pearson para el IUSS y la prevalencia de hipertensión entre personas adultas (30 a 79 años) fue de  $-0.031$  y con el indicador prevalencia de diabetes (% de población de 20 a 79 años) fue de  $0.035$ . En el caso de la morbilidad por enfermedades neoplásicas (cáncer de mama, cervicouterino, pulmón, colon, recto y próstata) el coeficiente fue  $0.660$ . Una interpretación simple de este último resultado sugeriría que, a mayor universalización de la seguridad social hay mayor morbilidad por enfermedades neoplásicas. Sin embargo, lo más probable es que no haya una relación directa entre ambos indicadores y que la mayor prevalencia de estas enfermedades en los países con un mayor avance en la universalización de la seguridad social se relacione con el proceso de transición epidemiológica, en el que tiende a incrementar la presencia de enfermedades no transmisibles en países de ingresos altos. Un elemento que abona a esta interpretación es la alta correlación entre el IUSS y el PIB *per cápita*, como se señaló más arriba en el texto. Esto es simplemente una hipótesis, por lo que es necesario profundizar en el estudio de las relaciones del IUSS con estos indicadores y otros pertinentes en la materia.

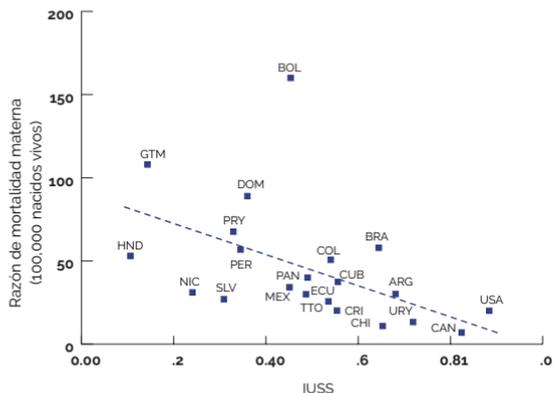
**Gráfica 10. IUSS y tasa de mortalidad infantil (por cada 1,000 nacidos vivos), 2019**



**Fuente:** elaboración propia con datos del IUSS y de Banco Mundial (2022c).

En conjunto, esto sugiere que a una mayor universalización de la seguridad social corresponden, en general, menor mortalidad infantil y materna, así como mayor esperanza de vida. Sin embargo, hay que hacer hincapié en que la mortalidad en ambos casos y la esperanza de vida también puede relacionarse con variables ajenas a la provisión de servicios médicos, tales como la disponibilidad de agua potable y alcantarillado, el estado nutricional de las madres y sus hijos e hijas, los niveles de pobreza, el estadio en el proceso de transición epidemiológica o la desigualdad de ingresos en cada país, entre otros.

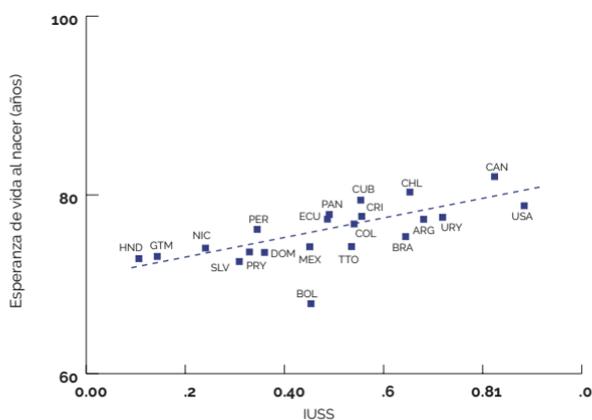
**Gráfica 11. IUSS y razón de mortalidad materna (por cada 100,000 nacidos vivos), 2019**



**Fuente:** elaboración propia con datos del IUSS, OPS (2022), Ministerio de Salud (2020a), Ministerio de Salud (2020b) y OPS (2019).

Las limitaciones que se enfrentan para operacionalizar los impactos de las funciones de protección y subsidio del ingreso, así como de provisión de asistencia médica se deben a la falta de indicadores más precisos, diseñados expresamente para este fin, por lo que no se puede establecer causalidad. A pesar de esto, se encontró una relación estadística que puede analizarse con mayor detalle a través de enfoques metodológicos más robustos, de tal manera que se comprenda más minuciosamente el sentido de la relación y cómo una variable impacta a otra. Incluso, como se acaba de sugerir, puede haber otras variables intervinientes. Por ejemplo, la relación alta y positiva entre el IUSS y el PIB per cápita, y a su vez, entre el IUSS y los indicadores de impacto podría deberse a que, en general, los países de ingresos altos tienen a su disposición una mayor cantidad de recursos económicos de los que se pueden recolectar impuestos para destinarlos a acciones gubernamentales en distintas áreas, como la seguridad social, y, por lo tanto, tienen capacidad para enfrentar de mejor manera la pobreza o mejorar las condiciones de salud de sus poblaciones. Por supuesto, esto es sólo una hipótesis que muestra la diversidad de relaciones que pueden estar detrás de estos hallazgos y que, forzosamente, requieren un análisis más profundo que considere en variables adicionales.

**Gráfica 12.** IUSS y esperanza de vida al nacer, 2019



**Fuente:** elaboración propia con datos del IUSS y Banco Mundial (2023).



## CONCLUSIONES

En este documento se presentó la elaboración del *Índice de Universalización de la Seguridad Social (IUSS)*. Este índice constituye la base para elaborar el primer capítulo del Informe de Seguridad Social en el Continente Americano. Con el IUSS se busca superar las limitaciones del Índice de Desempeño de la Seguridad Social, desarrollado en el *Informe de Seguridad Social y Bienestar en las Américas 2020* (CISS, 2020).

El IUSS busca medir el nivel de avance en la universalización de los sistemas de seguridad social en el continente americano recurriendo a tres dimensiones de análisis: el alcance de la cobertura legal, la extensión de la cobertura efectiva y el gasto en seguridad social. Esto implica partir de una concepción maximalista de lo que define la universalidad de la seguridad social.

Para instrumentar esta concepción, se adaptó la estrategia desarrollada por el PNUD para elaborar el Índice de Desarrollo Humano. Con esto, se buscó superar los problemas de relatividad asociados a técnicas basadas en el análisis de las medidas de tendencia central o de dispersión.

Los resultados de cada uno de los subíndices y del IUSS, que los integra, permitieron identificar algunos hallazgos interesantes. Uno de ellos es el relativamente alto grado de desarrollo del alcance de la cobertura legal. En todos los países de la muestra estudiada se proveen al menos seis de las ocho ramas de aseguramiento contempladas en el indicador utilizado. Sin embargo, no en todos los casos este alto desarrollo del alcance legal se acompaña de una alta extensión de la cobertura efectiva o gasto en seguridad social.

En este sentido, el índice de extensión de la cobertura efectiva mostró que más de la mitad de los países estudiados (13 de 21) están en los estratos 1 y 2, lo que sugiere un avance limitado en esta dimensión de análisis. Además, se puede mencionar que hay una mayor extensión en las prestaciones por vejez y asistencia médica, mientras que es menor en la provisión de prestaciones para niñas y niños, y en el aseguramiento contra accidentes de trabajo y enfermedades profesionales. Las correlaciones entre el IUSS e indicadores de impacto como los niveles de pobreza por distintos grupos de edad muestran una situación mejor para las personas mayores, quienes son beneficiarias de una de las prestaciones más desarrolladas en todo el continente, las pensiones por vejez. Una de las implicaciones de política pública de este conjunto de hallazgos es la urgencia de fortalecer la protección otorgada a niñas, niños y jóvenes, así como a las personas en edad de trabajar, incluyendo el aseguramiento contra accidentes de trabajo y, especialmente, contra el desempleo.

Por su parte, el índice de gasto mostró una alta heterogeneidad en los niveles de gasto en seguridad social de los países americanos, aunque éste tendió a ser relativamente bajo en la mayoría de los casos estudiados (16 de 21). El estudio desagregado de los indicadores incluidos en este índice condujo a la conclusión de que es en las variables de gasto público *per cápita*, en salud y en protección social, en las que hay diferencias más notables entre los países estudiados y, en particular, las grandes distancias que hay entre Canadá y Estados Unidos de América, por un lado, y el resto de los casos incluidos en la muestra, por el otro.

El IUSS complementó estos hallazgos, puesto que sus resultados indican que hay una distribución prácticamente igual de los casos por debajo y por encima del puntaje 0,500 del índice. Además, que la mayoría de los países por encima de este puntaje están en el estrato de avance alto en la universalización de la seguridad social y que solo dos están en el estrato de avance muy alto. Si bien, en general, estas son buenas noticias para el continente americano, también hay que tomar en cuenta que ocho países estaban en el estrato de avance medio y

otros tres en el estrato de avance bajo. Por esta razón, es necesario emprender esfuerzos decididos para conseguir un mayor avance en la universalización de la seguridad social, de tal manera que cada vez más países transiten a los grupos 3 y 4 del índice. La continuidad en la estimación del IUSS con datos de años subsiguientes serviría para monitorear este avance.

El análisis conjunto de los tres índices y el IUSS hizo posible identificar situaciones en las que los niveles de extensión de la cobertura efectiva parecen estar por encima de los niveles de gasto o en los que parece quedar rezagado frente a este último indicador. Esto genera preguntas acerca de la eficiencia del gasto en seguridad social y el nivel de las prestaciones, las cuales perfilan algunas líneas en las que se podría avanzar en la investigación.

Finalmente, el estudio de las relaciones que hay entre el IUSS y el impacto de sus funciones de protección del ingreso, subsidio de ingreso y asistencia médica estuvo limitado por la poca disponibilidad de indicadores que operacionalicen de una manera más precisa los fenómenos a medir. Sin embargo, se considera que la evidencia disponible permite afirmar que, en general, en los países que se han avanzado más en la universalización hubo mejores resultados en las tres funciones esenciales.

Pese a los importantes hallazgos a los que se llegaron mediante la elaboración del IUSS, también tiene limitaciones que se deben mencionar, a pesar de quedar expuestas en distintas partes de este documento. Es decir, se reconoce que esta operacionalización de la universalización de la seguridad social es solo una propuesta perfectible, que tiene ventajas y debilidades frente a otras opciones disponibles para analizar este objeto de estudio. En este sentido, no es la alternativa definitiva y debe fortalecerse a partir del debate y confrontación con otras propuestas disponibles. Así pues, una de sus limitaciones es la imposibilidad de operacionalizar directamente la dimensión de nivel de la cobertura, por lo que es urgente que se desarrollen estadísticas internacionales comparables en esta materia, particularmente, aquellas que permitan capturar las desigualdades en el acceso que persisten, pese a la

ampliación masiva de la cobertura. También el fortalecimiento de la generación de información estadística facilitaría estudiar directamente el impacto del funcionamiento de los sistemas de seguridad social en los tres principales ámbitos de operación: protección del ingreso, subsidio del ingreso, y provisión de asistencia médica.

Finalmente, respecto de las vías por las cuales se puede profundizar la investigación desarrollada en este documento, quizá lo más importante es explorar las relaciones que hay entre la extensión de la cobertura efectiva y el gasto público en seguridad social. Como se mencionó antes, esto implica formular preguntas de investigación relativas a la eficiencia del gasto y al nivel de las prestaciones. De la misma manera, se debe ahondar en las relaciones que se identificaron entre el índice agregado y los indicadores de impacto, de tal manera que se conozca con mayor detalle la manera en la que se relaciona la seguridad social con esos indicadores. Además de estos temas, el caso estadounidense merece mayor profundización, dados los hallazgos que contrastan con la percepción popular que hay sobre el desarrollo de su sistema de seguridad social.

## BIBLIOGRAFÍA

- Abu Sharkh, M., & Gough, I. (2010). Global Welfare Regimes: A Cluster Analysis. *Global Social Policy*, 1(1), 27-58.
- Acevedo, I., Flores, I., Székely, M., & Zoido, P. (2022). ¿Qué ha sucedido con la educación en América Latina durante la pandemia? *Notas Técnicas del BID* (2447).
- Arza, C., Castiglioni, R., Martínez-Franzoni, J., Niedzwiecki, S., Pribble, J., & Sánchez-Ancochea, D. (2022). *The Political Economy of Segmented Expansion: Latin American Social Policy in the 2000s*. Nueva York: Cambridge University Press.
- Asian Development Bank (ADB). (2011). *The Revised Social Protection Index: Methodology and Handbook*. Mandaluyong: ADB.
- Asociación Mexicana de Agencias de Inteligencia de Mercado y Opinión (AMAI). (2017, Noviembre). *Nivel Socioeconómico AMAI 2018: Nota metodológica*. Retrieved from <https://amai.org/descargas/Nota-Metodolo%CC%81gico-NSE-2018-v3.pdf>
- Banco Mundial. (2022, Enero 30). *Domestic general government health expenditure (% of GDP)*. Retrieved from The World Bank Data: <https://data.worldbank.org/indicator/SH.XPD.GHED.GD.ZS>
- Banco Mundial. (2022, Enero 30). *Domestic general government health expenditure per capita, PPP (current international \$)*. Retrieved from The World Bank Data: <https://data.worldbank.org/indicator/SH.XPD.GHED.PPCD>
- Banco Mundial. (2022, Julio 20). *Mortality rate, infant (per 1,000 live births)*. Retrieved from The World Bank Data: <https://data.worldbank.org/indicator/SP.DYN.IMRT.IN>
- Banco Mundial. (2022, Julio 20). *Out-of-pocket expenditure (% of current health expenditure)*. Retrieved from The World Bank Data: <https://data.worldbank.org/indicator/SH.XPD.OOPC.CH.ZS>

- Banco Mundial. (2023). *Esperanza de vida al nacer, total (años)*. Retrieved from <https://datos.bancomundial.org/indicador/SP.DYN.LE00.IN>
- Barrientos, A. (2019). Social protection in Latin America: One Region Two Systems. In G. ( Cruz-Martinez, *Welfare and Social Protection in Contemporary Latin America*. Abingdon: Routledge.
- Béland, D., Marchildon, G., & Prince, M. (2020). *Understanding Universality within a Liberal Welfare Regime: The Case of Universal Social Programs in Canada*. *Social Inclusion*, 124-132.
- Blomqvist, P., & Palme, J. (2020). *Universalism in Welfare Policy: The Swedish Case beyond 1990*. *Social Inclusion*, 114-123.
- Budowski, M., & Künzler. (2020). Editorial: Universalism in Social Policies: *A Multidimensional Concept, Policy Idea or Process*. *Social Inclusion*, 86-89.
- Cecchini, S., Filgueira, F., & Robles, C. (2014). *Sistemas de protección social en América Latina y el Caribe*. Santiago de Chile: CEPAL; Ministerio de Asuntos Exteriores de Noruega.
- Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). (2020). *Gasto en protección social*. Retrieved from Base de datos de inversión social en América Latina y el Caribe: <https://observatoriosocial.cepal.org/inversion/es/indicador/gasto-proteccion-social>
- Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). (2020). *Social Panorama of Latin America*. Retrieved from [https://www.cepal.org/sites/default/files/publication/files/46688/S2100149\\_en.pdf](https://www.cepal.org/sites/default/files/publication/files/46688/S2100149_en.pdf)
- Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). (2021, Julio 8). *Gasto público por función, en porcentajes del PIB*. Retrieved from CEPALSTAT: [https://statistics.cepal.org/portal/cepalstat/dashboard.html?indicator\\_id=4410&area\\_id=2313&lang=es](https://statistics.cepal.org/portal/cepalstat/dashboard.html?indicator_id=4410&area_id=2313&lang=es)
- Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). (2022, Agosto 22). *América Latina y el Caribe perdió casi 3 años de esperanza de vida al nacer entre 2019 y 2021 a consecuencia de la pandemia de COVID-19*. Retrieved from <https://www.cepal.org/es/notas/america-latina-caribe-perdio-casi-3-anos-esperanza-vida-al-nacer-2019-2021-consecuencia-la#:~:text=Las%20nuevas%20estimaciones%20y%20proyecciones,72%2C1%20a%C3%B1os%20en%202021>

- Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). (2022, Julio 5). *Gasto público social según clasificación por funciones del gobierno* (por habitante en dólares a precios constantes). Retrieved from CEPALSTAT: [https://statistics.cepal.org/portal/cepalstat/dashboard.html?indicator\\_id=3128&area\\_id=411&lang=es](https://statistics.cepal.org/portal/cepalstat/dashboard.html?indicator_id=3128&area_id=411&lang=es)
- Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). (2022, Abril 1). *Población en situación de pobreza extrema y pobreza según área geográfica*. Retrieved from CEPALSTAT: [https://statistics.cepal.org/portal/cepalstat/dashboard.html?indicator\\_id=3328&area\\_id=927&lang=es](https://statistics.cepal.org/portal/cepalstat/dashboard.html?indicator_id=3328&area_id=927&lang=es)
- Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). (n.d.). *Bolivia*. Retrieved from Base de datos de inversión social en América Latina y el Caribe: <https://observatoriosocial.cepal.org/inversion/es/paises/bolivia>
- Conferencia Interamericana de Seguridad Social (CISS). (2020). *Informe de Seguridad Social y Bienestar en las Américas*. Ciudad de México. Retrieved from CISS.
- Cruz Ferre, J. (2022). *Social Policy Expansion and Segmentation in the First Two Decades of the 21st Century in Latin America*. *International Journal of Social Welfare*, 1-20.
- Cruz-Martínez, G. (2014). Welfare State Development in Latin America and the Caribbean (1970s–2000s): Multidimensional Welfare Index, Its Methodology and Results. *Social Indicators Research*, 119, 1295-1317.
- Cruz-Martínez, G. (2021). *Mapping Welfare State Development in (post) Neoliberal Latin America*. Retrieved from <https://doi.org/10.1007/s11205-020-02575-6>
- Dalenius, T., & Hodges, J. (1959). Minimum Variance Stratification. *Journal of the American Statistical Association*, 88-101.
- Deb, S. (2015). The Human Development Index and Its Methodological Refinements. *Social Change*, 131-136.
- Esping-Andersen, G. (1990). *The Three Worlds of Welfare Capitalism*. Cambridge: Polity Press.
- Ewig, C. (2016). Reform and Electoral Competition: Convergence Toward Equity in Latin America Health Sectors. *Comparative Political Studies*, 184-218.

- Fundación Internacional para el Desafío Económico Global. (2020). *Encuesta de Hogares para Medir la Pobreza en Nicaragua*. Retrieved from Informe de resultados 2019: <http://fideg.org/wp-content/uploads/2020/12/Informe-Pobreza-FIDEG-2019.pdf>
- Garay, C. (2016). *Social Policy Expansion in Latin America*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Huber, E., & Stephens, J. D. (2012). *Democracy and the Left: Social Policy and Inequality in Latin America*. Chicago: The University of Chicago Press.
- Instituto Nacional de Información de Desarrollo (INIDE). (2016). *Reporte de Pobreza y Desigualdad EMNV 2016*. Managua: Instituto Nacional de Información de Desarrollo.
- Kunißen, K. (2018). From Dependent to Independent Variable: A Critical Assessment of Operationalisations of 'Welfare Stateness' as Macro-Level Indicators in Multilevel Analyses. *Social Indicators Research*.
- Kwon, H. (2016). *Social Protection in Asia: Cluster Analysis of the Disaggregated Social Protection Index (tesis de maestría)*. Seoul: Seoul National University.
- Laborda, L. A. (2020, Enero 17). *La pobreza afecta a más de un millón de niños en Canadá*. Retrieved from Radio Canadá Internacional: <https://www.rcinet.ca/es/2020/01/14/la-pobreza-afecta-a-mas-de-un-millon-de-ninos-en-canada/#:~:text=Un%20nuevo%20informe%20sostiene%20que,situaci%C3%B3n%20de%20pobreza%20en%20Canad%C3%A1>.
- Leisering, L. (2020). *The Calls for Universal Social Protection by International Organizations: Constructin a New Global Consensus. Social Inclusion, 90-102*.
- Martínez Franzoni, J. (2007). *Regímenes del bienestar en América Latina*. Madrid: Fundación Carolina.
- Martínez-Franzoni, J., & Sánchez-Ancochea, D. (2016). *The Quest for Universal Social Policy in the South: Actors, Ideas, and Architectures*. Nueva York: Cambridge Univesity Press.
- Midgley, J. (2022). *Advanced Introduction to Social Protection*. Cheltenham: Edward Elgar.
- Ministerio de Salud. (2020a). *Incrementa mortalidad materna en El*

- Salvador, al cierre de 2020*. Retrieved from <https://observadsdr.org/wp-content/uploads/2021/07/Mortalidad-materna-a-diciembre-2020.pdf>
- Ministerio de Salud. (2020b). *SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA DE LA MORTALIDAD MATERNA EN EL PERÚ*. Retrieved from Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades: <https://www.mesadeconcertacion.org.pe/storage/documentos/2021-05-07/anexo-2-cdc-minsa-muerte-materna-2020-2021-08-abril.pdf>
- Muñoz De Bustillo Llorente, R., Fernandez Macias, E., & Gonzalez Vazquez, I. (2020). *Universality in Social Protection: An Inquiry About Its Meaning and Measurement*. Luxemburgo: 2020.
- Natoli, R., Feeny, S., Li, J., & Zuhair, S. (2024). *Aggregating the Human Development Index: A Non-compensatory Approach*. Social Indicators Research.
- Ocampo, J. A., & Gómez-Arteaga, N. (2017). *Los sistemas de protección social, la redistribución y el crecimiento en América Latina*. Revista de la CEPAL(122), 7-33.
- Öktem, K. G. (2020). *The Welfare State as Universal Social Security: A Global Analysis*. *Social Inclusion*, 8(1), 103-113.
- Organización de las Naciones Unidas (ONU): Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. (2008). *Observación general N° 19: El derecho a la seguridad social (artículo 9)*. Ginebra: ONU.
- Organización Internacional del Trabajo (OIT). (2009). *Social Security for All: Investing in Social Justice and Economic Development*. Ginebra: OIT.
- Organización Internacional del Trabajo (OIT). (2011). *World Social Security Report 2010-2011: Providing Coverage in Times of Crisis and Beyond*. Ginebra: OIT.
- Organización Internacional del Trabajo (OIT). (2017). *Informe Mundial sobre la Protección Social 2017-2019: La protección social universal para alcanzar los Objetivos del Desarrollo Sostenible*. Ginebra: OIT.
- Organización Internacional del Trabajo (OIT). (2021). *Informe Mundial sobre la Protección Social 2020-2022: La protección social en la encrucijada: en busca de un futuro mejor*. Ginebra: OIT.

- Organización Internacional del Trabajo (OIT). (2022, Noviembre 9). *Social protection effective coverage (including SDG 1.3.1 and 3.8.1), 2020 or latest available year*. Retrieved from World Social Protection Data Dashboards: <https://www.social-protection.org/gimi/WSPDB.action?id=1468%20%20>
- Organización Internacional del Trabajo (OIT). (2023). *Labour force participation rate by sex and age (%) - Annual*. Retrieved from [https://www.ilo.org/shinyapps/bulkexplorer15/?lang=en&segment=indicator&id=EAP\\_DWAP\\_SEX\\_AGE\\_RT\\_A](https://www.ilo.org/shinyapps/bulkexplorer15/?lang=en&segment=indicator&id=EAP_DWAP_SEX_AGE_RT_A)
- Organización Internacional del Trabajo (OIT). (2023). *NORMLEX Information System on International Labour Standards*. Retrieved from <https://www.ilo.org/dyn/normlex/es/f?p=NORMLEXPUB:1:0::NO::>
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2022). *UHC service coverage index (SDG 3.8.1)*. Retrieved from World Health Organization Data portal: [https://www.who.int/data/maternal-newborn-child-adolescent-ageing/indicator-explorer-new/mca/uhc-service-coverage-index-\(sdg-3.8.1\)](https://www.who.int/data/maternal-newborn-child-adolescent-ageing/indicator-explorer-new/mca/uhc-service-coverage-index-(sdg-3.8.1))
- Organización Panamericana de la Salud (OPS). (2019, Marzo 1). *La historia de Carla: Un freno a las muertes maternas en Bolivia*. Retrieved from [https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com\\_content&view=article&id=14996:carla-s-story-putting-the-brakes-on-maternal-mortality-in-bolivia&Itemid=0&lang=es#gsc.tab=0](https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=14996:carla-s-story-putting-the-brakes-on-maternal-mortality-in-bolivia&Itemid=0&lang=es#gsc.tab=0)
- Organización Panamericana de la Salud (OPS). (2022). *Razón de mortalidad materna (100 000 nacidos vivos)*. Retrieved from Tablero de los indicadores básicos: <https://opendata.paho.org/es/indicadores-basicos/tablero-de-los-indicadores-basicos>
- Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE). (2022). *Social Expenditure - Aggregated Data*. Retrieved from <https://stats.oecd.org/>
- Pierson, C. (2006). *Beyond the Welfare State? The New Political Economy of Welfare*, third edition. Cambridge: Polity Press.
- Pribble, J. (2013). *Welfare and Party Politics in Latin America*. Nueva York: Cambridge University Press.
- Rodrigues, R. (2010). *Gobierno local y Estado de bienestar: Regímenes*

- y resultados de la política social en Brasil, tesis doctoral. Salamanca: Universidad de Salamanca.
- Rofman, R., & Apella, I. (2016). La protección social uruguaya en un contexto de transición demográfica. In R. Rofman, V. Amarante, & I. Apella, *Cambio demográfico y desafíos económicos y sociales en el Uruguay del siglo XXI*. Santiago de Chile: CEPAL-Banco Mundial.
- Segura-Ubiergo, A. (2007). *The Political Economy of the Welfare State in Latin America: Globalization, Democracy, and Development*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Semega, J., Kollar, M., Shrider, E. A., & Creamer, J. F. (2021). *Income and Poverty in the United States: 2019*. Washington DC: U.S. Census Bureau.
- Statistics Canada. (2021, Marzo 24). Table 3 *Persons living below the poverty line* (Market Basket Measure, 2018 base), Canada, 2015 to 2019. Retrieved from The Daily: <https://www150.statcan.gc.ca/n1/daily-quotidien/210323/t003a-eng.htm>
- Valencia, R. (2020, Marzo 13). *El español y los adultos mayores en Canadá*. Retrieved from Radio Canadá Internacional: <https://www.rcinet.ca/es/2018/08/13/el-espanol-y-los-adultos-mayores-en-canada/>
- Velásquez Pinto, M. (2021). *La protección ante el desempleo: Medidas aplicadas durante la crisis del COVID-19*. Documentos de Proyectos.
- Wilensky, H. (1965). *Industrial Society and Social Welfare*. Nueva York: Russell Sage Foundation.
- Yar Min, Z. (2018, Septiembre 13). *Indicator 1.3.1*. Retrieved from <https://unstats.un.org/wiki/display/SDGeHandbook/Indicator+1.3.1>



## **ANEXO 1. METODOLOGÍA DE LOS ÍNDICES DE SEGURIDAD SOCIAL**

El Índice de Universalización de la Seguridad Social se compone de tres índices: alcance de la cobertura legal, extensión de la cobertura efectiva y gasto en seguridad social. El primero da cuenta del número de las ramas de la seguridad social con al menos un esquema reconocido en la legislación nacional. El segundo refiere a las personas que efectivamente acceden a las prestaciones por vejez, salud, accidentes de trabajo, prestaciones para menores, entre otros. El tercero se refiere al gasto público en salud y diversas prestaciones de la seguridad social, tales como enfermedad, discapacidad, familia y desempleo.

Siguiendo a Cruz-Martínez (2021), para elaborar estos índices se adaptó la estrategia del Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo para formular el Índice de Desarrollo Humano (IDH). Dicha estrategia tiene tres grandes pasos. Primero, se definen los límites ideales de cada indicador, tanto mínimo como máximo. El valor máximo es sencillo de identificar, pues se puede utilizar un promedio del valor de los países con valores más altos en el indicador, el valor máximo del conjunto de datos o bien podría ser el 100% de alguna cobertura, mientras que el límite inferior requiere indagar cuál sería el valor mínimo que una sociedad puede soportar o cuál es el piso mínimo que protege alguna normatividad.

En segundo lugar, se calcula el valor de cada indicador para después construir los subíndices con una media aritmética. Una vez que se tienen los subíndices, se calcula el índice mediante una media geométrica. En tercer lugar, para mejorar la interpretación del índice y los subíndices, los países se agruparon en cuatro estratos que divide en rangos iguales la distribución de los resultados posibles, que van de cero a uno.

## Definición de los límites ideales

Los límites ideales son medidas tope, tanto mínimas como máximas, que permiten visualizar el recorrido de los países en un indicador específico para alcanzar el valor más alto. En el caso del índice de extensión de la cobertura efectiva, se utilizó como máximo 100% de la cobertura y, como mínimo, el valor más bajo registrado en la muestra de 21 países estudiados. En la tabla A1 se presentan estos máximos y mínimos.

**Tabla A1. Límites ideales de los subíndices de seguridad social**

Índice	Indicador	Mínimo de 2019	Nota	Máximo	Nota
				ideal	
Extensión	Cobertura universal de salud	57.11	Guatemala	100	Ideal
	Cobertura efectiva entre menores	0.2	Cuba	100	Ideal
	Cobertura efectiva de trabajadores ante accidentes de trabajo	7.4	Perú	100	Ideal
	Fuerza de trabajo efectivamente cubierta por un esquema de pensiones	16.4	Honduras	100	Ideal
	Cobertura efectiva contributiva o no contributiva entre personas mayores	2.7	Cuba	100	Ideal

Gasto	Gasto público en protección social, en porcentajes del PIB	0.44	Honduras	21.99	Promedio de los cinco países de la OCDE con el gasto más alto: Finlandia, Francia, Dinamarca, Italia y Bélgica.
	Gasto en salud, en porcentajes del PIB	2.39	Guatemala	10.13	Cuba
	Gasto en salud per cápita	170.63	Honduras	5,613.69	Promedio de los cinco países de la OCDE con el gasto más alto: Noruega, Luxemburgo, Estados Unidos de América, Suecia y Alemania.
	Gasto en protección social per cápita	11.18	Honduras	12,613.22	Promedio de los cinco países de la OCDE con el gasto más alto: Luxemburgo, Noruega, Dinamarca, Finlandia y Austria.
Alcance	Alcance	3	C102 de la OIT	8	Ideal

**Fuente:** elaboración propia.

A diferencia de Cruz-Martínez (2021), quien define los límites máximos para el Índice de Desarrollo de los Estados de Bienestar (Welfare State Development Index) como el promedio de los países nórdicos (que fueron los países con los valores más altos en su área de estudio), en esta investigación se decidió utilizar el promedio de los cinco países de la OCDE con el valor más alto en cada indicador. En todos los casos,

este promedio fue superior al máximo registrado en el continente americano, salvo el caso del gasto del gobierno en salud como porcentaje del PIB, puesto que Cuba (10.13%) registró un valor más alto que todos los países del continente americano y de los países que pertenecen a la OCDE. De hecho, Cuba ocupó el segundo lugar a nivel mundial, sólo detrás de Tuvalu (17.8%) (Banco Mundial 2022a), que es un país insular de Oceanía con casi 12 mil habitantes. Dadas estas condiciones, se decidió utilizar el valor de Cuba como el máximo en el indicador de gasto del gobierno en salud.

Finalmente, en el índice de alcance legal de la cobertura, el valor mínimo que se utilizó fue el de tres ramas con esquemas reconocidos en la legislación, puesto que el Convenio 102 de la OIT dice que los países firmantes deberán garantizar al menos tres de las ramas de aseguramiento contempladas en este instrumento. Respecto del máximo, se utilizó el valor más alto que se puede registrar en el indicador: ocho ramas con al menos un esquema establecido en la legislación.

### **Cálculo de los índices**

Una vez definidos los límites, se normalizaron los indicadores utilizando la fórmula 1. En el caso del gasto per cápita, tanto en salud como en protección social, se realizó el mismo cálculo, pero con el logaritmo natural, esto para evitar problemas con la distribución de residuales o de posibles sesgos (Asociación Mexicana de Agencias de Inteligencia de Mercado y Opinión [AMAI], 2017).

A continuación, se muestra el ejemplo de Argentina para la elaboración de los índices.

#### **Fórmula1**

$$\text{indicador} = \frac{\text{valor} - \text{mínimo}}{\text{máximo} - \text{mínimo}}$$

**Tabla A2. Ejemplo: cálculo de los índices para Argentina**

Subíndice	Indicador	Valor
Gasto en seguridad social	Gasto público en protección social, en porcentajes del PIB	10.76
	Gasto en salud como porcentaje del PIB	5.93
	Gasto en salud per cápita	1,371.24
	Gasto en protección social per cápita	1,229.72
Extensión de la cobertura efectiva	Cobertura universal de salud	73.41
	Cobertura efectiva entre menores	79.6
	Cobertura efectiva de trabajadores ante accidentes de trabajo	47.4
	Fuerza de trabajo efectivamente cubierta por un esquema de pensiones	46.9
	Cobertura efectiva contributiva o no contributiva entre personas mayores	89.8
Alcance de la cobertura legal	Alcance	8

**Fuente:** elaboración propia.

$$\text{Gasto público en protección social \% PIB} = \frac{10.76 - 0.44}{21.99 - 0.44} = 0.479$$

$$\text{Gasto en salud \% PIB} = \frac{5.931 - 2.39}{10.13 - 2.39} = 0.458$$

$$\text{Gasto en salud per cápita} = \frac{\ln(12613.22) - \ln(11.18)}{\ln(12613.22) - \ln(11.18)} = 0.597$$

$$\text{Gasto público en protección social per cápita} = \frac{\ln(1229.72) - \ln(11.18)}{\ln(12613.22) - \ln(11.18)} = 0.669$$

Posteriormente, se calcula una media aritmética para construir el subíndice:

$$\text{Gasto} = \frac{0.479+0.458+0.597+0.669}{4} = 0.551$$

Se aplica el mismo procedimiento con el subíndice de extensión de la cobertura efectiva y se obtiene el siguiente resultado:

$$\text{Cobertura universal de salud} = \frac{3.41-57.111}{100-57.111} = 0.380$$

$$\text{Cobertura efectiva entre menores} = \frac{79.59-0.2}{100-0.2} = 0.796$$

$$\text{Cobertura efectiva de trabajadores ante accidentes de trabajo y accidentes profesionales} = \frac{47.40-7.4}{100-7.4} = 0.432$$

$$\text{Fuerza de trabajo efectivamente cubierta por un esquema de pensiones} = \frac{46.90-16.4}{100-16.4} = 0.365$$

$$\text{Cobertura efectiva contributiva o no contributiva entre personas mayores} = \frac{89.80-2.7}{100-2.7} = 0.895$$

$$\text{Extensión} = \frac{.380+0.796+0.432+0.365+0.895}{5} = 0.574$$

Por último, se normaliza el subíndice de alcance:

$$\text{Alcance} = \frac{8-3}{8-3} = 1$$

Finalmente, se calcula una media geométrica con los tres subíndices para obtener el índice de seguridad social de Argentina:

$$\text{Índice Agregado} = (0.551 \cdot 0.574 \cdot 1)^{1/3} = 0.681$$

## Estratificaciones

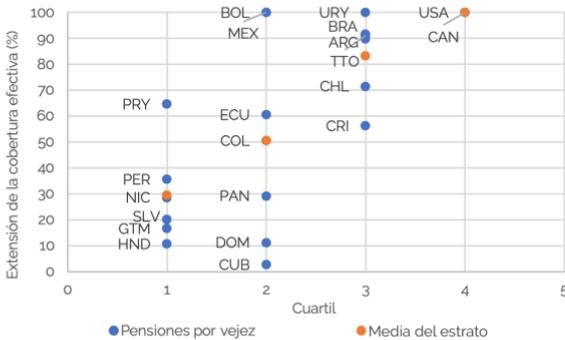
Los índices se agruparon dividiendo el total de posibilidades de puntajes, que puede ir de cero a uno, en cuatro grupos del mismo tamaño, por lo que los límites de cada agrupación se establecieron en los puntajes 0.250, 0.500 y 0.750, respectivamente. Se decidió emplear esta estrategia para disminuir la relatividad que otorga el conjunto de datos al utilizar cualquier otra técnica. En este sentido, al agrupar los índices deja claro el recorrido que deben hacer los países para mejorar sus sistemas de seguridad social y lograr alcanzar los límites máximos e ideales.



## ANEXO 2. GRÁFICAS DE DISPERSIÓN DE LOS INDICADORES POR ESTRATO

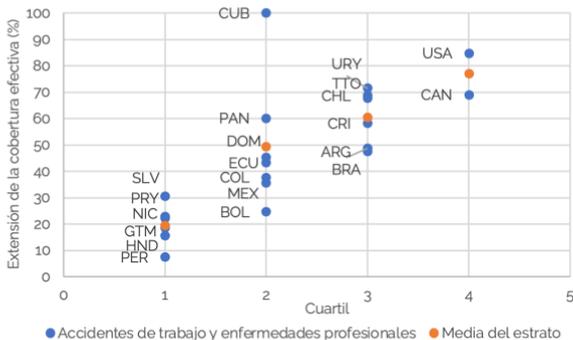
En este anexo se presentan gráficas de dispersión que muestran la distribución de los valores de los indicadores incluidos en los índices de extensión de la cobertura efectiva y gasto público en seguridad social, en ambos casos, organizados por estrato de los respectivos índices.

**Gráfica A2.1 Prestaciones por vejez por estrato del IUSS, 2019**



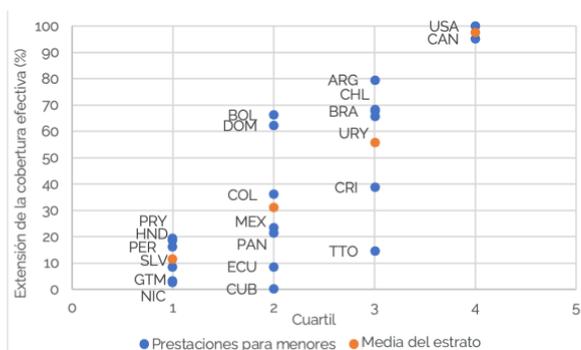
**Fuente:** elaboración propia con información de OIT (2022).

**Gráfica A2.2 Accidentes de trabajo y enfermedades profesionales por estrato del IUSS, 2019**



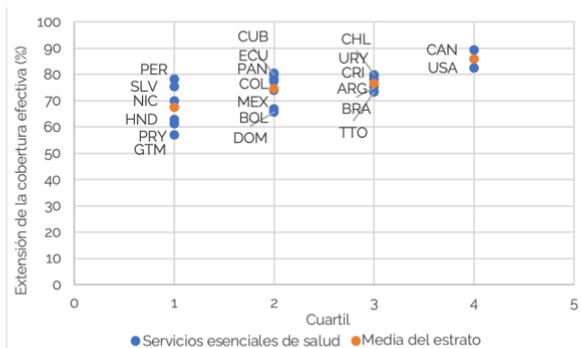
**Fuente:** elaboración propia con información de OIT (2022).

**Gráfica A2.3 Prestaciones para menores por estrato del IUSS, 2019**



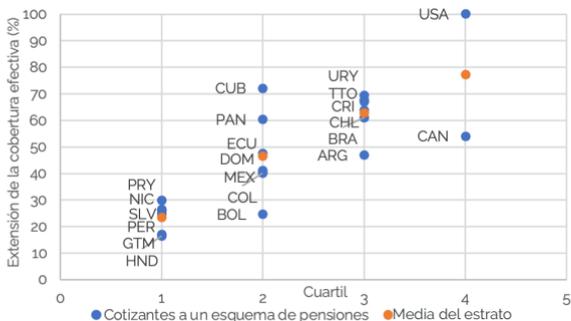
**Fuente:** elaboración propia con información de OIT (2022).

**Gráfica A2.4 Cobertura de servicios esenciales de salud por estrato del IUSS, 2019**



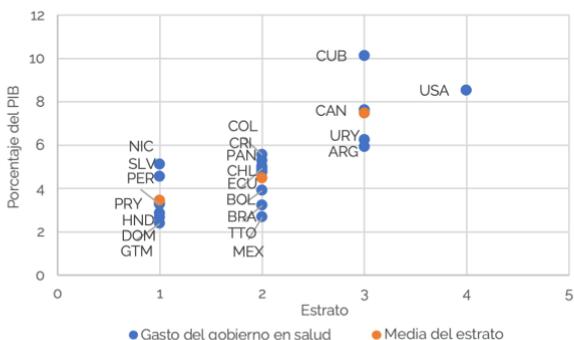
**Fuente:** elaboración propia con información de OMS (2022).

**Gráfica A2.5 Cotizantes a un esquema de pensiones por estrato del IUSS, 2019**



**Fuente:** elaboración propia con información de OIT (2022).

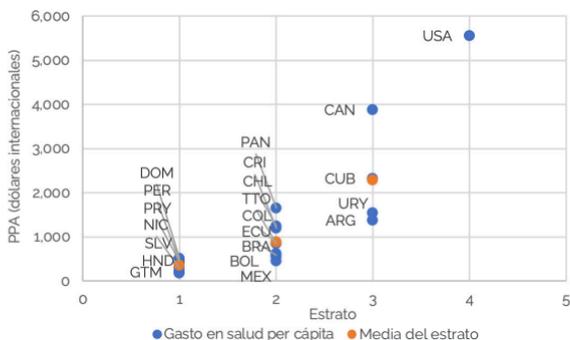
**Gráfica A2.6 Gasto del gobierno en salud como porcentaje del PIB por estrato del IUSS, 2019**



**Fuente:** elaboración propia con información de Banco Mundial (2022b).

**Nota:** en el caso del estrato 4, no se presenta desviación estándar debido a que Estados Unidos de América es el único país con un puntaje dentro de este rango.

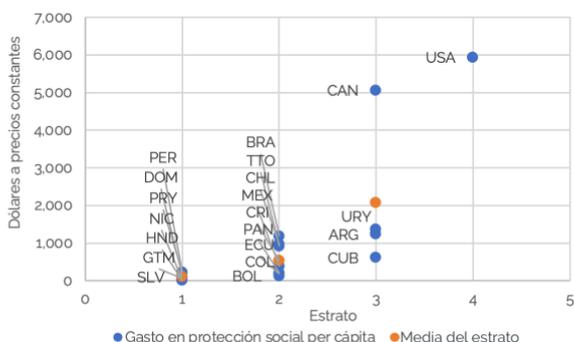
**Gráfica A2.7 Gasto público en salud per cápita por estratos del IUSS, 2019**



**Fuente:** elaboración propia con información de Banco Mundial (2022b).

**Nota:** en el caso del estrato 4, no se presenta desviación estándar debido a que Estados Unidos de América es el único país con un puntaje dentro de este rango.

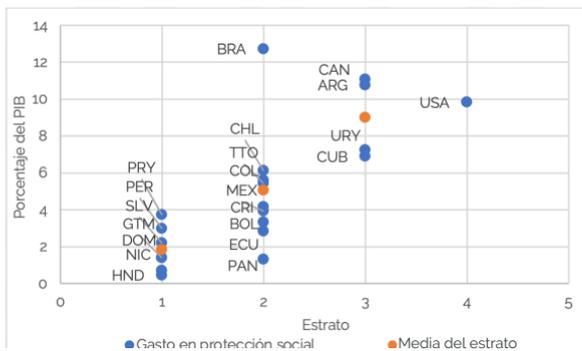
**Gráfica A2.8 Gasto público en protección social per cápita por estratos del IUSS, 2019**



**Fuente:** elaboración propia con información de CEPAL (2021) y OCDE (2022).

**Nota:** en el caso del estrato 4, no se presenta desviación estándar debido a que Estados Unidos de América es el único país en el estrato.

**Gráfica A2.9 Gasto público en protección social como porcentaje del PIB por estrato del IUSS, 2019**



**Fuente:** elaboración propia con información de CEPAL (2021) y OCDE (2022).

**Nota:** en el caso del estrato 4, no se presenta desviación estándar debido a que Estados Unidos de América es el único país en el estrato.

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

Tel. (55) 53774700.

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



**CISS**  
CONFERENCIA INTERAMERICANA  
DE SEGURIDAD SOCIAL